

ELMIRA MAIA GOMES MACHADO

**O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TERESINA COMO
EFETIVO INSTRUMENTO DO CONTROLE SOCIAL NA POLÍTICA
DE SAÚDE LOCAL: LIMITES E POSSIBILIDADES**

MESTRADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

UFPI

TERESINA / 2006

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

ELMIRA MAIA GOMES MACHADO

**O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TERESINA COMO
EFETIVO INSTRUMENTO DO CONTROLE SOCIAL NA POLÍTICA
DE SAÚDE LOCAL: LIMITES E POSSIBILIDADES**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da
Universidade Federal do Piauí, como exigência
parcial à obtenção do título de Mestre em Políticas
Públicas.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Dalva Macedo Ferreira

TERESINA-PI

2006

Machado, Elmira Maia Gomes

M149c

O Conselho Municipal de Saúde de Teresina como efetivo instrumento do exercício do controle social na Política de Saúde local: Limites e possibilidades / Elmira Maia Gomes Machado – Teresina: UFPI, 2006.

153 f.

Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) – Universidade Federal do Piauí, 2006.

1. Política de Saúde. 2. Controle Social. I. Título.

C.D.D. 614.55

ELMIRA MAIA GOMES MACHADO

**O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TERESINA COMO EFETIVO
INSTRUMENTO DO CONTROLE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE LOCAL:
LIMITES E POSSIBILIDADES**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Universidade Federal do Piauí, como exigência parcial à obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas.

Área de concentração: Estado, Sociedade e Políticas Públicas.

Aprovada em: ____ / ____ 2006

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Maria Dalva Macedo Ferreira - UFPI

Orientadora e Presidente

Prof^a Dr^a Rosângela Maria Sobrinho Sousa -UFPI

Examinador

Prof^a Dr^a Maria do Rosário de Fátima e Silva - UFPI

Examinador

A minha mãe, por acreditar em mim.

A meu pai, com muita saudade, pelos valores que me legou, no pouco tempo em que convivemos (in memoriam).

A meus filhos, Lília, Mathias Neto e Ana Alzira, por encherem minha vida de amor.

A minhas irmãs e irmãos, por estarem sempre por perto.

A meus cunhados e cunhadas, por serem outros irmãos e irmãs que ganhei.

A Profa Dr.^a Maria Dalva Macedo Ferreira, minha orientadora, pela capacidade de me mostrar o caminho.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal do Piauí, por tornar possível a realização do Curso de Mestrado em Políticas Públicas.

À Coordenação do Mestrado em Políticas Públicas da UFPI, juntamente com todos os professores, colegas, e pessoal de apoio, pela companhia na jornada.

Ao Prefeito Sílvio Mendes, que contribuiu decisivamente para a construção do SUS em Teresina.

À Dra. Amaríles Borba, pela dedicação irrestrita à causa da saúde pública.

Aos conselheiros do Conselho Municipal de Saúde de Teresina (atuais e ex), pela contribuição para com este trabalho e para com a causa do controle social.

A Francisco Pádua, que colaborou com material e informações.

Ao Dr. João Orlando Ribeiro Gonçalves, Geraldo Magela de Miranda, Eva Marques, Angélica, Cláudia e Valdemir, pela ajuda na concretização do trabalho.

À Prof^a Dr^a Rosângela Sousa, por participar da Banca Examinadora.

À Delegada Vilma, minha outra mãe.

À Iracilda Braga e Miguel Ramos, cujos trabalhos me forneceram subsídios valiosos.

À Gardênia Val, Nazaré (prima), Cândida, Graça Rêgo e Márcio, pelo apoio pessoal.

À Eva, Beísa e Dani, grandes amigas, independente dos laços de parentesco que nos unem.

À Janice que organizou o trabalho e as minhas idéias.

À Anitinha, que transcreveu as fitas.

A meus sobrinhos e sobrinhas, a quem eu amo.

À Beatriz (in memoriam) e Marinalva, pelos cuidados comigo e com meus filhos.

À minhas tias, que rezaram por mim.

A meus médicos, Nazareno Brito e Benjamin do Valle, que me salvaram a vida.

A Deus, pela oportunidade de continuar.

RESUMO

O presente estudo propõe analisar o papel do Conselho Municipal de Saúde de Teresina, na elaboração e fiscalização da política de saúde no município. Neste sentido, procedemos à contextualização da criação dos Conselhos Gestores, a partir da disposição constitucional de participação da sociedade nas políticas sociais, e dos Conselhos de Saúde, espaços de participação no âmbito das políticas sociais, que articulam Estado e Sociedade Civil na construção de consensos, para o fortalecimento do interesse público. Para a concretização da pesquisa, utilizamos a análise do referencial teórico das categorias estabelecidas, tais como: participação, controle social em saúde, sociedade civil e espaços públicos, bem como a análise documental referente ao Conselho Municipal de Saúde de Teresina, ao tempo em que buscamos, na voz dos principais atores envolvidos no processo participativo do setor saúde – conselheiros e gestores da Fundação Municipal de Saúde – respostas para as questões que nortearam a pesquisa, quais sejam: – “O Conselho Municipal de Saúde em Teresina vem, efetivamente, cumprindo seu papel de instrumento de controle social na política de saúde no município de Teresina?” – “Quais as estratégias utilizadas pelo Conselho Municipal de Saúde de Teresina no acompanhamento e controle da gestão da política de saúde?” Deste modo, pudemos concluir que, quanto ao seu papel de proponente de ações, o CMS/TE enfrenta dificuldades relativas à falta de conhecimento dos conselheiros acerca de aspectos fundamentais da política de saúde. No que se refere ao papel fiscalizador, o Conselho resente-se da ausência de parâmetros e indicadores que possibilitem a verificação da efetividade da política de saúde, levando à constatação de que uma certa distância ainda separa os princípios e diretrizes que regem o Conselho Municipal de Saúde de Teresina e a efetiva operacionalização do controle social. Estas distorções, entretanto, são perfeitamente sanáveis, através da capacitação e da educação permanente dos atores sociais envolvidos no processo de participação.

Palavras-chaves: Política de saúde. Conselhos gestores. Políticas sociais. Participação. Controle social em saúde.

ABSTRACT

The present study aims to analyze the role of the Municipal Health Council of Teresina in the elaboration and inspection of the health politics in the city. This way, we proceeded to the contextualization of the foundation of the Managing Council, from the constitutional disposal of participation of the society in the social politics, and of the Health Council, spaces of participation in the scope of the social politics, that articulate the State and Civil Society in the construction of consensuses, for the strengthening of the public interest. In order to do this research, an analysis of the theoretical referential was used to establish categories, that were: participation, social control in health, civil society and public spaces, as well as a documental analysis of the Municipal Health Council of Teresina, while we searched for the authors involved in the participation process of the health field - council members and managers of the Municipal Foundation of Health - answers for the questions that guide this research, that are: “Has The Municipal Health Council of Teresina, effectively been fulfilling its role of instrument of social control in the politics of health in the city of Teresina”? And “What are the strategies used by the Municipal Health Council of Teresina in the accompaniment and control of the management of the health politics”? We conclude that the MHC/TE (CMS/TE) faces, concerning its role of action proposer, difficulties related to the lack of knowledge of the council members concerning basic aspects of the health politics. Concerning the inspector role, the Council regrets the absence of parameters and indicators that make possible the verification of the effectiveness of the health politics, leading to the check that, a certain distance still separates the principles and directives that conduct the Municipal Health Council of Teresina and the effective operation of the social control. This distortions, however, are perfectly cured, through the qualification and the permanent education of the social actors involved in the participation process.

Keywords: Politics of healt. Managing council. Social politics. Participation. Social Control.

LISTA DE SIGLAS

AIS	→ Ações Integradas de Saúde
AIH	→ Autorização de Internação Hospitalar
ANUTRI	→ Associação Piauiense de Nutrição
APM	→ Associação Piauiense de Medicina
CF88	→ Constituição Federal de 1988
CMS/TE	→ Conselho Municipal de Saúde de Teresina
CNS	→ Conselho Nacional de Saúde
CONASS	→ Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CONASEMS	→ Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CEBS	→ Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CIB	→ Comissão Intergestores Bipartite
CIT	→ Comissão Intergestores Tripartite
COREN	→ Conselho Regional de Enfermagem
CRESS	→ Conselho Regional de Serviço Social
CRM	→ Conselho Regional de Medicina
CRMV	→ Conselho Regional de Medicina Veterinária
CRO	→ Conselho Regional de Odontologia
CUT	→ Central Única dos Trabalhadores
DF	→ Distrito Federal
FNS	→ Fundação Nacional de Saúde

FUNASA	→ Fundação Nacional de Saúde
FS	→ Fundo de Saúde
FAMCC	→ Federação das Associações de Moradores e Conselhos Comunitários
FAMEPI	→ Federação das Associações de Moradores do Estado do Piauí
IAP	→ Instituto de Aposentadorias e Pensões
IAPAS	→ Instituto de Arrecadação da Previdência e Assistência Social
INAMPS	→ Instituto nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	→ Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	→ Instituto Nacional de Seguridade Social
LOAS	→ Lei Orgânica da Assistência Social
LOS	→ Lei Orgânica de Saúde
MP	→ Ministério Público
MS	→ Ministério da Saúde
MTB	→ Ministério do Trabalho
MOPS	→ Movimento Popular de Saúde
NOAS	→ Norma Operacional de Assistência á Saúde
NOB	→ Norma Operacional Básica
SAI	→ Sistema de Informação Ambulatorial
SIH	→ Sistema de Informação Hospitalar
SUS	→ Sistema Único de Saúde
UFPI	→ Universidade Federal do Piauí
SINTSPREVS	→ Sindicato dos Trabalhadores na Previdência Social
SINDESPI	→ Sindicato dos Trabalhadores em Estabelecimentos de Saúde do Piauí
SINDSERM	→ Sindicato dos Servidores Municipais de Teresina

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO I – CIDADANIA E PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE NAS POLÍTICAS DE SAÚDE	17
1.1 Direitos, cidadania e participação	17
1.2 O Estado brasileiro frente á garantia dos direitos da cidadania	25
1.3 Os Conselhos Gestores de Políticas Públicas	35
1.4 Os Conselhos de Saúde e o controle social	40
1.5 A política de saúde brasileira, aspectos gerenciais, organizacionais e de financiamento ...	48
1.5.1 Estratégias metodológicas e sociais para o controle social na política de saúde	52
1.5.2 Os princípios e diretrizes do SUS	54
CAPÍTULO II - O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TERESINA	58
2.1 O controle social em Teresina	58
2.2 O processo de institucionalização do Conselho Municipal de Saúde de Teresina	60
2.3 A participação das entidades representativas da sociedade civil no Conselho Municipal de Saúde de Teresina	64
2.4 O Conselho Municipal de Saúde de Teresina e seu instrumento legal de operacionalização	68
2.5 A participação do Conselho Municipal de Saúde na política de saúde municipal	69
2.6 As decisões emanadas do Plenário do Conselho Municipal de Saúde de Teresina	70
2.7 O Conselho Municipal de Saúde de Teresina e as demais instâncias de controle social da política de saúde local	74
2.8 O processo eleitoral para a escolha dos conselheiros municipais de saúde de Teresina	76
CAPÍTULO III - A ATUAÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TERESINA NA FORMULAÇÃO, ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO	78
3.1 A participação da sociedade civil no espaço do Conselho Municipal de Saúde de Teresina	79
3.2 A formulação da Política Municipal de Saúde de Teresina na visão dos conselheiros	87
CONSIDERAÇÕES FINAIS	103
REFERÊNCIAS	109
ANEXOS	112

INTRODUÇÃO

Os Conselhos Gestores são frutos de uma longa transição de regime político, e marcam a entrada em cena de novos atores sociais, tais como: movimentos sociais, associações, entidades profissionais etc. Eles fortalecem a sociedade civil, que passa a ter acesso a informações e também à formulação das políticas que lhe são destinadas. A legitimidade do aspecto deliberativo dos Conselhos destaca a necessidade de tornar público o debate que acontece em seu interior, para que se envolva a sociedade na cultura da participação, criando uma ética de responsabilidade pública.

Nos dias atuais, quase vinte anos decorridos desde a promulgação da CF88, que instituiu o SUS e definiu os contornos da participação popular na política de saúde, já é possível avaliar-se a efetividade dos Conselhos de Saúde, considerando, principalmente, a efetividade da política de saúde. Isto significa trazer à análise os fatores que se contrapõem à realização plena do controle social, desfazendo algumas ilusões, e dando aos Conselhos de Saúde a sua real dimensão. Ressalte-se que a literatura da década de 90 do século XX apresentava estes novos espaços, como a arena perfeita e ideal da ação democrática, em virtude do caráter de compartilhamento entre Estado e Sociedade Civil imanente a sua atuação. Este compartilhamento, entretanto, enfrenta óbices, que cumpre analisar e sanar, para que a idéia da participação possa prevalecer, para além das superáveis dificuldades. Os Conselhos de Saúde, como o próprio SUS, devem ser encarados como uma ação

permanentemente em construção, mas, e principalmente, viável e duradoura.

No presente estudo, consideramos o Conselho Municipal de Saúde como instrumento do controle social, na política de saúde no município de Teresina. A partir dessa proposta teórica, buscamos analisar o Colegiado sob os aspectos de sua operacionalização/representatividade como também do exercício de suas atribuições legais e regimentais, junto à Fundação Municipal de Saúde, órgão gestor do SUS em nível municipal e junto à sociedade civil, por ele representada. Destaque-se que o entendimento do controle social em saúde demanda o conhecimento do modo pelo qual são estabelecidas as relações entre os atores sociais envolvidos na política, bem como uma contextualização dos movimentos sociais, da reforma sanitária nacional, do Sistema Único de Saúde e dos conselhos gestores de políticas públicas.

Tendo em vista que os Conselhos Municipais de Saúde representam uma das instâncias de formulação, controle e fiscalização da política de saúde *julgou-se* oportuno proceder ao resgate histórico de sua constituição, bem como de sua constitucionalização, o que facilitará a compreensão de sua atual conjuntura no cenário das políticas sociais brasileiras.

Para a coleta de informações, foram aplicados questionários e entrevistas, utilizando-se a técnica da entrevista estruturada ou dirigida, que permite ao pesquisador a coleta abundante de informações básicas sobre o problema, e que pode, ainda, ser utilizada para fundamentar as hipóteses levantadas. Como a técnica pode ser utilizada para complementação de outros modos de obtenção de informações, entendemos ser ela a ideal, considerando que dispúnhamos de outras fontes, tais como a pesquisa documental, a análise bibliográfica e a observação participante.

Os questionários e entrevistas foram apresentados a fontes-chaves, que são

peessoas com experiência e conhecimentos relevantes sobre o tema em estudo, estando em posição de fornecer dados que outras pessoas desconhecem total ou parcialmente. (SORIANO, 2004, p.154). Compuseram estas fontes os conselheiros, ex-conselheiros de saúde e os atuais e ex-gestores do SUS/TE. Para as entrevistas, utilizou-se gravador, com o intuito garantir a celeridade do procedimento, preservando as falas dos sujeitos envolvidos.

As questões formuladas foram do tipo pergunta aberta, uma vez que o questionário se dispunha a obter opiniões amplas sobre o tema, garantindo aos entrevistados expressarem seus entendimentos e sugestões. Quanto à observação, utilizamos a técnica da observação participante, pois as funções que desenvolvemos junto à Fundação Municipal de Saúde nos permitiram compartilhar, de forma sistemática, das atividades do Conselho Municipal de Saúde de Teresina, mesmo não sendo membro do Colegiado. Deste modo, ao longo dos mais de dez anos em que convivemos com o CMS, atuamos na Secretaria Executiva deste, como parte do grupo organizador das Conferências, como responsável pelo processo eleitoral de três mandatos, e, ainda, como representante da Fundação Municipal de Saúde em eventos realizados fora do Piauí, dirigidos ao controle social. Este contato contribuiu para a pesquisa, na medida em que o resgate da memória da autora possibilitou o aproveitamento das experiências vivenciadas para a concretização da análise.

É preciso destacar que, mesmo antes da definição do objeto de estudo, participávamos da realidade do Conselho Municipal de Saúde de Teresina, sempre nos colocando dentro do grupo, vivenciando o dia-a-dia das atribuições dos conselheiros, o que nos possibilitou conhecer de perto suas expectativas, como também influenciou decisivamente na escolha do tema. Definido este, foi dado conhecimento aos conselheiros de que estaríamos avaliando o Colegiado e seus membros, com o fim de obtermos sua permissão para a realização do estudo, preservando a fundamental relação de ética entre pesquisador e pesquisados. Pudemos, desse modo, observar suas atitudes e condutas, obtendo as

informações em seu próprio contexto, captando uma variedade de situações ou fenômenos que não foram obtidos apenas por meio de perguntas, pois, vistos diretamente na própria realidade, refletiram as experiências da vivência cotidiana.

Outra técnica de captação de dados utilizada foi a de análise de fontes documentais, dentre elas os Relatórios de Gestão da Fundação Municipal de Saúde de Teresina, os Relatórios Plurianuais do órgão, as atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde, as Resoluções emanadas de decisões do Colegiado, as atas das plenárias para eleição dos seus membros, os Decretos Municipais que os nomearam e os Relatórios das Conferências realizadas em parceria com o órgão gestor do SUS. Fizemos uso, ainda, da revisão e análise bibliográfica, que foi desenvolvida através da leitura de publicações e do conhecimento de diversos entendimentos teóricos e abordagens conceituais das categorias estudadas, tais como: participação, controle social em saúde, sociedade civil e espaços públicos, assim como de consulta à legislação pertinente ao tema controle social.

A pesquisa constituiu-se de análise qualitativa, a qual, segundo Minayo (1993, p. 21) preocupa-se, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado, por trabalhar com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Os eixos dos questionários e entrevistas constituíram:

1 OPERACIONALIZAÇÃO/REPRESENTAÇÃO – em que foram investigadas as atribuições dos conselheiros, a relação entre os segmentos e destes com o gestor do SUS, a socialização das experiências dentro do Colegiado, os interesses das entidades em se fazer presente ao Conselho, além de impressões pessoais acerca da influência da sociedade sobre os seus representantes e as principais dificuldades enfrentadas pelos conselheiros para o desempenho de suas

atribuições.

2 CONTROLE SOCIAL – mecanismos de pressão utilizados pelos conselheiros, organização para a elaboração da política de saúde, mecanismos de acompanhamento e controle, momentos de deliberação direção do Colegiado etc. (Anexo 3).

O trabalho foi dividido em três capítulos. O Capítulo I foi dedicado às considerações teóricas, nas quais procedemos à análise dos seguintes temas: direitos, cidadania e participação, o Estado brasileiro frente à garantia dos direitos da cidadania, os conselhos gestores de políticas públicas, os conselhos de saúde e o controle social, e o Sistema Único de Saúde.

O Capítulo II se iniciou com uma pequena contextualização dos movimentos em prol da reforma sanitária no Piauí e em Teresina, que culminaram com a implantação do Conselho Municipal de Saúde de Teresina. Em seguida, apresentamos o Colegiado, destacando os pontos fundamentais de sua constitucionalização e operacionalização, tais como: composição, instrumento legal de criação, forma de escolha dos conselheiros, decisões prolatadas do plenário etc.

No Capítulo III apresentamos a fala dos sujeitos ouvidos na pesquisa, pontuadas com o referencial teórico, no sentido de situar o Conselho Municipal de Saúde de Teresina no contexto do controle social na política de saúde. A análise foi realizada após as falas, e, nela, intentamos perceber as respostas às questões formuladas pela pesquisa, quais sejam:

- O Conselho Municipal de Saúde de Teresina vem, efetivamente, cumprindo o seu papel de instrumento de controle social na política de saúde no município de Teresina?

- Quais as estratégias utilizadas pelo Conselho Municipal de Saúde de Teresina no acompanhamento e controle da gestão da política de saúde?

Por fim, as Considerações Finais e as Referências, que, conforme já foi dito, serviram de embasamento teórico, indispensável à construção do presente estudo. Esperamos que, de alguma forma, a pesquisa possa contribuir, fornecendo subsídios para a mudança nas ações e práticas realizadas no âmbito do Conselho Municipal de Saúde de Teresina, no sentido de possibilitar o desempenho efetivo de seu papel.

CAPÍTULO I – CIDADANIA E PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE NAS POLÍTICAS DE SAÚDE

A análise da efetividade do controle social exercido pelo Conselho Municipal de Saúde de Teresina, na política de saúde local, exige o entendimento da instituição dos Conselhos Gestores como espaço de interlocução entre Estado e Sociedade Civil no âmbito das políticas sociais. Neste sentido, no presente capítulo, procedemos ao resgate histórico das idéias, demandas e intervenções que resultaram na determinação constitucional da participação da comunidade na construção do Sistema Único de Saúde.

1.1 direitos, cidadania e participação

A questão da participação social na elaboração, execução e fiscalização das políticas públicas passa necessariamente pela discussão histórica da cidadania, instrumento que tornou possível a interferência positiva da sociedade para operacionalizar transformações jurídicas, políticas e culturais em um Estado.

A cidadania significa a realização democrática de uma sociedade, compartilhada por todos os indivíduos, a ponto de garantir a todos o acesso ao espaço público e condições de sobrevivência digna. Exige organização e articulação política da sociedade, voltada para a

realização de seus interesses comuns. Entretanto não se pode falar em cidadania sem falar de direitos, pois estes são preexistentes àquela.

O desenvolvimento histórico da cidadania, na concepção de Marshall (apud BOBBIO, 1992, p. 78), está ligado a três fases ou elementos dos direitos humanos: o civil, que se relaciona aos direitos como liberdade individual e propriedade; o político, que compreende os direitos ao exercício do poder político e o social, concernente aos direitos ligados ao bem-estar econômico e social.

Para Bobbio (1992, p. 81) os direitos do homem são direitos históricos, ou seja, nascidos em certas circunstâncias caracterizadas por lutas em defesa de novas liberdades contra velhos poderes, e, de modo gradual, não todos de uma vez nem de uma vez por todas. O autor entende que (Ibid., p. 68) os direitos do homem são um fenômeno social, e sua multiplicação não ocorreu por acaso, mas sim porque:

- a) aumentou a quantidade de bens considerados merecedores de tutela;
- b) porque foi estendida a titularidade de alguns direitos típicos a sujeitos diversos do homem;
- c) porque o próprio homem não é mais considerado como ente genérico, ou homem em abstrato, mas é visto na especificidade ou na concretização de suas várias maneiras de ser em sociedade, como criança, velho, doente etc.

Esse processo de multiplicação, de acordo com Bobbio (1992), teria ocorrido principalmente no âmbito dos direitos sociais. As necessidades das pessoas geram exigências. As mudanças processadas no seio de uma sociedade acabam por transformar estas exigências em direitos. Os primeiros direitos valem para um homem abstrato, tendo sido chamados, não por acaso, de direitos do Homem. Com o tempo, ao lado do Homem abstrato, passam a surgir novas personagens, sujeitos de direitos, como a mulher, a criança, o velho etc.

Em uma segunda fase passam a vigorar os direitos políticos. Estes se caracterizam pela participação cada vez mais ampla, generalizada e freqüente dos membros de uma

comunidade no poder político. Até o século XIX, estes direitos eram privilégios de grupos representativos do poder econômico dominante; mas estes limites foram superados, passando a contemplar toda a coletividade. Posteriormente essas conquistas também foram ampliadas aos direitos sociais, que surgiram no século XX, em estreita ligação com os direitos políticos. Os direitos sociais expressam o amadurecimento de novas exigências e valores, como o bem-estar e a igualdade *efetiva* (e não apenas formal), o que Bobbio (1992) chama de liberdade *através, ou por meio do Estado*. Isto exigiu que o Estado estabelecesse políticas sociais como complemento de um sistema de direitos formulado, com base na intenção de minimizar as diferenças sociais.

A história nos mostra que a constituição dos direitos em diferentes sociedades ocorre de forma diferenciada, de acordo com o nível de organização sociopolítica e cultural de cada população. Portanto, cada população irá gozar de direitos na medida em que mostrar amadurecimento na busca por sua conquista.

Uma vez que os direitos da cidadania se caracterizam pela existência de um determinado status político-jurídico, que implica a capacidade plena para o exercício dos direitos do homem, estes não se incluem, historicamente, entre os direitos inerentes à pessoa humana. Isto significa que, somente cumpridas determinadas etapas, que culminam na maturidade de um grupo, na busca, conquista e exercício de direitos, poder-se-á chegar ao exercício pleno da cidadania. Neste sentido, a cidadania é uma conquista do homem emancipado, e cidadãos são os portadores de direitos, mesmo os que, por quaisquer razões, não os exerçam.

A cidadania política corresponde ao que Corrêa (2000, p. 221) chama de cidadania ativa. A cidadania civil, passiva é aquela com a qual todos os homens são agraciados, e refere-se à sua condição de nascido em um determinado local. Com relação a

tais conceitos, considera esse autor:

É preciso estabelecer um nexo entre cidadania e espaço público, pois cidadania tem a ver fundamentalmente com a participação na comunidade política na qual o cidadão é inserido pelo vínculo jurídico...O processo político de construção da cidadania tem por objetivo fundamental oportunizar o acesso igualitário ao espaço público como condição de existência e sobrevivência dos homens enquanto integrantes de uma comunidade política. (CORRÊA, 2000, p. 221).

A cidadania ativa pressupõe engajamento, contribuição para o processo de engrandecimento da comunidade, e seu exercício se revela na conquista de práticas que atendam a todos os cidadãos. Esta idéia não é nova: remonta à Grécia antiga, onde os cidadãos, na praça pública, debatiam ações que interessavam ao governo da cidade. Conforme ensinamentos de Platão, nas Leis, os homens, fora da cidadania, são animais estúpidos e limitados, movidos pelos apetites e pelo instinto; quando membros do Estado se tornam seres inteligentes. Aristóteles, por sua vez, afirma, na obra “Política”, que não é a residência o que constitui o cidadão, afinal os estrangeiros e escravos não são cidadãos, mas meros habitantes, mas é a verdadeira integração cultural valorativa existente entre os indivíduos.

Essa compreensão de cidadania, construída a partir da idéia da participação, é definida por Wanderley (s.d. p.100) como a constituição de sujeitos ativos. E exige a construção de novos espaços, nos quais cada cidadão exerce sua capacidade e seu direito de interferir nas ações do Estado. É ainda este autor quem nos apresenta a passagem de “um público pensante de homens para um público de cidadãos”, que ocorre a partir do momento em que se inicia a parceria entre Estado e Sociedade Civil.

Para Marshall (apud Bobbio, 1992, p. 86), a cidadania “constitui status adstrito à condição de pleno membro de uma comunidade, e quem o possui goza de igualdade no que respeita aos direitos e deveres que lhes são associados. Logo, só são cidadãos aqueles que contribuem para o progresso econômico, pela via da cultura, da política e da ciência”. Ora,

este entendimento parece ignorar que a conquista de direitos e proteções por determinados membros ou grupos da sociedade implica em proteção e direitos para todos, indistintamente. E que a negativa de direitos de determinados indivíduos ou grupos pode trazer graves conseqüências para a ordem social.

O que se observa é que o Estado não consegue atender às demandas da sociedade, em especial àquelas formuladas pelos menos favorecidos. Os direitos, garantidos por leis, pretendem oferecer proteção à sociedade civil, mas, muitas vezes, embora conquistados e formalizados não são efetivados. Faz-se necessária, então, a interferência da própria sociedade civil que, paralelamente à luta por novos direitos, precisa zelar para que os excluídos tenham acesso aos espaços públicos, para discutir e reivindicar a realização de seus interesses. Daí a necessidade de constituição de novos atores sociais, que atuam como representantes da sociedade civil junto ao Poder Público, dentro ou fora das instituições. Em princípio, é necessário ter consciência de que os problemas políticos são, sempre, problemas de todos e que as soluções devem ser buscadas em conjunto, levando em conta os interesses da coletividade, para que se consigam minimizar as diferenças e proporcionar bem-estar e garantias a um maior número de pessoas.

Os catálogos dos direitos constituem a estrutura básica para permitir o funcionamento de uma sociedade civil autônoma e participativa. Os direitos de reunião, associação e liberdade de expressão possibilitam a ação das associações voluntárias no processo de formação de opinião, que tematizam questões de interesse geral e agem em nome dos sub-representados que têm dificuldades de se organizar. As liberdades de expressão garantem a diversidade e pluralidade de opinião. Esses direitos são, porém, abstratos, e só se efetivam com a ação dos cidadãos, cuja mobilização é também necessária na sua criação e implementação. (TEIXEIRA, 2002, p. 45).

Percebemos, deste modo, que participação e cidadania são conceitos interligados. O exercício de ambas, entretanto, só é possível em um ambiente de democracia. Segundo Platão, de acordo com a forma de governo, a definição de cidadão pode se ver alterada, mas é na democracia que devemos procurar o cidadão pleno, pois nela o povo vale algo, e há um

pressuposto que a constitui e identifica: a assembléia geral. Nesta perspectiva, para que a democracia se efetive, torna-se necessário o debate público de todos os temas que afetam a convivência em sociedade, para que sejam encontradas as melhores ou mais adequadas soluções para cada nova e decisiva circunstância.

Convém enfatizar que a democracia

se dispõe a criar condições – institucionais, políticas e associativas, para que os cidadãos organizados controlem seus governos e participem deles, cobrem responsabilidades dos diferentes atores do jogo social e ponham em curso processos ampliados de deliberação, de modo a que se viabilizem lutas e discussões públicas em torno do como viver, do como governar e do como conviver. (NOGUEIRA, 2004, p. 90-91).

Sobre a participação, cumpre-nos ainda dizer que pode ser exercida de diversas formas, desde comparecer a reuniões de partidos, comícios, filiação a uma associação, grupo ou sindicato, realização de protestos, ou contribuição para um projeto que envolva a comunidade (Ibid., p. 26). São formas distintas de manifestação e ação coletiva, com ou sem conteúdo político explícito, dependendo dos objetivos que se deseja concretizar e do contexto em que a demanda se apresenta.

Como partes desse contexto, temos o Estado, instituições políticas como partidos etc. e a própria Sociedade Civil. Essas relações são complexas e contraditórias, e exigem determinadas condições, que não dizem respeito apenas ao Estado, mas também aos demais atores, e a aspectos estruturais e de cultura política que podem favorecer ou dificultar a participação.

A participação exige, portanto, regras e mecanismos próprios, institucionais ou não. Uma vez que se utilizem mecanismos institucionais, esta passa a gozar de regularidade, embora com o risco de sofrer influência da lógica própria do poder e de ser afetada pela burocracia e pelo tecnicismo estatais. Daí a necessidade de criação de outros mecanismos e

canais, que potencializem a ação da sociedade nos espaços públicos.

Macpherson, citado por Teixeira (2002, p. 29), considera como pontos fundamentais para a efetivação da participação a consciência do povo como consumidor e a desigualdade socioeconômica, que gera demandas, mas destaca que a eventual ausência de um desses pontos não pode ser considerada impedimento – no máximo obstáculo – à sua qualidade, extensão e eficácia. O autor entende que a participação pode ser realizada de duas formas: como fenômeno e orientada para a decisão.

A participação, como fenômeno “situa-se entre várias dicotomias: direta ou indireta, institucionalizada ou “movimentalista”, orientada para a decisão ou para a expressão [...]. A diferença entre participação orientada para a decisão e participação orientada para a expressão é que a primeira se dá de forma organizada, permanente; e a segunda caracteriza-se por marcar presença na cena política, ainda que possa ter impacto ou influência no processo decisório” (TEIXEIRA, 2002, p. 27). A participação orientada para a decisão tem sido considerada, até pelos críticos, como fundamental, pois envolve atores da sociedade civil no processo decisório das ações do Estado, ações essas voltadas para a própria sociedade civil. Ações coletivas de diferentes tipos, formas, objetivos e intensidade vêm se desenvolvendo em várias partes do mundo. Entendemos que a presença dessas várias formas de atuação no processo político depende da conjuntura e dos atores envolvidos, mas certamente a expansão dos direitos dá origem a novas exigências que acabam por transformar-se em novos direitos.

Na opinião de Dallari (1983, p. 26), o homem é um ser social, e as decisões políticas se refletem sobre sua vida e interesses. Nesse sentido, a Declaração Universal dos Direitos do Homem considera a participação política um direito fundamental de todos os indivíduos. O art. 21 da referida Declaração reza que todo ser humano tem o direito de tomar parte no governo de seu país e que a vontade do povo será a base da autoridade do governo. O

autor ressalta que a participação, mais que um direito, se constitui em dever, visto que o silêncio e a passividade são interpretados como sinais de concordância com o grupo dominante (Ibid., p. 34). É a chamada “maioria silenciosa”, tantas vezes utilizada pelos detentores do poder para legitimar determinadas práticas, com a justificativa de que “quem cala consente”. Esta interpretação, entretanto, não é consenso, pois muitos autores referem que há diferentes formas de expressão da resistência, entre as quais o próprio silêncio.

Ainda que nem toda participação tenha cunho político explícito, não há participação que não envolva algum tipo de relação com o poder, seja o poder dominante, seja o exercido por qualquer tipo de organização. A participação subentende a vontade/necessidade de impor-se a alguém, sobrepujando os interesses alheios e postulando a conquista de direitos ou a resolução de problemas. Para tanto, podem-se fazer uso de recursos técnicos políticos, financeiros, intelectuais etc.

Para que se atinjam grandes objetivos, faz-se necessário o trabalho organizado da sociedade, uma vez que quaisquer mudanças encontrarão obstáculos nos interesses estabelecidos daqueles que são beneficiados pelo *status quo*. A participação exige o entendimento de que a força de um grupo compensa a fraqueza de um indivíduo isolado. Mesmo diferentes, e com prioridades diversificadas, os cidadãos, unidos, podem conquistar a realização de objetivos comuns. A constituição de novos espaços de luta, com a presença heterogênea da sociedade civil, visa permitir que os cidadãos redimensionem seus interesses individuais ou de grupos, em direção ao interesse comum, com oportunidades iguais de manifestação e de atenção às suas necessidades.

Os conselhos gestores de políticas públicas são exemplos de novos arranjos institucionais que servem de canal para a relação Estado/Sociedade Civil. Sua estrutura formalizada, estabelecida por lei, com relativa autonomia, traz uma lógica de funcionamento

própria, uma vez que, apesar de se situarem no interior do espaço institucional, não se constituem em órgãos estatais, pois são compostos por indivíduos oriundos da sociedade civil. Nestes espaços, a busca comum por ações que favoreçam o coletivo faz da heterogeneidade da representação popular um fator de diversificação de demandas; e a união em torno de objetivos fortalece o controle social. Ao mesmo tempo, a participação organizada cria a possibilidade de resolução dos conflitos através do diálogo e do consenso, de modo que fique assegurado o respeito à individualidade de cada um.

1. 2 O Estado brasileiro frente à garantia dos direitos da cidadania

No Brasil, a questão da participação política é um tema presente desde o tempo das lutas da Colônia contra a metrópole, passando pelas lutas contra a escravidão e pelo sindicalismo anarquista nas primeiras décadas do século XX. Esses movimentos visavam, desde a melhoria da qualidade de vida de grupos determinados, até a concessão de garantias sociais, por parte do Estado (GOHN, 2001, p. 49). Após a independência de Portugal, e influenciada pelo modelo de monarquia constitucional inglês, enriquecido pelas idéias do liberalismo francês pós-revolucionário, a Corte nos outorgou a Constituição de 1812, que estabeleceu os três poderes tradicionais: Judiciário, Executivo e Legislativo. Como resquício do absolutismo, entretanto, fomos brindados com um quarto poder: o poder moderador, de cuja existência o Brasil é o único exemplo em todo o mundo. Este poder tinha como principal atribuição a livre nomeação dos ministros de Estado, independente da opinião do Legislativo.

Para os padrões da época, esta Constituição era considerada bastante liberal, pois, ao regular os direitos políticos, definindo quem teria direito de votar e ser votado, admitiu no corpo de eleitores todos os homens a partir de 25 anos que tivessem uma determinada renda mínima. Mulheres e escravos não votavam e os libertos podiam votar apenas na eleição

primária.

As outras formas de envolvimento dos cidadãos com o Estado após a independência limitavam-se ao serviço do júri, que exigia alfabetização, e ao alistamento na Guarda Nacional, no Exército e na Marinha, estes últimos descritos por Carvalho (2004, p, 45) como “experiência totalmente negativa”, em função do caráter violento do recrutamento, do serviço prolongado e da vida dura no quartel.

A Constituição Política do Império do Brasil, jurada por sua majestade, o Imperador D. Pedro I, outorgada em 1824, tratava, no Título 8º, Das Disposições Gerais, e Garantias dos Direitos Políticos dos Cidadãos Brasileiros, o que segue:

[...] Art. 179. A inviolabilidade dos Direitos Cíveis e Políticos dos Cidadãos Brasileiros, que tem por base a liberdade, a segurança individual e a propriedade, é garantida pela Constituição do Império; pela maneira seguinte
[...] XXXI – A Constituição também garante os socorros públicos que se constituíam no auxílio, em casos de calamidade pública.

Pode-se ver que o Estado não tinha qualquer responsabilidade pela saúde pública, envolvendo-se com a questão apenas em situações extremas. Assistência e garantias sociais eram temas dos quais nem se cogitava, estando a população entregue à própria sorte, sem qualquer preocupação do Poder Público com assegurar direitos cíveis e sociais.

A Proclamação da República, que deveria instaurar no país o governo pelo povo, sem a interferência dos privilégios da Monarquia, eliminou apenas a exigência da renda mínima para votar, mantendo as restrições vigentes à época desta. Carvalho (2004) ressalta que, mesmo após a República, três empecilhos se apresentaram ao exercício dos direitos cíveis no Brasil: a escravidão, que só foi abolida em 1888, a grande propriedade rural, fechada à ação da lei, e o comprometimento do Estado com o poder privado. Com os direitos cíveis e políticos, tão precários, não havia o que se falar de direitos sociais. “A assistência social

estava quase exclusivamente nas mãos de associações e particulares” (Ibid., p. 61). Algumas irmandades religiosas ofereciam a seus membros apoio para tratamento médico, auxílio funerário e, às vezes, pensões para viúvas e filhos; e Sociedades de Auxílio Mútuo prestavam assistência social aos componentes de seus quadros, sendo que os benefícios eram proporcionais às contribuições dos membros. As Santas Casas de Misericórdia, instituições privadas de caridade, eram voltadas para o atendimento aos pobres. A Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil, promulgada em Congresso Constituinte, não fazia qualquer referência a direitos sociais.

O governo pouco cogitava de legislação trabalhista e de proteção ao trabalhador. Houve mesmo retrocesso na legislação: a Constituição republicana de 1891 retirou do Estado a obrigação de fornecer educação primária, constante da Constituição de 1824. (CARVALHO, 2004, p.61-62).

Somente a partir de 1926, com a primeira reforma da Constituição, o governo federal foi autorizado a legislar sobre o trabalho. Neste ínterim, temos, em 1891, a regulação do trabalho dos menores na capital federal, com a posterior aprovação do Código de Menores, em 1927, e o reconhecimento, dos sindicatos rurais (1903) e urbanos (1907) como legítimos representantes dos trabalhadores. No âmbito da legislação, apenas após a assinatura pelo País, do Tratado de Versalhes, e do seu ingresso na Organização Internacional do Trabalho, ambos em 1919, algumas tímidas medidas foram adotadas.

Desde a colonização do País, o Poder Público enfrentou, em diversas lutas armadas, a população descontente, na tentativa de sufocar a revolta popular. Gohn, na obra “História dos movimentos e lutas sociais” (2001, p. 18), lista os movimentos e lutas sociais no Brasil, no século XIX, considerando a sua motivação: Lutas em torno da questão da escravidão; Lutas em torno da cobrança do fisco; Lutas de pequenos camponeses; Lutas contra Legislações e Atos do Poder Público; Lutas pela mudança do regime político (pela República ou pela restauração da Monarquia) e Lutas entre categorias socioeconômicas

(comerciantes brasileiros x comerciantes portugueses).

Podemos ver que o Estado brasileiro, até quase a metade do século XX, pouco ou nada oferecia, em termos de proteção e garantia dos cidadãos. Carvalho (2004, p.18) atribui esta defasagem ao fato de que o País subverteu a ordem natural da conquista de direitos: normalmente os direitos civis são os que uma sociedade conquista em primeiro lugar, seguido pelos direitos políticos e pelos sociais. No Brasil, os direitos políticos foram concedidos em primeiro lugar, uma vez que, embora cheias de fraudes e corrupção, realizaram-se eleições ininterruptas, de 1822 a 1930.

A Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil, promulgada por Assembléia Nacional Constituinte, em 16.07.34, assegurava, em seu título IV – Da Ordem Econômica e Social: amparo da produção, tendo em vista a proteção social do trabalhador e os interesses econômicos do País; os preceitos para a legislação do trabalho e a assistência médica e sanitária ao trabalhador e à gestante e a instituição de previdência, mediante contribuição igual da União, do empregador e do empregado, a favor da velhice, da invalidez, da maternidade e nos casos de acidente de trabalho ou de morte (art. 121). O art. 138 preconizava que incube à União, aos Estados e aos Municípios, nos termos das leis respectivas, adotarem medidas legislativas e administrativas tendentes a restringir a mortalidade e a morbidade infantis; e de higiene social, que impeçam a propagação das doenças transmissíveis; como também cuidar da higiene mental e incentivar a luta contra os venenos sociais.

Já no período do Estado Novo, a Constituição dos Estados Unidos do Brasil, decretada por Getúlio Vargas, estabeleceu as competências das três esferas de governo no que tange a legislar sobre a defesa e proteção da saúde, a assistência pública e medidas de polícia para a proteção das plantas e dos rebanhos contra moléstias ou agentes nocivos, além de

determinar os preceitos a serem observados na legislação do trabalho (estes proibiam o trabalho de menores de quatorze anos, o trabalho noturno a menores de dezesseis, e as atividades insalubres aos menores de dezoito e às mulheres. Ainda assegurava à gestante um período de descanso antes e depois do parto, sem prejuízo do salário, e a instituição de seguros de velhice, de invalidez e de vida, e para acidentes de trabalho).

Tomadas em conjunto, as medidas de regulamentação da relação capital-trabalho podem ser compreendidas sob dois aspectos: de um lado, a Previdência, atendendo a demandas históricas da classe laboral; e, de outro, o reconhecimento, pelas classes dominantes, de determinados direitos sociais a alguns setores assalariados urbanos. Este reconhecimento, para Cohn e Elias (2003, p. 18), configura a *cidadania regulada*, “que traduz a associação, expressa nas normas previdenciárias, entre cidadania e ocupação: reconhecem-se como cidadãos somente aqueles que apresentam uma das ocupações reconhecidas e definidas por lei.”

O caráter contributivo dos benefícios converteu a Previdência Social em um instrumento de arrecadação de recursos dos trabalhadores, utilizados para investimentos cuja orientação escapava inteiramente ao seu controle. A centralização, o burocratismo, a ineficiência e o uso político desvirtuam a essência das instituições e, em consequência, “a eficácia política da Previdência Social passa a residir na sua ineficiência, na medida direta da ausência do controle dos trabalhadores sobre essas instituições.” (COHN; ELIAS, 2003, p. 19).

A Constituição dos “Estados Unidos do Brasil”, promulgada pela Mesa da Assembléia Constituinte, em 18.09.1946, manteve as práticas de atenção aos direitos de algumas categorias de trabalhadores, ignorando as demandas crescentes da sociedade em geral. A estrutura da assistência á saúde, à época conjugada com a Previdência, permaneceu

inalterada até meados da década de 1960, tendo sido grandemente utilizada, em virtude da política populista, a partir de 1946, como instrumento de cooptação das classes assalariadas pelo poder instituído. Isto se dava em virtude do clientelismo, que concedia garantias apenas aos apaniguados pelo sistema, o que atrasou sobremaneira a universalização dos direitos em nosso País. Ao mesmo tempo desenvolve-se um processo de intensa mobilização e luta dos trabalhadores, transformando o controle da Previdência Social em um importante elemento de reivindicação destes.

O apogeu do modelo desenvolvimentista, na segunda metade do século XX, marcou, nas palavras de Cohn e Elias (2003, p. 16),

o início de um processo acelerado de aprofundamento das dicotomias entre atenção médica curativa e medidas preventivas de caráter coletivo, acompanhada da dicotomia entre serviços públicos e privados de saúde [...]. Sedimentaram-se, até a década de 1970, essas dicotomias, numa clara divisão de tarefas e clientela, quando então, a partir da sua segunda metade, a rede pública de serviços de saúde passa a assumir crescentemente também a assistência médica individual.

Em 24.01.1967, foi promulgada pelo Congresso Nacional a Constituição do Brasil, que estabelecia as competências legislativas dos entes federativos sobre normas gerais de direito financeiro, seguro, previdência social, defesa, proteção à saúde e regime penitenciário. No art. 158, a Constituição assegurava aos trabalhadores basicamente os mesmos direitos regulados pelas duas anteriores. Ressalte-se que, nas palavras de Sousa, já no ano de 1963, os participantes da III Conferência Nacional de Saúde deliberaram pela municipalização do sistema de saúde, à época, considerada como uma alternativa para o incremento da cobertura a ampliação da eficiência e maior aproximação entre usuários e prestadores de serviços.

A partir do golpe militar de 1964, trabalhadores e demais segmentos da sociedade civil foram aliçados do cenário político do País. Políticas como saúde e educação sofreram um

profundo processo de privatização, incentivado por setores do Estado, que passou a desenvolver e executar planos nacionais de educação e saúde, bem como de desenvolvimento, conforme previsão da Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada pelos ministros da Marinha de Guerra, do Exército e da Aeronáutica, em 04.10.1969. Apesar de se efetuarem algumas mudanças significativas no sistema de proteção social brasileiro, com o aumento dos gastos no setor, as demandas sociais não atendidas cresceram em ritmo acelerado, demonstrando a ineficiência do Estado.

Na década de 1970, inicia-se a luta de vários segmentos da sociedade, contra o modelo de saúde praticado, e em defesa do fortalecimento do setor público de saúde, condição para que esta se constitua em direito de todos os cidadãos. Movimentos sociais e profissionais de saúde passam, então, a se mobilizar em prol da democratização da saúde em ações coletivas que foram impulsionadas, no entender de Gohn (1995, p. 203), pelos anseios de redemocratização do País, pela crença no poder quase mágico da participação popular, pelo desejo de democratização dos órgãos, das coisas e das causas públicas, bem como pela vontade de se construir algo a partir de ações que envolviam os interesses imediatos dos indivíduos e grupos. Desta forma, os movimentos populares e sociais procederam à construção de um novo paradigma de ação social, fundado nas aspirações de uma sociedade sem discriminações, exclusões ou segmentações.

A mobilização das forças sociais e o esgotamento do governo militar, em função da grave crise de legitimidade, dentre outros fatores, resultaram no fim da ditadura e na retomada da democracia no País, o que se deu no final dos anos 1980. O governo civil que assumiu o poder realizou um profundo processo de redesenho institucional, com a reforma da burocracia estatal e a abertura das instituições públicas à intervenção da sociedade, com a constituição de novos espaços públicos em que se realiza o exercício da cidadania, através da participação, dentro de um contínuo esforço de engajamento político. No que tange ao papel

do Estado, temos a esfera pública estendendo a todos a condição de igualdade. O processo de reforma fundou-se, segundo Marcelino (2000, p. 11), em quatro eixos: descentralização, participação, cidadania e sociedade civil, em um contexto neoliberal de enxugamento da máquina administrativa e compartilhamento de espaços de decisão. Para Tatagiba (2002, p. 283), “o avanço do processo de construção democrática contribuiu para explicitar os projetos políticos que se definiam, expressando visões diferenciadas, inclusive quanto aos rumos desse processo, tornando, assim, mais clara a heterogeneidade da sociedade civil”.

A nova Constituição, promulgada por uma Assembléia Constituinte, em 1988, consagrou como direitos fundamentais a educação, a saúde, a moradia, o trabalho, o lazer, a segurança e a previdência social, bem como a proteção à maternidade e à infância e a assistência aos desamparados. Tratou, outrossim, das garantias aos direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, das competências das instâncias federativas sobre saúde, assistência pública e proteção a pessoas portadoras de deficiência, previdência social e proteção e defesa da saúde. A Carta Magna tratou, ainda, do redirecionamento institucional do Ministério Público – que passou, dentre outras atribuições, a “zelar pelo efetivo respeito dos poderes públicos e dos serviços de relevância pública, aos direitos assegurados nesta Constituição [...]” (CF88, art. 129, II).

A nova ordem constitucional brasileira, ao regulamentar a participação da sociedade nas políticas públicas, contribuiu para ampliar a condição de cidadania. A descentralização administrativa fortaleceu os demais entes governativos, na medida em que os inseriu no processo de tomada de decisão. Sobre esta Ferreira (1997, p. 43) nos diz que:

a descentralização do Estado, defendida pelos grupos representativos da lógica neoliberal, apresenta contradições próprias às suas intenções, pois, enquanto a exigência colocada pelos grupos políticos é a de redução do Estado, a exequibilidade dos direitos sociais requer um Estado em condições de promover mudanças significativas, democratizando suas relações com a sociedade e abrindo espaços para a inclusão de milhares de desassistidos no

país.

A expectativa, entretanto, era de estabelecimento de relações de cooperação entre as esferas de governo, que se estendessem aos cidadãos das diferentes escalas da comunidade nacional, funcionando como fator de fortalecimento, e não de fragmentação. A descentralização, obtida graças à gradual municipalização das políticas, com contrapartida das respectivas esferas de governo em complementação ao financiamento federal, forneceu à sociedade a oportunidade de tratar demandas locais, de forma mais eficaz, com as políticas sendo definidas no espaço em que devem se efetivar.

A descentralização trouxe, ainda, um bônus transversal, que consiste na valorização do local e do regional como lócus de decisão, mesmo em eras de globalização. Teixeira (2002, p.120) nos esclarece que as ações coletivas que ocorreram no País a partir do momento em que se dá a redemocratização, embora pretendessem mudanças mais gerais nas instituições ou nas políticas públicas, tiveram impacto ou sedimentaram-se sobre o local, colaborando para que esse se dinamizasse, gerando outros tipos de ações e organizações. A constituição desses novos espaços de decisão contribuiu de forma efetiva para a interlocução entre Sociedade e Poderes Públicos.

A sociedade civil teve um papel fundamental na redemocratização do País, na medida em que foi alçada ao plano de co-responsável pela definição, operacionalização e fiscalização das políticas sociais. Sua participação nos espaços públicos, apesar de contraditória, em função da enorme diversidade de expectativas e interesses antagônicos abrigados em seu seio, é rica, em virtude dessa mesma diversidade, e plena de troca de experiências.

Em que pesem as diferenças, a constituição de sujeitos sociais ativos possibilitou o surgimento de grupos comprometidos com o ideal democrático e a construção de debates

em que o interesse coletivo consegue suplantar as divergências. Para Dagnino (2004, p. 285):

o reconhecimento da pluralidade e da legitimidade dos interlocutores é requisito não apenas da convivência democrática, em geral, mas especialmente dos espaços públicos, enquanto ambiente de conflito que têm a argumentação a negociação as alianças e a produção de consensos possíveis como seus procedimentos fundamentais.

A participação é instrumento de controle do Estado pela sociedade civil, e, conseqüentemente, de controle social e político, que possibilita aos cidadãos participar da definição de princípios que orientem a gestão pública. O espaço destinado à participação da sociedade na ação pública, pela Constituição Federal de 1988, foi o resultado da pressão da crescente insatisfação social com o setor estatal, em função da má qualidade dos serviços ofertados, da burocracia e da morosidade gerada por organismos institucionais rígidos bem como pela falta de decisão política. Com a co-gestão, Poder Público/Sociedade Civil, criou-se o vínculo entre sociedade civil e sociedade política, com efetivo compartilhamento de atribuições. A previsão constitucional significou, assim, um claro reconhecimento da força constitutiva dos novos espaços sociais, privilegiando a importância da sociedade civil.

Se considerarmos que as políticas sociais são a expressão da concepção de um Estado na promoção e conquista do bem-estar da população, temos o Brasil – depois de séculos de políticas clientelistas e assistencialistas, fundadas, a princípio numa visão filantrópica, de generosidade assistencial e caridade, e, posteriormente, em interesses políticos e eleitoreiros – determinando constitucionalmente a universalização, gratuidade e descentralização das políticas sociais e colocando o cidadão como sujeito de decisões: “Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos, ou diretamente, nos termos desta Constituição” (CF, art. 1º, § ÚNICO).

É importante considerar que

os princípios de igualdade, justiça social, democracia e cidadania,

contemplados na Constituição de 1988, ainda estão em nível de abstração e do ideal, fazendo parte de múltiplos discursos e intenções dos diversos grupos presentes na sociedade (partidos políticos, movimentos sociais etc.) (FERREIRA, 1997, p. 53).

Estes princípios precisam ser efetivados para que se concretize a inclusão da sociedade em geral no gozo dos direitos constitucionais. Esta proposta envolve diretamente o Estado, mas também depende das pressões dos grupos e movimentos sociais interessados nas ações. Para além das garantias formais, os direitos estruturam uma linguagem pública que estabelece os critérios pelos quais os assuntos cotidianos são discutidos e tratados, em suas exigências de equidade e justiça. Eles se refletem nas relações entre os indivíduos que, ao se reconhecerem como sujeitos de direitos, passam a regular suas práticas por regras de reciprocidade de interesses e de responsabilidades.

Do debate teórico, devem surgir formas diferenciadas de ação coletiva, com várias alternativas às formas de participação da sociedade nas ações públicas. Neste contexto, poder político não mais significa autoridade estatal, passando a supor uma relação em que os atores fazem valer seus interesses, afirmando-se como sujeitos de direitos e obrigações.

1.3 Os conselhos gestores de políticas públicas

A Constituição Federal brasileira de 1988 introduziu no País avanços que buscaram corrigir as injustiças sociais praticadas ao longo de séculos e que impossibilitavam a universalização dos direitos, favorecendo a perpetuação do poder de determinadas minorias. A isto se deve a previsão da participação da sociedade civil nas políticas públicas, conforme podemos ver no art. 198, que trata do SUS:

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

I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III – participação da comunidade. (grifos nossos).

Nossa Carta Magna estabelece, assim, a descentralização político-administrativa e a participação da comunidade na definição das políticas sociais. Esta se dá via Conselhos Gestores e Conferências, que são as instâncias de participação regulamentadas pelas Leis Orgânicas destas políticas. O controle social nas políticas públicas adquire sentido ao se materializar em espaços criados para abrigar a sociedade, dentro das instituições estatais. A idéia é que, ao penetrar no interior do aparato estatal, a sociedade busca imprimir sua lógica de pensamento e de prioridades, estabelecendo novos rumos para a atuação governamental. Temos, assim, os conselhos dentro de cada esfera de governo, adstritos aos órgãos gestores de políticas públicas.

Os conselhos são frutos da mobilização e das pressões da sociedade pela democratização das políticas, que redundaram nas disposições da Constituição Federal de 1988, tratando-se de espaços de co-gestão das políticas sociais, divididos pela Sociedade e pelo Estado para a realização do controle social. Para Ferreira (1997, p. 35) estes novos canais de diálogo

são as representações simbólicas das relações e inter-relações mantidas na dinâmica societal, já que são compostos de múltiplas potencialidades e de diferentes percepções, visões e dimensões plurais, podendo contribuir para a formação de ricas possibilidades de práticas democráticas e de exercício da cidadania.

Esses espaços podem propiciar a partilha de poder e a negociação de recursos. Por se constituírem em fóruns de discussão, em busca de consenso, necessitam da força da representação popular, exacerbada pela união em torno de objetivos comuns. Por seu turno, os conselheiros precisam ter como suporte as associações, as confederações, os sindicatos, enfim, os grupos organizados que, ao se fazerem representar no Colegiado, passam a participar da definição das metas para o setor.

O peso político da participação da sociedade é medido por sua capacidade de negociar e/ou de pressionar as instituições governamentais. Estes mecanismos irão definir as ações e as metas a serem desenvolvidas. A capacidade de atuação da representação popular, aliada ao setor estatal e ao setor privado, deve propiciar a construção das políticas universalizadas.

A deliberação do Conselho torna-se um ato de governo quando é homologada pelo Gestor da política e publicada no Diário Oficial. Através desta interferência o Conselho atua como Estado e seu ato é tão forte quanto uma portaria governamental, em virtude da previsão constitucional. Entretanto, os gestores, condicionados, segundo o Ministério da Saúde (2003, p. 313) “à cultura secular da gestão sem participação” acabam por considerar os conselheiros como “emperradores da gestão”, boicotando, atrasando, ou deixando de implementar as deliberações. Nestes casos, os conselhos contam com instituições e/ou poderes que podem ser utilizados para assegurar o respeito às suas decisões, tais como o Ministério Público – o grande parceiro do controle social – e o Judiciário (através de diversos tipos de ações).

Outrossim, os Conselhos integram a estrutura do Poder Executivo, e devem respeitar as atribuições próprias da gestão, tais como: planejamento, orçamento, programação, normatização, direção/gerência, operacionalização/execução e controle/avaliação. Mas “caso o gestor, por qualquer motivo, deixe de assumir qualquer de suas funções, cabe ao Conselho, dentro de suas atribuições, e esgotadas todas as possibilidades de convencimento e parceria, mobilizar forças sociais e instituições, tais como o Poder Legislativo, o Tribunal de Contas e o Ministério Público, visando o bom cumprimento de todas as funções de gestão pelo gestor” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003, p.12).

Tatagiba (2002, p. 49) nos apresenta uma distinção entre três tipos de conselhos:

Conselhos de Programas, Conselhos de Políticas e Conselhos Temáticos:

Os conselhos de programas são aqueles “vinculados a programas governamentais concretos, em geral associados a ações emergenciais bem delimitadas, quanto a seu escopo e sua clientela”. Os conselhos de política são “ligados às políticas públicas mais estruturadas ou concretizadas em sistemas nacionais ... são, em geral, previstos em legislação nacional, tendo, ou não, caráter obrigatório” e os conselhos temáticos, “sem vinculação imediata a um sistema ou legislação existem na esfera municipal, por iniciativa local ou por estímulo estadual. Em geral associam-se a grandes movimentos de idéias ou temas gerais [...].

A autora distingue os conselhos gestores de outros tipos de experiências do gênero: os conselhos comunitários, os populares e os administrativos. Os primeiros – comuns nas décadas de 1970 e 1980 – serviram de espaço à apresentação das demandas da comunidade junto às elites políticas locais; os segundos, criados pelos próprios movimentos sociais, contavam com um nível menor de formalização, sem envolvimento institucional e os conselhos administrativos, voltados ao gerenciamento direto e participativo das unidades prestadoras de serviços, como escolas, creches, hospitais etc, não possuíam poder para interferir no desempenho das políticas públicas das áreas em questão.

Gohn (2001, p. 70) assim nos apresenta o cenário dos conselhos:

Basicamente, podemos diferenciar três tipos de conselho no cenário brasileiro das décadas de 70 e 80 (do século XX): os criados pelo próprio poder público Executivo, para mediar suas relações com os movimentos e com as organizações populares; os populares, construídos pelos movimentos populares ou setores organizados da sociedade civil em suas relações de negociação com o poder público; e os institucionalizados, com possibilidade de participar da gestão dos negócios públicos criados por leis originárias do poder Legislativo, surgidos após pressões e demandas da sociedade civil.

Como exemplo dos conselhos criados pelo Poder Público, a autora cita os conselhos comunitários criados para atuar junto à administração municipal, no final dos anos 1970. Notamos, então, que o Poder Público já percebera a necessidade de construir espaços de diálogo com a sociedade, mesmo antes da constitucionalização da participação popular nas políticas públicas. Entretanto, não se pode considerar esses espaços como democráticos, uma

vez que o clientelismo era o motor das políticas sociais, e demandas, como saúde, educação e habitação, eram atendidas apenas em função dos interesses políticos. Por outro lado, o grande peso das instituições geridas por um poder autoritário refreava as manifestações da sociedade civil, não conseguindo impedir, entretanto, o surgimento de grupos e movimentos sociais que atuavam no limite das liberdades vigentes à época. De todo modo, temos um tímido arremedo de *locus* de deliberações, e sua estrutura, repaginada, serviu para inspirar a criação dos novos espaços públicos, que são os conselhos gestores de políticas públicas.

Os conselhos gestores se constituem no resultado das lutas e pressões da sociedade, a favor da redemocratização do País, diferindo-se dos demais colegiados em virtude de seu caráter abrangente e paritário. Nele se acomodam as diferenças e as divergências, na busca pelo consenso. E a constante troca de experiência entre os conselhos das três esferas, oportunizada pelas conferências setoriais, engrandece a discussão e possibilita o crescimento da experiência participativa.

Cada Conselho deve procurar refletir a realidade em que está inserido, considerando as diferenças políticas, sociais e culturais das diversas regiões do Brasil, posto que as demandas da sociedade, no que tange às ações de saúde, são basicamente as mesmas em todas estas. Problemas como saneamento, fome, desemprego, doenças e violência, apenas para citar alguns, não irão encontrar soluções a curto e médio prazos, e se refletem nas condições de saúde da população.

Para Gohn (2001, p. 83), os conselhos gestores representam a maior inovação, no que tange às políticas públicas, em anos. Efetivamente, sua dimensão como intermediadores da relação entre Estado e Sociedade os coloca em posição de destaque dentre as instâncias de participação. Ao longo do tempo, a demanda por estes espaços só tem crescido, expandindo-se a todas as áreas de atuação do Estado. Outrossim, os repasses financeiros para as políticas,

nas três esferas de poder, foram vinculados à constituição e efetividade dos conselhos, em um claro engrandecimento do seu papel fiscalizador.

Sousa (2001, p.130), nos diz que:

os conselhos nasceram como novos arranjos institucionais destinados a ajustar o sentido público de Estado e a induzir-lhe uma maior responsabilidade perante o conjunto da sociedade. Não se localizam, assim, nem como mera instância de concessão estatal nem como simples ocupação do Estado pela sociedade.

Uma vez que são parte fundamental do processo de redemocratização do País, devemos avaliar o desempenho dos conselhos a partir dos resultados atingidos, seja sobre a sociedade, seja sobre o funcionamento estatal, no sentido da construção de políticas igualitárias e universalizantes.

1.4 Os conselhos de saúde e o controle social

A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi o grande marco da reforma sanitária brasileira, tendo reunido diferentes segmentos para discutir a questão da saúde e apontar novos caminhos. Dela resultaram as disposições constitucionais referentes ao tema, em especial a instituição do Sistema Único de Saúde e a definição de saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado, conforme reza o texto do art. 196 da CF, *in verbis*:

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

Por política social, entendemos o conjunto de medidas e intervenções sociais que são impulsionadas a partir do Estado e que têm por objetivo melhorar a qualidade de vida da população e conquistar crescentes níveis de integração econômica e social, especialmente dos grupos socialmente excluídos, nas diversas dimensões em que se expressa a sua exclusão. A

Lei 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde), no seu art. 2º, reitera as disposições constitucionais ao preconizar: “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.”

Desse modo, o direito à saúde é dever estatal, que gera, para o indivíduo, direito subjetivo público, exigindo que o Estado coloque à sua disposição serviços que visem promover, proteger e recuperar a sua saúde. O direito subjetivo à saúde, por sua vez, legitima o cidadão para o exercício de prerrogativas estabelecidas na legislação, tanto em nível administrativo quanto em nível judicial. Ao Estado, como organização que provê benefícios públicos para seus membros, os cidadãos, cabe fornecer a saúde como benefício indivisível e generalizado, que pode ser partilhado por todos.

Por seu turno, o art. 198 da CF estabeleceu a participação popular na organização do Sistema Único de Saúde, o que a Lei 8.142/90 regulamentou. Como instâncias de participação, temos as Conferências e os Conselhos de Saúde. Esta participação é o que chamamos controle social, este, também, um direito subjetivo. Por direito subjetivo entendemos aquele que se pode opor a alguém, pois a todo direito subjetivo corresponde um dever. Se o indivíduo não puder opor a ninguém a prerrogativa, faculdade ou preferência de que se considerar titular, não possuirá direito nenhum. Desse modo, o cidadão pode opor ao Estado o exercício de seus direitos à saúde e à participação na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas para o setor, uma vez que a Constituição assim dispôs. No Sistema Único de Saúde, a participação do cidadão pressupõe o controle dos atos dos administradores públicos, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, uma vez que os recursos da saúde são aplicados por meio de fundos, nos três níveis de poder, acompanhados e fiscalizados pelo respectivo Conselho de Saúde.

O controle social na política de saúde permite que a comunidade atue de duas

formas: fornecendo subsídios às autoridades gestoras do sistema, por meio de propostas e reivindicações de medidas de interesses da coletividade, contribuindo para a formulação da política de saúde, e controlando os atos praticados pelos administradores. Constitui-se em um meio de a sociedade interferir, política-técnica e administrativamente nas políticas públicas, e vincula-se à reivindicação ao acesso universal e igualitário aos serviços e ao poder de decisão sobre as práticas.

Controle social pressupõe democracia.

Uma característica - chave da democracia é a contínua responsividade do governo às preferências de seus cidadãos, considerados como politicamente iguais [...] Para um governo ser responsivo às preferências de seus cidadãos, todos devem ter oportunidades plenas de formular preferências, de expressar suas preferências a seus concidadãos e ao governo através da ação individual e da coletiva e de ter suas preferências igualmente consideradas na conduta do governo, ou seja, consideradas sem discriminação decorrente do conteúdo ou da fonte de preferência. (DAHL, 1995, p. 25).

Dessa forma, torna-se fundamental envolver os diversos sujeitos sociais preocupados com a política de saúde no fortalecimento do SUS, defendendo a efetivação dos direitos conquistados a partir da Constituição de 1988. É essencial a participação da sociedade civil nesse processo, ocupando os espaços de negociação e compartilhamento entre Sociedade e Estado.

O controle social traz subjacente a questão da partilha do poder entre Estado e Sociedade. Esta apresenta diversas facetas. Em que pesem as disposições legais, sabemos que a partilha efetiva do poder é dificultada pela postura dos gestores, resistentes em compartilhar o seu poder exclusivo, quanto às decisões acerca das políticas públicas. Por outro lado, a insistência da sociedade civil em exercer o controle social sobre as ações do Poder Público acaba por polarizar as relações entre ambos. Esta polarização é bastante visível nos Conselhos de Saúde, onde a sociedade precisa travar uma luta constante pela ampliação de seu campo de atuação para que os Conselhos não acabem por se tornar meros espaços consultivos, sem

interferência sobre decisões mais amplas, que tenham impacto significativo sobre a sociedade.

Os mecanismos que bloqueiam uma partilha efetiva de poder nesses espaços são vários. Se muitos desses mecanismos têm origem em concepções políticas resistentes à democratização, dos processos de tomada de decisão, outros se relacionam com características estruturais do funcionamento do Estado, embora as fronteiras entre essas duas origens, sejam, á vezes, de difícil elucidação. (TATAGIBA, 2002, p. 283).

Bobbio (2000, p. 283-284) compreende o controle social como o conjunto de meios de intervenção, quer positivos quer negativos, acionados por cada sociedade ou grupo social, a fim de induzir os próprios membros a se conformarem às normas que a caracterizam, impedindo e desestimulando comportamentos contrários a estas e restabelecendo condições de conformação a mudanças do sistema normativo. Segundo o autor “podem ser identificadas duas formas principais de Controle Social de que se serve um determinado sistema para conseguir o consenso: a área dos controles externos e a área dos controles internos”. O primeiro termo refere-se àqueles mecanismos que são acionados contra os indivíduos, quando estes não se adaptam às normas gerais. Os controles internos são aqueles que não ameaçam um indivíduo externamente, mas sua consciência. Estes dependem de uma socialização bem sucedida, que contribui para fazer com que o indivíduo sinta-se preso ao padrão de comportamento praticado em sua comunidade. São formas de controle social, a moda, os costumes, a lei, as regras éticas e as práticas institucionais.

Ressalte-se que os conceitos supramencionados dizem respeito a formas de limitação do agir individual na sociedade. Outros conceitos são apresentados por Bobbio (2000), como o de controle social como processo que, ao determinar na interação, as relações entre os indivíduos, leva a organizar e regular o comportamento do homem, estabelecendo condições para a ordem social; ou o de controle social como o exercido por um grupo sobre os próprios membros, ou por uma instituição ou grupos de pressão e classes sociais sobre a população de uma sociedade ou parte dela. O autor esclarece que, no curso de sua história,

cada sociedade ou grupo tende a modificar os mecanismos de controle social dos quais se utiliza, com o objetivo de garantir o consenso.

A outra acepção de controle social, de interesse do presente estudo, é a forma de intervenção da sociedade sobre o Estado, com o objetivo de fiscalizar o dispêndio dos recursos públicos, a moralidade da atuação dos políticos, o bom andamento das casas legislativas (por meio do voto consciente) e do Judiciário (através das pressões da opinião pública), além da intervenção direta na propositura das práticas e ações do Executivo que sejam voltadas para o seu próprio bem-estar. Esta modalidade de controle social pode ser definida como a constituição de mecanismos formais e públicos de representação dos interesses das classes não dominantes.

É preciso considerar que o controle social pode ser exercido através de outras formas de atuação do cidadão junto aos demais poderes constituídos. Junto ao Poder Legislativo o cidadão pode: participar de audiências para debater projetos de lei; referendar uma lei ou manifestar-se, em plebiscito, sobre assuntos relevantes para o País, através de entidades regularmente constituídas; pedir a declaração de inconstitucionalidade de leis etc. Junto ao Judiciário temos o mandato de injunção, que possibilita a todo cidadão fazer valer direito assegurado por lei e não aplicado; o mandato de segurança, impetrado pelo indivíduo ofendido, por partido político organização sindical, entidade de classe ou associação, na defesa de seus membros ou associados; o hábeas data, que garante o acesso à informação e sua veracidade; o Código de Defesa do Consumidor, que visa garantir as efetivas precauções e reparação de danos patrimoniais e morais, no plano individual, coletivo ou difuso.

O texto do art. 1º, da Lei 8.142/90, assim se disciplina o controle social na política de saúde:

O Sistema Único de Saúde – SUS, de que trata a Lei 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 Municipal de Saúde; e

II – o Conselho Municipal de Saúde.

§1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada 4 (quatro) anos, com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a política de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo, ou, extraordinariamente, pelo Conselho Municipal de Saúde.

§2º O Conselho Municipal 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 de governo [...]

Os conselhos de saúde são fundados na concepção de participação social, que têm sua base na universalização dos direitos e na ampliação do conceito de cidadania, pautada por uma nova compreensão do papel do Estado (BRAVO; PEREIRA, 2001, p. 88). São fóruns de caráter permanente, deliberativo e paritário. Em geral, fazem parte de seus quadros gestores da saúde, prestadores de serviços e trabalhadores em saúde profissionais, ativistas, usuários e prestadores de serviços sociais e pessoas envolvidas na defesa dos portadores de deficiências, dos idosos, das crianças e adolescentes, como também dos grupos mais expostos aos riscos e inseguranças sociais, sendo que o número de usuários corresponde a 50% dos demais componentes.

O objetivo principal desses Colegiados é discutir, elaborar e fiscalizar a política de saúde em cada esfera de governo; e sua inovação é a sociedade, exercendo o controle da política, através da presença da ação organizada dos vários segmentos. Por sua vez, os conselheiros exercem atividades de relevância pública, a serviço do SUS e pela garantia dos seus princípios constitucionais e legais.

A criação dos conselhos se dá através de lei, na esfera de poder correspondente. A

estas cabe determinar quesitos como composição, representação, direção do Colegiado etc., de acordo com as especificidades de cada região. Quanto às competências, foram definidas pelo Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, primeiro através da Resolução 33/92, posteriormente atualizada e alterada pela Resolução 333/03 (Anexo 1).

A Resolução 333/03 determinou que os Conselhos de Saúde Nacional, Estaduais, Municipais e do Distrito Federal possuem as competências de atuar na formulação e no controle da execução da política de saúde, incluindo seus aspectos econômicos e financeiros, bem como propor estratégias para sua aplicação aos setores público e privado.

Convém destacar que os Conselhos de Saúde constituíam realidade em 65% dos municípios do Brasil, já em 1996, de acordo com pesquisa realizada e relatada por Tatagiba (2002). Segundo a mesma fonte, dados do Conselho Nacional de Saúde, em documento produzido em 1999, apontavam para a existência de cerca de 45 mil conselheiros de saúde nas três esferas de governo. Bravo e Pereira (2001, p. 49) relatam que nos dias atuais existem conselhos de saúde em cerca de 4.000 municípios, dentre os 5.506 existentes no País.

Contudo, as atribuições dos conselhos, de atuarem na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, são, também, atribuições dos poderes Executivo e Legislativo, o que nos fornece a clara visão do compartilhamento do seu papel com o dos gestores – Ministério da Saúde e Secretarias de Saúde e as Casas Legislativas, nas três esferas de governo.

Vinculados à máquina estatal, os conselhos devem operar através da partilha do poder de planejamento e decisão. Lembrando que, “ao integrarem o Poder Público e o Estado, os Conselhos de Saúde têm diante de si a definição do seu espaço privilegiado de atuação onde devem exercer suas atribuições” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p. 9). A distribuição do poder no interior dos conselhos se justifica pela realização de uma tarefa comum, de

interesse comum, para o bem-estar da comunidade, fortalecida pela paridade entre o segmento dos usuários e os demais.

A paridade, para Carvalho, (2000, p. 28) “discrimina positivamente os segmentos e grupos com menos poder no sistema”, colocando a sociedade civil organizada e o Poder Público em situação de igualdade, como responsáveis pelas políticas públicas, apesar de ainda ser bastante restrito o acesso do primeiro grupo a instâncias que garantam os recursos para a realização dessas políticas. Sob este aspecto, para estes indivíduos, que se encontram em situação de desigualdade em relação às instituições públicas, implementadoras das políticas sociais, a paridade garante certa autonomia, uma vez que as decisões sobre as diretrizes dessas políticas se fazem, de ordinário, via aprovação por maioria. Logo, a heterogeneidade da sociedade civil encontra na paridade uma forma de conciliar as diferenças, através do debate e do consenso. Sousa (2001, p.38) cita Lobato, ao procurar na vertente pluralista, originada na experiência americana, com orientação de cunho liberal, a especificidade do processo de formulação das políticas públicas. Esta corrente fundamenta-se na noção de que a formulação de políticas ocorre segundo o jogo de forças empreendido por diferentes grupos de interesses que, atuando junto ao governo, procuram minimizar benefícios e reduzir custos. “Nesse caso, a vitória de interesses se dá pelo fato de determinados grupos serem politicamente mais fortes que outros”.

Entretanto, a paridade numérica nem sempre significa igualdade política. Uma vez que os conselheiros nem sempre têm poder de barganha, acabam por ficar reféns do Poder Público, no que concerne às ofertas de programas e políticas. Daí a necessidade de mobilização dos grupos de movimentos sociais em torno das demandas, para que os princípios desses novos arranjos institucionais se efetivem em políticas inovadoras no âmbito da gestão dos negócios públicos.

1.5 A política de saúde brasileira, aspectos gerenciais, organizacionais e de financiamento

A política de saúde brasileira é desenvolvida através do Sistema Único de Saúde-SUS, cuja gestão é descentralizada. Esta é exercida por meio de instâncias progressivas de adesão voluntária que estabelecem níveis de autonomia para os municípios e para os Estados. Isto significa que os municípios podiam exercer o gerenciamento da política nas formas e modalidades de gestão estabelecidas; primeiro, pela Norma Operacional Básica – NOB, 1993; e, posteriormente, pela Norma Operacional Básica, 1996. A NOB 1996 previu dois níveis de autonomia para os municípios e dois para os Estados. No que diz respeito aos municípios, estes eram a Gestão Plena de Assistência Básica, abrangendo a administração das ações básicas de saúde e a Gestão Plena do Sistema Municipal, compreendendo toda a rede municipal. Os Estados, por sua vez, podiam candidatar-se à Gestão Avançada do Sistema Estadual ou à Gestão Plena do Sistema Estadual. Na primeira, além de atividades de planejamento e coordenação, o gestor estadual assumia as relativas à prestação de serviços especializados sob gestão estadual e as de atenção básica não assumidas pelo nível municipal. Na segunda condição, somavam-se a estas atividades o gerenciamento de todos os serviços sob gestão estadual.

Como medida mais recente na esfera da descentralização da política de saúde, a Norma Operacional de Assistência à Saúde-NOAS, 2001, aprovou o processo definido pelo Ministério da Saúde (2002, p.153), como “regionalização da saúde”, em que se promoveram modificações importantes nas relações entre os diversos gestores do SUS. A regionalização

busca garantir o acesso, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde, cuja complexidade e contingente populacional transcenda a escala local/municipal e o direito à saúde, reduzindo desigualdades sociais e territoriais, e promovendo a equidade com a ampliação da visão nacional dos problemas, associada à capacidade de diagnóstico e decisão loco-regional. As regiões de saúde “são recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pólos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de rede de comunicação e infra-estrutura de transportes compartilhados do território” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p.153). O Pacto pela Saúde 2006, aprovado na reunião da Comissão Intergestora Tripartite de 26 de janeiro de 2006, regulamentou a regionalização, estabelecendo as responsabilidades dos Estados, municípios, Distrito Federal e União nas ações regionalizadas; e tratando, ainda, da criação de colegiados de gestão regional, dentre outros pontos fundamentais para o desenvolvimento da política de saúde. Ficam mantidas, até a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão constante nas Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006, as mesmas prerrogativas dos municípios e Estados que estão habilitados em Gestão Plena do Sistema, conforme estabelecido na NOB/SUS 1996.

O SUS constitui-se, desse modo, de um sistema hierarquizado, em que cada parte – União, Estados, Distrito Federal e Municípios – cumpre funções e competências específicas, mas articuladas entre si, o que caracteriza os níveis de gestão da política nas três esferas de governo. A Lei Federal 8.080, de 19 de setembro de 1990, denominada Lei Orgânica da Saúde – LOS, estabeleceu as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da Saúde e a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, criando mecanismos para a operacionalização das disposições constitucionais acerca da atenção à saúde e definindo as atribuições de cada esfera de poder dentro do SUS. O Sistema é único, para que se preservem, em todo o território nacional, suas características essenciais, mas o SUS é dirigido, em cada

esfera de governo, pelo órgão político-administrativo responsável pelo setor de saúde.

Na esfera federal, a gestão é do Ministério da Saúde. Esta esfera possui as competências de formular as políticas nacionais de saúde, planejamento, normatização, avaliação e controle do SUS em nível nacional. Administra o financiamento das ações de saúde por meio das aplicações de repasse de recursos fundo a fundo para secretarias estaduais e municipais de saúde. No âmbito estadual, o gestor do SUS é a Secretaria Estadual de Saúde, e na esfera municipal é a Secretaria Municipal de Saúde (em Teresina é a Fundação Municipal de Saúde de Teresina).

O financiamento da política de saúde é feito mediante o aporte de recursos públicos provenientes das três esferas de poder, com preponderância dos recursos federais cujas principais formas de obtenção são os recursos fiscais resultantes das atividades arrecadatórias, ou seja: impostos, tributos, contribuições ou outras taxações realizadas pelo Estado. Os recursos para o financiamento público da saúde encontram-se constitucionalmente vinculados ao Orçamento da Seguridade Social, sendo o seu detalhamento previsto pela Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO, anualmente aprovada pelo Congresso Nacional. Esta Lei determina, ainda, o percentual de recursos arrecadados pelo sistema Previdenciário a serem repassados para a Saúde.

Estes recursos são enviados para os fundos de saúde, em cada esfera de poder. Os fundos de Saúde, modalidade de gestão de recursos, criados por lei e revestidos de certas formalidades, são os receptores únicos de todos os recursos destinados à saúde em cada esfera de governo. A gestão do fundo de saúde se faz sob a supervisão do Conselho de Saúde da respectiva esfera estatal. A unificação dos recursos em uma só caixa facilita a ação fiscalizadora dos conselhos de saúde. A estes, por sua vez, compete o controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e

financeiros (Lei 8.142/90, art. 1º § 2º).

A gestão do SUS conta, ainda, com as comissões intergestoras, que são espaços de deliberação das esferas envolvidas na operacionalização da política de saúde. As comissões intergestoras do SUS são a Bipartite, que envolve as esferas municipal e estadual; e a Tripartite, que envolve, além destas, a esfera federal. As comissões intergestoras Bipartite são instâncias de pactuação e discussão para a definição dos modelos organizacionais do SUS, a partir de diretrizes e normas pactuadas na Comissão Intergestora Tripartite. As decisões destas esferas de gerenciamento, que devem ser por consenso, estão subordinadas à aprovação dos respectivos Conselhos de Saúde.

A despeito do estabelecimento dos instrumentos legais, este novo conceito de política, enfrenta dificuldades para sua implantação. As principais, segundo Ministério da Saúde (2003, p. 41), são:

a manutenção das forças conservadoras nas instâncias de Poder, o financiamento do setor, a cultura de clientelismo, a mudança do padrão epidemiológico e demográfico da população, os crescentes custos do processo de atenção, as formas de gerenciamento do sistema de saúde e o corporativismo dos profissionais de saúde.

O controle social, outra das premissas do SUS, foi regulamentado pela Lei 8.142/90, que dispõe, ainda, sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

A lei define o Sistema Único de Saúde (CF88, art.198) como o conjunto de ações e serviços públicos de saúde executados ou prestados por órgãos, entidades ou instituições federais, estaduais e municipais da administração direta, indireta ou fundacional (incluídas aqui as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de

equipamentos para a saúde). Estas atribuições serão realizadas sempre com a participação dos Conselhos de Saúde, nos três níveis de governo, sendo, em nível federal com o Conselho Nacional de Saúde; em nível estadual com os Conselhos Estaduais de Saúde; e, nos municípios, com os Conselhos Municipais de Saúde.

Acrescente-se que o arcabouço jurídico do SUS está pronto desde 1990, sendo a saúde uma das primeiras políticas sociais a ser regulamentada, após a promulgação da Constituição. Entretanto seus problemas de operacionalização ainda são muitos, e diversificados. Vale lembrar que a legislação garante o suporte institucional do sistema, e a atuação jurídica em saúde pública, desempenhada pelos promotores de Justiça, procuradores e magistrados contribui de forma decisiva para a garantia e proteção dos direitos à saúde.

1.5.1 Estratégias metodológicas e sociais para o controle social no Sistema Único de Saúde

O controle social no SUS tem merecido do Ministério da Saúde cuidados especiais, no que tange à preparação dos conselheiros para suas funções. O programa Educação em Saúde, desenvolvido de forma permanente pela Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, trata da aprendizagem que se processa no ritmo das diferenças sociais, culturais e religiosas dos sujeitos sociais envolvidos no controle social em saúde.

As “Diretrizes Nacionais para o Processo de Educação Permanente no Controle Social no SUS”, aprovadas pelo plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua 158ª Reunião Ordinária, realizada nos dias 14 e 15 de setembro de 2005, estabeleceram, em parceria com o Ministério da Saúde, os direcionamentos para a capacitação dos conselheiros de saúde. O programa considera que os membros dos Conselhos de Saúde renovam-se periodicamente, e outros sujeitos sociais alternam-se em suas representações. E o fato de

estarem sempre surgindo novas demandas, oriundas das mudanças conjunturais, torna necessário que o processo de educação permanente para o controle social esteja em constante construção e atualização. Ressalte-se que a educação permanente em Saúde vem sendo desenvolvida, desde o ano de 2002, através dos Pólos de Educação Permanente em Saúde, que são instâncias de articulação interinstitucionais, e o documento aprovado em 2005 veio estabelecer o direcionamento para este processo de ensino/aprendizagem.

Considera-se educação permanente para o controle social no SUS, no entendimento do Ministério da Saúde:

Os processos formais de transmissão e construção de conhecimentos por meio de encontros, cursos, oficinas de trabalho, seminários e o uso de educação à distância, bem como os demais processos participativos e fóruns e debates - Conferências de Saúde, Plenárias de Conselhos de Saúde, Encontros de Conselheiros, seminários, oficinas, dentre outros. (DIRETRIZES NACIONAIS PARA O PROCESSO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NO CONTROLE SOCIAL NO SUS, MS, 2006, p. 9).

As ações de educação permanente para o controle social passarão a receber recursos específicos, conforme a Portaria nº 698, de 30 de março de 2006, do Ministério da Saúde. Esta define que o custeio das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, (observado o disposto na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica do SUS). Os recursos federais destinados ao custeio das ações de saúde passam a ser transferidos na forma de blocos de financiamento, a saber: I – Atenção Básica; II – Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; III – Vigilância em saúde; IV – Assistência Farmacêutica, e V – Gestão do SUS. No bloco de financiamento para a Gestão do SUS, destinado ao fortalecimento da gestão para o custeio de ações específicas relacionadas à capacitação, organização e ampliação do acesso aos serviços de saúde estão incluídos recursos destinados à educação em saúde, à capacitação e ao incentivo, à participação e ao controle social. Isto significa que os Conselhos de Saúde poderão contar com recursos específicos para o desenvolvimento de suas atribuições.

A capacitação dos conselheiros é reivindicação da quase totalidade dos Conselhos, uma vez que a heterogeneidade da representação social, os meandros da burocracia estatal e as atribuições dos conselhos exigem de seus membros certos comportamentos e conhecimentos que, muitas vezes, estão além da formação educacional que estes possuem. Principalmente entre os representantes dos usuários temos grandes contingentes de conselheiros semi-analfabetos, o que dificulta sua atuação, e, conseqüentemente, enfraquece sua intervenção.

Por seu turno, o controle social exige despesas que, antes desta regulamentação, eram custeadas pelo gestor do SUS em cada nível de governo. A realização de Conferências, Seminários, Plenárias, a manutenção da estrutura dos Conselhos de Saúde, as viagens dos conselheiros para participar de atividades relacionadas a sua missão demandam o dispêndio de recursos. Uma vez que no SUS estes são transferidos fundo a fundo, constituíram-se de fundamental importância as disposições da Portaria n° 698/06, definindo o financiamento para o controle social, posto que essa providência evitará que os conselheiros precisem ficar à mercê da boa vontade dos gestores, nem sempre simpáticos à idéia da interferência da sociedade sobre os atos do Poder Público.

Por seu turno, o Pacto pela Saúde 2006, aprovado na reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 26 de janeiro de 2006, e assinado pelo Ministro da Saúde, o presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, CONASS e o presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde CONASEMS, reconhece que a participação social do SUS é um princípio doutrinário; está assegurada na Constituição e nas Leis Orgânicas da Saúde, e é parte fundamental deste Pacto, que deverá ser anualmente revisado com base nos princípios constitucionais do SUS e ênfase nas necessidades de saúde da população.

1.5.2 Os princípios e diretrizes do SUS

O Sistema Único de Saúde tem como princípios, segundo Carvalho e Santos (2002, p. 71-89):

I) *A universalidade do acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência* – o que garante a todos os cidadãos o acesso aos serviços de saúde, independente de contribuição, ou de qualquer outro requisito.

II) *A integralidade da assistência* – esta combina, de forma harmônica e igualitária, as ações e os serviços de saúde preventivos com os assistenciais ou curativos, de forma a atender cada caso, segundo suas exigências, em todos os níveis de complexidade.

III) *A Preservação da autonomia da pessoa na defesa de sua integridade física e moral* – constitui-se em um desdobramento do princípio da dignidade da pessoa humana, o que implica na superestrutura da disciplina jurídica para protegê-la nos mais variados aspectos das chamadas manipulações biológicas, em vida ou *post mortem*, incluídas aqui a questão da constatação da morte.

IV) *A igualdade de assistência* – significa que, nos serviços públicos, não pode haver distinção entre as pessoas. A assistência deverá ser oferecida a todos, sem privilégios ou preconceitos de qualquer espécie.

V) *O Direito à informação* – as pessoas assistidas têm direito à informação sobre sua saúde, o que nos remete ao texto constitucional, art.5º, XIV (é assegurado a todos o acesso á informação) e XXXIII (todos têm direito de receber dos órgãos públicos informações do seu interesse particular, ou de interesse coletivo em geral).

VI) *A Divulgação de informações sobre o potencial dos serviços de saúde a sua utilização pelo usuário* – os poderes públicos devem divulgar para a comunidade todas as informações a respeito dos serviços disponíveis, modalidades, horário de atendimento etc.

VII) *A Utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática* – “A vigilância epidemiológica caracteriza-se por um conjunto de ações no campo dos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, visando a recomendar e a adotar medidas de prevenção e controle das doenças e agravos” (p. 83).

VIII) *A Participação da comunidade* – “A participação da comunidade na gestão dos serviços e ações de saúde a cargo do SUS é um dos pilares da organização do sistema, fincado na Constituição” (artigo 198, III).

IX) *A Descentralização político-administrativa* – sobre a qual é feita com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios e na regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde. A descentralização coloca o responsável pela prestação do serviço perto do local onde ele é demandado. Desta forma, a execução dos serviços e ações passou a constituir dever de cada esfera de governo, mediante os mecanismos de que cada esfera dispõe, derivados do texto constitucional e infraconstitucional.

X) *A Integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e atendimento básico* – “Sendo a política de saúde uma resultante de vários fatores, esta é que deve ditar o conteúdo das políticas de meio, ambiente e de saneamento básico” (p.87).

XI) *A Conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, Distrito Federal, Estados e Municípios* – as três esferas gestoras do sistema devem conjugar esforços, a fim de alcançar a melhoria dos serviços prestados.

XII) *A Capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência* – uma ação ou serviço de saúde resolutivo é aquele que resolve o problema trazido ou apresentado pelo paciente, de acordo com suas particularidades ou necessidades.

XIII) *A Organização dos serviços públicos de modo a evitar a duplicidade de meios para fins idênticos* – os recursos do setor público devem ser gastos de forma responsável, uma vez que são sempre escassos. Assim, deve-se evitar a duplicação de meios para fins idênticos, mediante estabelecimento de rigorosos critérios para a criação dos serviços, justificando o investimento pretendido.

O controle social somente encontra razão de existir dentro de um modelo de sistema de saúde baseado na responsabilidade do Estado. A consideração da saúde como obrigação estatal deve resultar na utilização dos recursos públicos de forma planejada, com um projeto de regras transparentes e a presença da sociedade na tomada de decisões.

A participação deve ser considerada como conquista, e não como concessão. O controle social efetua-se no exercício da vontade autônoma da coletividade, partilhando o poder de decidir questões que interessam a todos. Em um contexto de interesses múltiplos e divergentes, a presença de diversos segmentos da sociedade nas decisões do aparelho estatal, exercendo o controle social, constitui uma forma de garantir o direito de tornar o Estado efetivamente coisa pública.

CAPÍTULO II – O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TERESINA

Neste capítulo, apresentamos o Conselho Municipal de Saúde de Teresina, considerando os aspectos de representatividade, organização e participação na formulação da política de saúde local, o que nos auxiliará na compreensão do papel do Colegiado como instância de controle social junto à Fundação Municipal de Saúde, órgão gestor do SUS em Teresina.

2.1 O controle social em Teresina

Embora iniciativas anteriores tenham traçado o caminho dos movimentos sociais em prol da saúde no Piauí, apenas na década de 1980 estes se consolidaram, na esteira dos movimentos nacionais. Nas palavras de Sousa, citada por Braga (2005, p. 85), os movimentos em defesa da saúde no Piauí, que se configuraram, em um determinado momento como Comissão Pró-Conselho/Pró-SUS, constituíram-se em “um espelho do Movimento Nacional de Reforma Sanitária”.

Para Braga (2005), data desta época a criação do Movimento Popular de Saúde/MOPS/PI, que se filiou ao MOPS nacional, passando a participar, em virtude dessa agregação, das discussões sobre a Reforma Sanitária Nacional. Isto se refletiu nos objetivos do movimento, que passou a se interessar pelas questões pautadas em nível nacional, como a Constituinte, o SUDS, o SUS, políticas de saúde, participação institucional etc.

A articulação desses movimentos e o árduo trabalho de conscientização por eles desenvolvido resultou na reforma sanitária nacional, na criação do SUDS (depois SUS), e na instituição da parceria Poder Público/Sociedade Civil, consagrada pela Constituição Federal. Encontramos em Braga (2005) os subsídios necessários para resgatar a trajetória do MOPS/PI, que foi o grande responsável pela mobilização, em nosso Estado, dos setores envolvidos com a saúde pública.

Por iniciativa do MOPS, passou a ser desenvolvido no Piauí intenso trabalho de discussão dos temas relacionados à Reforma Sanitária, realizado por profissionais de saúde, sindicalistas, professores da UFPI, médicos sanitaristas, entidades de movimento popular, e outros. Braga (2005, p. 97) esclarece que estas pessoas, provavelmente “pela falta de um espaço que congregasse todos os seguimentos de Saúde do estado, preocupados em discutir a política de Saúde, acabavam se identificando com o MOPS.”

O Seminário “SUDS e a nova política de saúde no Brasil”, realizado pelo MOPS nos dias 18 e 19 de março de 1989, com representantes de entidades populares e sindicais, e o apoio e colaboração da Central Única dos Trabalhadores (CUT), Federação das Associações de Moradores e Conselhos Comunitários (FAMCC), Centro Piauiense de Ação Cultural (CEPAC), CÁRITAS, Centro de Educação Popular Esperantinense (CEPES), Centro de Educação Popular de Valença (CEPAVA) e Movimento de Educação de Base (MEB), foi, ainda nas palavras de Braga, um marco na organização dos movimentos de saúde. Neste evento, que contou com a assessoria técnica do Núcleo de Saúde Pública – NESP, da UFPI, foram debatidas temáticas referentes ao SUS e à participação popular, sendo que a equipe designada para tratar do encaminhamento das deliberações foi denominada Comissão Pró-Conselho de Saúde.

Uma das deliberações do evento foi a proposta de participação do Movimento de

Saúde no processo constituinte estadual e municipal, formulando emendas populares e participando do processo de estadualização e municipalização da saúde. Com vistas a efetivar esta providência, foi realizada a II Plenária Popular de Saúde, que deliberou acerca dos critérios para a escolha de representantes da sociedade civil nos Conselhos Estadual e Municipal de Saúde de Teresina. Segundo Braga, o momento subsequente foi de

intenso debate nas entidades sociais, médicas e sindicais piauienses, com o objetivo de discutir a implantação do novo sistema de Saúde e eleger os representantes para o Conselho Estadual de Saúde e o Conselho Municipal de Saúde de Teresina, culminando com realização, em 10/08/91, da I Plenária Municipal de Saúde de Teresina, convocada pela Comissão Pró-Conselho.

A referida Plenária teve como pauta principal a eleição dos membros do Conselho Municipal de Saúde de Teresina. Cumpre lembrar que, nesta ocasião, a Lei Municipal 2.046, que criou o Conselho Municipal de Saúde de Teresina, já havia sido promulgada, pois esta data de 25/04/91. A partir desta Plenária, foi encaminhada, em 02/10/91, ao Secretário Municipal de Saúde de Teresina, através de ofício, a relação dos representantes dos profissionais e usuários de saúde que comporiam a primeira gestão do Colegiado.

2.2 O processo de institucionalização do Conselho Municipal de Saúde de Teresina

A criação do Conselho Municipal de Saúde de Teresina se deu através da Lei 2.046, de 25 de abril de 1991, na gestão do prefeito Heráclito Fortes e do secretário municipal de Saúde, médico Geraldo Magela de Miranda. Ainda nessa administração, através do Decreto nº 1.926/92, foram empossados os primeiros conselheiros municipais de saúde de Teresina. O seu Regimento Interno foi aprovado à época do prefeito Raimunda Wall Ferraz, que o homologou através do Decreto nº 2.349, de 01 de junho de 1993.

O Conselho Municipal de Saúde de Teresina é a instância colegiada de gestão da

saúde em Teresina, com funções deliberativas, normativas, fiscalizadoras e consultivas, no âmbito do município, com o objetivo básico de formulação de estratégias, controle e avaliação da Política Municipal de Saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros (Lei 2.046/91, art. 1º§ 1º).

Em março de 1995, o Decreto n. 2.187 declarou empossada a segunda gestão do Conselho Municipal de Saúde de Teresina; e, em abril de 1997, o Decreto n. 3.446 empossou a terceira turma. A quarta e a quinta gestões do Conselho Municipal de Saúde de Teresina foram empossadas, respectivamente, através dos Decretos n. 4.047, de 99 e n. 4.910, de 2001. A sexta e última turma foi empossada em 2003, através do Decreto n. 5.678, de 10 de julho de 2003, do então prefeito Firmino Filho. Ressalte-se que a Resolução nº 001/05, de 09/03/05, do Colegiado prorrogou a duração da atual gestão, uma vez que tramita, na Câmara de Vereadores local, projeto de lei que visa alterar alguns pontos da composição do Conselho Municipal de Saúde de Teresina, para adequá-la às disposições da Resolução 333/03, do CNS/MS, que define as mais novas concepções acerca da composição e gerenciamento dos Conselhos de Saúde, e o Colegiado pretendia realizar a eleição para o próximo mandato já sob a égide da nova lei.

O Conselho Municipal de Saúde de Teresina compõe-se de trinta representantes (Anexo 2), com respectivos suplentes, sendo oito representantes das Instituições Públicas, sete representantes dos prestadores de serviços de Saúde e quinze representantes dos usuários. Os representantes das instituições públicas são indicados pelas respectivas instituições, e os dos demais segmentos escolhidos em Plenárias das entidades de cada setor, para mandato com duração de dois anos, sendo permitida apenas uma reeleição consecutiva, conforme o art. 13 do seu Regimento Interno. A representação dos usuários, conforme se pode verificar, é paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos representados no Conselho, e a nomeação se dá via Decreto do Chefe do Executivo Municipal.

O Colegiado faz parte da estrutura organizacional da Fundação Municipal de Saúde de Teresina, gestora do SUS em nível local, consoante o Regimento Interno do órgão, que dispõe que as finalidades, composição e atribuições do CMS/TE estão definidas na Lei 2.046/91. O presidente do Conselho é o gestor do SUS no município, e presidente da Fundação Municipal de Saúde de Teresina. Todas as sessões são registradas em atas, e as decisões expedidas mediante Resoluções assinadas e homologadas pelo presidente do Conselho devem ser publicadas no Diário Oficial do Município.

As reuniões ordinárias do CMS/TE são realizadas uma vez a cada mês, normalmente na terceira terça-feira, das oito da manhã ao meio dia, no Auditório do Centro Integrado de Saúde Lineu Araújo, unidade que pertence à rede municipal de saúde, podendo acontecer reuniões extraordinárias, considerada a necessidade de discussão inadiável de quaisquer temas, sob proposição, tanto do presidente quanto dos demais conselheiros. A estrutura do CMS/TE é a seguinte:

1 Órgão colegiado – que inclui os conselheiros, sob a presidência do gestor do SUS no município.

2 Secretaria Executiva – constituída pela Fundação Municipal de Saúde, podendo ser exercida por servidor da casa ou por servidor comissionado, com o fim de ordenar o trabalho administrativo do Conselho. A Secretaria Executiva funciona dentro das dependências da Fundação Municipal de Saúde, e segue os horários de trabalho do órgão.

O Conselho Municipal de Saúde de Teresina compreende, ainda, quatro comissões, formadas por seus membros, quais sejam: Comissão de controle e avaliação; Comissão de ética; Comissão de articulação e comissão de recursos humanos. Estas comissões são de caráter permanente e têm a finalidade de assessorar o Plenário do Conselho,

“fornecendo-lhe subsídios de discussão para deliberar sobre estratégias e controle da execução de política de saúde” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000, p. 19). Segundo a mesma fonte, os Conselhos possuem ainda prerrogativas de instituírem comissões de caráter transitório, para tratar de questões que demandem atenção especial. As comissões podem estar previstas na própria Lei que cria o Conselho, ou podem ser instituídas pelo seu Plenário, devendo, de preferência, constar no seu Regimento Interno. No Conselho Municipal de Saúde de Teresina, as comissões estão previstas no Regimento Interno, sendo seus membros escolhidos no início de cada nova gestão.

Dentre as comissões do Conselho Municipal de Saúde de Teresina, a de Controle e Avaliação é a mais técnica pela própria natureza de suas atribuições, que envolvem a apreciação de processos que tratam do credenciamento/descredenciamento de conveniados, projetos de construção, reforma e ampliação de unidades e análise de orçamento e balanços da Fundação Municipal de Saúde (que posteriormente são submetidos ao Plenário), dentre outras atribuições.

A Comissão de Recursos Humanos trata de questões relacionadas aos profissionais que trabalham ou prestam serviço junto à rede municipal de saúde e conveniada, sua inserção nas equipes do PSF, sua atuação junto à população usuária do sistema, remuneração, valorização etc. A Comissão de Ética avalia os serviços credenciados sob a ótica do SUS. Esta Comissão pode responsabilizar serviços e profissionais que não estejam se comportando de acordo com os princípios do Sistema; e podem estes sofrer punição que vai desde a suspensão do credenciamento até o desligamento do SUS. Ressalte-se que ela trabalha em parceria com a Assessoria Jurídica da Fundação Municipal de Saúde de Teresina, que, através da Comissão Permanente de Inquérito Administrativo, realiza os procedimentos necessários para apuração das responsabilidades, sempre respeitando o princípio do amplo contraditório.

A Comissão de Articulação trata dos assuntos internos do Conselho e instala os Conselhos locais ou regionais de Saúde, adstritos à área de abrangência das Unidades da Rede Municipal de Saúde, além de participar de forma efetiva na preparação dos eventos realizados, tais como Conferências, Seminários, Capacitação de Conselheiros etc.

2.3 A participação das entidades representativas da Sociedade Civil no Conselho Municipal de Saúde de Teresina

A composição dos Conselhos de Saúde busca favorecer a presença de entidades de representação popular, garantindo-lhes 50% das vagas, o que envolve diversos segmentos da sociedade em torno da construção da política de saúde municipal.

Conforme já referido, o Conselho Municipal de Saúde de Teresina é composto por três segmentos; são estes: representantes das instituições públicas, representantes dos prestadores de serviços de saúde, e representantes dos usuários. Lembramos que as instituições públicas presentes no Conselho Municipal de Saúde de Teresina têm espaço assegurado, em conformidade com a Lei Municipal 2.046/9, que estabelece que as vagas do segmento serão distribuídas entre o Ministério da Saúde, a Universidade Federal do Piauí, a Secretaria de Estado da Saúde, a Câmara Municipal de Teresina e a Fundação Municipal de Saúde de Teresina.

No segmento dos prestadores de serviços de saúde, temos os representantes de entidades profissionais de saúde, que envolve os conselhos regionais das categorias, as associações e os sindicatos. As entidades que se fazem presentes a todas as gestões são: o CRM (Conselho Regional de Medicina); o COREN (Conselho Regional de Enfermagem); o SINTSPREVS (Sindicato dos Trabalhadores na Previdência Social); o CRMV (Conselho Regional de Medicina Veterinária); o CRO (Conselho Regional de Odontologia); e o

SINDESPI (Sindicato dos Trabalhadores em Estabelecimentos de Saúde do Piauí); sendo que a Associação Piauiense de Nutrição (ANUTRI); o Conselho Regional de Psicologia; o Conselho de Serviço Social (CRESS); o Conselho de Técnicos em Radiologia (SINTEAR); a Associação Piauiense de Medicina; a Associação Brasileira de Odontologia; a Associação dos Agentes Comunitários de Saúde; a Associação Piauiense de Farmácia; o Sindicato dos Médicos, dentre outros, já tiveram, ou têm atualmente assento no Colegiado.

Ressalte-se que as vagas para este segmento não são asseguradas, e o processo de escolha para o seu preenchimento se dá através de eleição direta, em plenárias das categorias. Nestas plenárias, os próprios profissionais acabam, normalmente, por fazer composições, no intuito de não deixar de fora representantes dos médicos, odontólogos, enfermeiros, veterinários, nutricionistas e assistentes sociais, pois parecem entender que ficaria difícil discutir saúde sem a presença desses profissionais. O fato de o Conselho envolver representantes titulares e suplentes permite a composição, apesar de o conselheiro suplente, quando presente seu titular, ter direito apenas a voz, e não a voz e voto, no momento de qualquer deliberação. Lembramos que qualquer pessoa do povo, presente às reuniões, também tem direito a voz; o que ressalta o caráter abrangente do Colegiado.

No segmento dos usuários, temos a sociedade civil, em suas diversas formas de associação. Dentre as entidades sindicais de trabalhadores, o SINDSERM (Sindicato dos Servidores Municipais de Teresina) e a CUT têm vagas garantidas pela lei 2.046/91. O segmento abriga, ainda, uma vaga para entidades sindicais patronais, que tem sido, nas últimas gestões, ocupada pelo SINDHOSPI, Sindicato dos Hospitais do Piauí, entidade que congrega e representa todas as casas de saúde privadas de nosso Estado. Vale lembrar que estas vagas são preenchidas em plenárias específicas do setor, e que as entidades que ganham assento, excetuando-se as que possuem vaga assegurada pela Lei 2.046/91, precisam participar do processo eleitoral.

Dentre as sete vagas para representantes de entidades de movimento popular, a grande maioria dos representantes é oriunda das associações de moradores. A representatividade neste segmento é decidida da seguinte forma: a lei 2.046 garante a presença das Federações de Associações de Moradores, que, em 1991, em Teresina, era apenas uma, a FAMCC (Federação das Associações de Moradores e Conselhos Comunitários), e hoje já são, no mínimo, quatro, dentre outros representantes de movimentos sociais. Normalmente as associações de moradores são filiadas a uma das federações. Outrossim, na atual gestão, apenas duas vagas são ocupadas por outras entidades que não associações de moradores; sendo estas um grupo de idosos e a Associação dos Servidores da Secretaria Estadual do Trabalho, Cidadania e Turismo.

Na opinião de Sousa (2001, p. 218):

O processo de participação dos segmentos na política de saúde caracteriza-se pela diversidade de instituições ou entidades que a conformam, englobando, portanto, variados e distintos interesses. A centralidade da problemática de intermediação de interesses reside no modelo de gestão adotado, uma vez que o processo de participação requer segmentos autônomos, representativos, legítimos, em constante diálogo, negociação, pactuação e consenso.

A busca por representatividade, por parte das associações de moradores, deve-se à importância da política de saúde para todos os cidadãos e à busca por resultados efetivos de combate às carências comuns. Sousa (2001 p. 123) nos fala da participação comunitária como um novo padrão da relação Estado/Sociedade no setor de saúde, com origem na América do Norte, no início do século XX. “A preocupação central era, no âmbito da assistência sanitária a pessoas e grupos, responder ao crescente binômio pobreza-doença”. No curso do século, “emergiu a proposta de desenvolvimento de comunidade, criada por instituições americanas envolvidas com a política de ajuda e sedução a países subdesenvolvidos, no contexto da Guerra Fria. Surgiram, então, os programas de desenvolvimento econômico e social para os

quais era proposta a participação comunitária” (SOUSA, 2001, p.124).

Neste sentido, a participação tem caráter instrumental em relação a objetivos técnico-sanitários. A comunidade, um agrupamento social e culturalmente homogêneo, com identidade própria e predisposição ao trabalho solidário e voluntário, organizada e unida, conseguiria combater a pobreza e a doença de forma mais eficaz. No Brasil, as experiências de participação comunitária assumiram, ainda segundo Sousa (Id. *ibid.*), conteúdos diversificados, conforme o contexto e os atores sociais em jogo, apresentando identidades próprias, acabando por se configurar como propostas de participação popular. A constituição de um sistema de seguridade social, com um ordenamento político institucional democrático está diretamente associada à participação da sociedade civil, e, em especial, das classes subalternizadas e dos segmentos identificados com as lutas populares. Isto corresponde à construção de uma sociedade democrática.

No contexto brasileiro de distribuição desigual de bens e recursos, em que as distâncias são tão grandes que não parece possível a superação do imenso fosso social, e as organizações públicas não conseguem atender às exigências da população, a participação se constitui no único caminho das classes desprestigiadas de conseguir acesso a políticas e serviços. Souza, citada por Campos e Maciel (1997, p.146), entende que

a participação não é uma questão do pobre, do miserável ou do marginal; é a questão a ser refletida e enfrentada por todos os grupos sociais que não chegam a penetrar nas decisões que dizem respeito às suas condições básicas de existência. Por este ângulo a participação, longe de ser política de reprodução da ordem, é, sobretudo, questão social.

2.4 O Conselho Municipal de Saúde de Teresina e seu instrumento legal de operacionalização

Entre os anos de 2004 e 2005, um grupo de conselheiros eleitos pelo Plenário do Conselho elaborou, com assessoria de técnicos da Fundação Municipal de Saúde de Teresina, uma proposta de Lei que altera a que atualmente rege o CMS/TE (2.046/91), adaptando sua disciplina e funcionamento às disposições da Resolução 333/03, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. A proposta foi enviada à Câmara dos Vereadores de Teresina, com vistas a ser votada, o que, como ainda não aconteceu, impede o Conselho de adotar as alterações, uma vez que somente uma lei posterior pode revogar disposições de uma lei anterior.

Os principais pontos alterados deverão referir-se à composição do Conselho, pois, há muito, o CNS/MS entende que este deverá conter quatro segmentos, ou seja: usuários, prestadores de serviços, profissionais e governo, assim distribuídos: 50% de entidades de usuários, 25% de entidades dos trabalhadores de saúde e 25% de representação de governo, de prestadores de serviços privados ou sem fins lucrativos, e ao gerenciamento, pois põe em prática uma direção compartilhada entre os segmentos, na qual o presidente do Conselho nem sempre é o gestor do SUS no município. Podemos observar que no Conselho Municipal de Saúde de Teresina prestadores de serviços e profissionais inserem-se no mesmo segmento.

Ao longo dos anos, desde a promulgação da Constituição Federal de 1988, e das Leis Orgânicas das políticas setoriais, que procuraram organizar o controle social dentro das políticas públicas, o entendimento acerca das competências e composição dos Conselhos foi se modificando, para adaptar-se às necessidades dos usuários das políticas. A isto se devem as alterações propostas pela Resolução 333/03. A Lei 2.046/91, por ter sido elaborada no início do controle social no Brasil, ainda ostenta distorções em relação ao modelo atualmente adotado, mas a proposta de lei espera, agora, apenas a votação na Câmara de Vereadores.

Outra distorção diz respeito à presença de representantes da Câmara de

Vereadores no grupo. Atualmente esta representação é encarada como ingerência de um poder sobre outro, no caso, do Poder Legislativo sobre o Poder Executivo, pois neste se inserem os Conselhos de Saúde, estando os vereadores desautorizados a se fazerem presentes nos conselhos gestores. A presença de Sindicato Patronal na representação dos usuários também já não mais é praticada na maioria dos Conselhos de Saúde, tendo-se dado seu deslocamento para o segmento dos prestadores de serviços. Outrossim, o presidente do Conselho Municipal de Saúde de Teresina ainda é o gestor do SUS, o que vai de encontro aos entendimentos mais recentes acerca do tema.

2.5 A participação do Conselho Municipal de Saúde na política de saúde municipal

O Conselho Municipal de Saúde de Teresina participa da política de saúde em nosso município em três momentos distintos:

1 Quando da elaboração dos planos plurianuais, pela Fundação Municipal de Saúde – oportunidade em que os conselheiros podem opinar sobre ações que serão desenvolvidas ao longo dos quatro anos a que os Planos se referem. Nesse momento, a participação do Conselho é limitada a um grupo de conselheiros, escolhidos em Plenário, em que se respeita a paridade da representação dos usuários em relação aos outros segmentos, e a prerrogativa exercida é de formulação da política de saúde. O último Plano Plurianual elaborado foi o 2000/2004, devendo a FMS/TE começar a adotar as providências para a elaboração do próximo, com a participação do CMS/TE.

2 Por ocasião das conferências – o Conselho Municipal de Saúde de Teresina, com o auxílio técnico do pessoal da Fundação Municipal de Saúde, organiza e convoca as Conferências de Saúde. Nesta oportunidade, os conselheiros,

juntamente com os demais delegados apresentam propostas de ações a serem desenvolvidas pelo Poder Público para o setor. As Conferências servem, ainda, de subsídios para os Planos Plurianuais do órgão gestor do SUS. No momento das Conferências, o conselheiro, bem como os demais delegados exercem as prerrogativas de elaboração e fiscalização da política de saúde.

3 No Plenário do Conselho Municipal de Saúde de Teresina – as ações de políticas de saúde passam, obrigatoriamente, pelo plenário do Conselho, que resolve através das Resoluções, que são homologadas pelo presidente do Colegiado e da Fundação Municipal de Saúde de Teresina. O Plenário do Conselho exerce as prerrogativas de acompanhamento e fiscalização da política de saúde, também no aspecto financeiro, uma vez que os balanços e orçamentos do órgão gestor do SUS são submetidos a sua apreciação e aprovação. É pertinente lembrar que o Conselho Municipal de Saúde de Teresina conta com um observador dentro do Conselho Deliberativo da Fundação Municipal de Saúde de Teresina. Este Colegiado decide sobre as questões administrativas e contábeis do órgão, como balancete e financiamento, não tratando da formulação da política de saúde. O observador do CMS/TE tem como atribuições repassar ao plenário do CMS as decisões emanadas do Conselho Deliberativo, garantindo a visibilidade das ações.

2.6 As decisões emanadas do plenário do Conselho Municipal de Saúde de Teresina

Dentre os documentos que analisamos para a concretização do trabalho, encontram-se os Relatórios de Gestão da Fundação Municipal de Saúde. Estes são fundamentais para o controle e fiscalização da política, uma vez que detalham as ações desenvolvidas pelo gestor e apresentam todas as Resoluções votadas pelo Conselho Municipal

de Saúde de Teresina no período correspondente. Destaque-se que as decisões prolatadas pelo Plenário precisam ser homologadas pelo presidente do Conselho, para que possam surtir os efeitos necessários.

A análise dos Relatórios de Gestão objetivou a constatação da efetiva interferência do CMS/TE na política de saúde em Teresina. Deste modo, analisamos os Relatórios de Gestão da Fundação Municipal de Saúde de Teresina entre 1993 e 2004. Em 1993, teve início o processo de municipalização da saúde em Teresina, com a aprovação do Convênio de Municipalização de Saúde pela Comissão Bipartite, na condição de gestão parcial, enquanto tramitava o processo para a condição de gestão semiplena. Neste período, portanto, firmou-se a parceria Poder Público/Sociedade Civil, com o fortalecimento do Conselho Municipal de Saúde, cujos membros da primeira gestão haviam sido empossados em 1992.

No ano de 1993, o Conselho realizou 24 reuniões, número que demonstra a efervescência do momento de construção dos novos paradigmas a respeito da política de saúde. Como a metodologia de operacionalização do Colegiado ainda não estava definida, o Relatório de Gestão deste ano não faz referência a Resoluções aprovadas por seu Plenário. As informações a seguir foram obtidas da análise de outros documentos referentes ao Colegiado, tais como pautas e atas de reuniões. Assinale-se que, nesse ano, foram adotadas medidas decisivas e fundamentais para a consolidação da municipalização em nosso município, como a Regulamentação do Fundo Municipal de Saúde e a criação da Fundação Municipal de Saúde de Teresina, com a aprovação do seu Regimento Interno e do seu Organograma. Ressalte-se que, antes da criação da FMS, contávamos com a Secretaria Municipal de Saúde, que ainda funcionou, simultaneamente à Fundação Municipal de Saúde de Teresina, por alguns anos. Também em 1993 foram criados o COSEMS-PI (Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Piauí) e a Comissão Bipartite, contando com três representantes da Secretaria Municipal de Saúde e três da Secretaria Estadual de Saúde. O Plano Plurianual de Saúde foi

aprovado em Plenária Pública de Saúde, com participação de todos os segmentos da sociedade, conforme deliberação da II Conferência Municipal de Saúde de Teresina.

Tomando como referência o disposto no art. 6º da Lei 8.080/90, que define os assuntos que estão na competência exclusiva do SUS – aqueles que ao SUS cabe executar, ordenar, fiscalizar, controlar e formular, com a parceria dos conselhos de Saúde – elaboramos os quadros constantes do Anexo 4, que demonstram, no período de 1994 a 2004, a intervenção do Conselho Municipal de Saúde de Teresina nos aspectos relacionados à política de saúde, ao controle social aos recursos humanos e ao financiamento/gestão do SUS.

Os eixos identificados nos Relatórios de Gestão demonstram que passaram pelo Plenário do CMS/TE discussões referentes aos diversos aspectos da política de saúde, quais sejam: política de saúde/programas, controle social, gestão, financiamento e recursos humanos. Como exemplo de discussão acerca de Política de Saúde/Programas, temos: a implementação da Central de Marcação de Consultas, a aprovação da implantação e expansão de Programas como o PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde e PSF, Programa de Saúde da Família, a fiscalização nos serviços de hemodiálise, a aprovação do Plano de Combate às Carências Nutricionais, a aprovação da construção do Pronto Socorro Municipal, dentre muitas outras deliberações (Anexo 4). No que respeita ao controle social, observamos nos Relatórios de Gestão a instalação dos Conselhos locais, a convocação das Conferências, a realização de plenárias e de capacitação de conselheiros, bem como a aprovação dos Relatórios de Gestão e Planos Plurianuais da Fundação Municipal de Saúde de Teresina, além de outras decisões.

Quanto ao aspecto de gestão e financiamento do SUS, também observamos, consoante os quadros referidos, deliberações acerca da normatização e divulgação das regras de funcionamento das unidades de saúde municipais, da solicitação dos níveis de gestão

municipalizada, da aprovação de projetos para captação de recursos e da discussão sobre credenciamento de clínicas, hospitais e laboratórios. No aspecto referente a recursos humanos, pudemos ver a aprovação do número de vagas para concursos públicos, a contratação/terceirização de serviços e a resolução sobre a produtividade dos profissionais do SUS.

Todavia ao analisar Relatórios de Gestão da Fundação Municipal de Saúde de Teresina, vimos ainda que a grande maioria das Resoluções votadas no Plenário do CMS/TE, principalmente as que envolvem as ações e estratégias de política, emana de propostas apresentadas pela Fundação Municipal de Saúde, sendo poucas aquelas que resultam de iniciativa dos próprios conselheiros. Ressalte-se, entretanto, que o Conselho tem a palavra final, podendo aprovar ou não as propostas, conforme apresentadas, ou exigir a sua reformulação. Por sua vez, a pauta das reuniões é previamente informada aos conselheiros, e, de acordo com deliberação destes, acompanhando a pauta, são enviadas as informações necessárias a um melhor conhecimento dos assuntos que serão tratados, sempre que estes exigirem deliberação do Conselho.

O controle social no SUS enfrenta diversas distorções, que variam desde as dificuldades de acesso a informações relevantes para a formulação das políticas, ao desconhecimento dos conselheiros acerca de financiamento e operacionalização, bem como do mapa das necessidades do município, uma vez que cada um se limita a conhecer as demandas da categoria ou entidade que representa. Sobre estas dificuldades, concordamos com Bravo e Pereira (2002, p.105) quando afirmam que:

A avaliação das condições e oportunidades igualitárias de participação efetiva depende de outros fatores. Dentre estes, são essenciais aqueles que se referem às diferenças de capacitação. Tais diferenças, no entanto, são tidas como neutralizáveis nas democracias e daí o peso conferido à educação, informação e discussão públicas [...] ninguém pode ficar em posição de desigualdade em relação ao acesso à informação.

Dagnino (2002, p. 285) entende que

a importância do desafio da qualificação técnica tem determinado o surgimento de propostas mais gerais para sua solução. [...] Várias delas concebem a questão da participação como parte de uma qualificação política mais ampla, onde a dificuldade central é enfrentar o peso de uma matriz cultural hierárquica que favorece a submissão frente ao Estado.

Cabe lembrar, conforme anteriormente informado, que o Ministério da Saúde determinou, através da Portaria 698/GM, de 30 de março de 2006, a destinação de recursos para a capacitação e educação permanentes dos conselheiros de saúde.

2.7 O Conselho Municipal de Saúde e as demais instâncias de controle social da política de saúde em Teresina

Sabemos que o controle social na política de saúde, conforme a Lei 8.142 e a Resolução 333/03, não se restringe aos Conselhos de Saúde. Estes têm, entre suas atribuições, as de convocar as Conferências de Saúde, conforme o cronograma do Ministério da Saúde. Cumprindo essa prerrogativa, o Conselho Municipal de Saúde de Teresina tem convocado, desde sua criação, e realizado, em parceria com a Fundação Municipal de Saúde de Teresina, as etapas municipais de todas as Conferências do setor Saúde, o que abrange as Conferências Nacionais de Saúde, as Conferência Municipais de Saúde Bucal, as Conferências Municipais de Saúde do Trabalhador, a Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, Seminários de Capacitação de Conselheiros de Saúde etc. Além da realização em Teresina das etapas municipais das Conferências, o Conselho Municipal de Saúde de Teresina sempre envia representantes para participar das etapas nacionais, encontros e plenárias nacionais de Conselhos e de conselheiros de Saúde, com vistas à promoção da troca de experiências entre os conselheiros de Teresina e os de outros Estados e municípios.

Os Conselhos de Saúde apresentam uma diferença básica em relação às

Conferências de Saúde. Aqueles são instâncias permanentes de controle social, no âmbito da política de saúde, enquanto a estas a Lei 8.142/90 garante periodicidade de realização, em cada esfera de governo, com atribuições de natureza avaliativa e propositiva. As Conferências de Saúde, para Sousa (2001, p. 227), constituem-se em

mecanismos de viabilização de valores mais abrangentes da participação, bem como local de pactuação, debate, negociação e deliberação conjunta da sociedade, no que diz respeito a temas da ordem do dia do Estado brasileiro. O importante é que isto se dá numa perspectiva de divisão de responsabilidades entre poder público e população, acerca do uso adequado dos recursos financeiros disponibilizados e das reivindicações apresentadas.

As Conferências de Saúde devem ser realizadas a cada quatro anos, envolvendo toda a população do município; e os participantes, chamados “delegados”, são escolhidos entre os mesmos segmentos que compõem os Conselhos de Saúde, mas em uma proporção relativa ao número de habitantes locais. Nestes eventos, os conselheiros do CMS/TE ocupam a posição de delegados natos, não precisando concorrer às vagas. Nas Conferências, 50% dos delegados serão, sempre, representantes dos usuários do Sistema Único de Saúde, e os outros 50% representantes dos demais segmentos.

Além da convocação das Conferências, o Conselho Municipal de Saúde de Teresina trata, ainda, da instalação dos Conselhos Locais, que são as instâncias de controle social adstritas às unidades e centros de saúde da rede municipal de saúde, e regionais, através da Comissão de Articulação, trabalho que, no presente momento já redundou na instalação de quinze Conselhos Locais. Ressalte-se que, no ano de 1999, chegaram a existir, em plena atuação em Teresina, dezessete Conselhos Locais de Saúde; mas a dificuldade na mobilização de seus representantes resultou na paralisação das atividades da quase totalidade destes.

2.8 O processo eleitoral para a escolha dos conselheiros municipais de saúde de Teresina

O processo eleitoral para a escolha dos membros do Conselho Municipal de Saúde

de Teresina é democrático e sistemático, sendo realizado a cada dois anos, para a renovação da representação. Neste processo, o único critério observado é o da representatividade; ou seja, que a entidade seja regularmente constituída como instância representativa de categoria ou grupo. Este critério nem sempre é respeitado quando das eleições para a grande maioria dos Conselhos Gestores. Campos e Maciel (1997, p. 151), refletindo acerca das exigências normalmente apresentadas para o preenchimento das vagas nestes espaços de participação (como tempo mínimo de atividade etc.), verificam que estas constituem óbice à participação de entidades representativas dos interesses dos trabalhadores, como as centrais sindicais, federações de mulheres e de moradores, e outros. Para os autores, “a inobservância com respeito ao critério da representatividade corrobora para a solidificação de processos representativos e de participação elitistas e burocráticos”.

O processo eleitoral para os mandatos do CMS/TE é iniciado cerca de um mês antes do término do mandato em curso, com a publicação de edital, em jornais de grande circulação, conclamando as entidades a participar das plenárias das categorias, cujas datas já estão determinadas no referido edital. Este prazo permite às entidades informarem-se acerca da documentação necessária para a participação no processo, que é a seguinte: certificado de composição legal (registros, CNPJ etc) e prova da eleição do representante, em plenária, com maioria de seus membros (ata de reunião ou ofício da direção).

Convém enfatizar que as plenárias contam com a assessoria da Fundação Municipal de Saúde, e com observadores do Conselho Municipal de Saúde de Teresina; e os eleitos, em votação direta e aberta, são nomeados por decreto do chefe do Executivo municipal e empossados para a nova gestão. A forma de escolha dos conselheiros, eleitos por seus próprios pares, assegura o caráter democrático da participação presente no CMS/TE, legitimando-o para o exercício de seu papel fiscalizador.

Afinal, a eleição democrática e aberta representa os interesses coletivos e altera a relação Estado/Sociedade Civil, à medida que propicia a inserção de diversos segmentos no aparato estatal, favorecendo a intervenção de diferentes expectativas para a formulação da política. Fornece, ainda, a oportunidade ampla de participação a segmentos normalmente desprestigiados, que concorrem em igualdade de condições para a composição dos espaços de controle social.

CAPÍTULO III – A ATUAÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TERESINA NA FORMULAÇÃO, ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

O presente capítulo é dedicado à avaliação do papel do Conselho Municipal de Saúde de Teresina como efetivo instrumento de controle social na política de saúde local. Esta é a questão que norteia este trabalho, e que procuramos esclarecer através de questionários apresentados a conselheiros do Conselho Municipal de Saúde de Teresina, e a gestores da Fundação Municipal de Saúde. Deste modo, pretendemos responder às seguintes questões: – “O Conselho Municipal de Saúde de Teresina vem, efetivamente, cumprindo o seu papel de instrumento de controle social na política de saúde no município de Teresina?” e – “Quais as estratégias utilizadas pelo Conselho Municipal de Saúde de Teresina no acompanhamento e controle da gestão da política de saúde?”

Outrossim, tentamos compreender a forma de organização e funcionamento do Conselho Municipal de Saúde de Teresina, estudar sua dinâmica operacional no exercício do controle social e analisar a participação dos conselheiros na definição, acompanhamento e fiscalização das políticas desenvolvidas no âmbito do SUS/TE. Os eixos do capítulo serão a participação da sociedade civil no espaço do Conselho Municipal de Saúde de Teresina e o Conselho Municipal de Saúde de Teresina como formulador da política de saúde, definidos no sentido de possibilitar a organização e análise das respostas obtidas.

3.1 A participação da sociedade civil no espaço do Conselho Municipal de Saúde de Teresina

Para aprofundar a compreensão da participação dos sujeitos estudados na política de saúde, começamos a análise pela tentativa de apreender os interesses que movem os conselheiros a participar do Colegiado e as motivações das entidades pela busca de representação, para a qual trouxemos a voz dos sujeitos envolvidos no processo, ilustrada pelo referencial teórico reunido.

O retrato da participação da sociedade civil brasileira nos espaços públicos mostra que o processo de construção democrática é fragmentado e contraditório. A atuação dos movimentos sociais de resistência, de denúncia, e de propostas alternativas, com o fim de se tornarem instrumentos efetivos de democratização e da construção do público, possibilita a interação entre sociedade política e sociedade civil, mas carece de uma certa uniformização, no sentido de fazer prevalecer os interesses gerais, sobre os focados.

A curta experiência da sociedade civil brasileira com a democracia, a grande carga de atuar no controle da execução da política, o pouco conhecimento da formulação de estratégias e diretrizes, a convivência, nem sempre pacífica, dos diversos interesses defendidos nos espaços públicos, a partilha de responsabilidades com governos que se isentam de seus deveres e de seus encargos e, principalmente a reprodução do modelo dos Conselhos, que faz com que as mesmas representações participem de diversos Colegiados, restringindo suas possibilidades de se dedicarem integralmente à causa de uma determinada política, impedem o aperfeiçoamento do controle social.

Percebemos que o controle social reflete as novas oportunidades criadas, a partir da redemocratização do País, de entidades, antes alijadas do processo político, se integrarem em novos espaços. Desta forma, como motivos do engajamento dos conselheiros no Conselho

Municipal de Saúde de Teresina, temos:

Para participar ativamente do processo de fortalecimento e implementação do SUS, através do exercício do controle social (representante do segmento de trabalhadores em saúde).

Por que é importante, como representante do movimento popular, contribuir para que a saúde pública seja de fato feita para a população que dela precisa, participando, opinando e votando as matérias, para que a política seja feita com qualidade e os recursos sejam gastos com transparência e eficiência (representante do segmento dos usuários).

Porque, antes de mais nada, é um ato de cidadania fiscalizar os atos dos gestores e contribuir com sugestões para a melhoria do Sistema Único de Saúde e, conseqüentemente beneficiar a comunidade (representante do segmento de trabalhadores em saúde).

As respostas parecem demonstrar a aposta na ação conjunta do Estado e da sociedade civil, e a intenção de contribuir para a melhoria do SUS. Refletem, ainda, o entendimento institucional e teórico acerca dos objetivos dos Conselhos de Saúde, segundo Ministério da Saúde (2002, p. 9), que são, dentre outros, “atuar na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde”.

Podemos notar a construção de um novo paradigma, no tocante ao desempenho conjunto de ações, pelo Estado e pela Sociedade Civil. Uma série de conceitos básicos da reformulação política e social surge com significados que nem sequer foram traduzidos para o português. *Empowerment*, traduzido pelos hispânicos como *empoderamiento*, no sentido de resgate do poder político pela sociedade; *stakeholder*, ou ator social, com interesse em uma determinada decisão; *advocacy*, que significa criar capacidade de voz e defesa para uma causa; *accountability*, ou responsabilidade dos representantes da sociedade em termos de prestação de contas; *devolution*, ou recuperação da capacidade política de decisão pelas comunidades, contrapondo-se ao conceito de privatização; e *governance*, termo que define a capacidade de governo do conjunto de atores sociais, públicos e privados, reconstruindo o antigo conceito de *governança*. A articulação dos sujeitos, em torno do novo paradigma, torna

possível a reorganização da política, com a definição de novos níveis de responsabilidade.

O esvaziamento do setor público e o conseqüente desmantelamento de seus serviços sociais fizeram-se acompanhar de um retrocesso histórico; qual seja, o retorno à família e aos órgãos da sociedade civil como agentes do bem-estar social. A criação e/ou o agravamento de situações sociais de exclusão, desigualdade e pobreza geram demandas sociais incompatíveis com as restrições impostas pelo modelo de política neoliberal praticado no Brasil, o que reforça a necessidade de envolvimento destas instâncias.

Neste contexto, a participação da sociedade civil torna-se imprescindível para a compensação do desequilíbrio social. Os diferentes interesses defendidos tornam possível a atenção a diferentes necessidades. Assim, os novos espaços de partilha se realizam na diversidade da representação, conforme ocorre no CMS/TE, onde estão presentes interesses que vão desde a defesa do SUS até a defesa da categoria profissional ou dos filiados à instituição representada. As informações, experiências e sentimentos relatados pelos conselheiros acerca dos motivos que levam as entidades a participar do Conselho foram assim expressados:

Defender o usuário do Sistema Único de Saúde, fiscalização da política de saúde e controle social (representante do segmento dos usuários).

Defesa dos interesses dos hospitais e colaborar no fortalecimento do SUS (representante de instituição privada).

Por a nossa entidade ser uma das pioneiras na defesa da criação dos SUS e por defender sua política de inclusão social para a população carente do município, por entender que o SUS, se obedecidos seus princípios, sem dúvida é o maior e melhor sistema de saúde do mundo. Dentro do CMS - TE temos a oportunidade de lutar não só pela categoria, como também por toda a sociedade (representante do segmento de trabalhadores em saúde)

A Fundação Municipal de Saúde é a gestora do sistema, portanto ela tem de estabelecer esta relação com o controle social, prestar contas e estabelecer quais são as prioridades da cidade.

Como gestora ela é operacional, mas ao mesmo tempo se submete ao controle social, que é exercido pelo Conselho Municipal de Saúde de Teresina (gestor).

Ao contrário da idéia defendida pelos governos autoritários de que a resolução dos problemas sociais e o combate à inflação exigiam bem mais autoridade centralizadora e decisória do que democracia, nas duas últimas décadas do século XX, pudemos ver a crescente aceitação da idéia da introdução de mecanismos participativos na gestão pública. Nogueira (2004, p. 130) situa a participação, dentre outros, em dois grupos: a assistencialista, de natureza filantrópica ou solidária, que se mostra particularmente relevante entre os segmentos sociais mais pobres e marginalizados, em que funciona como estratégia de sobrevivência, e a participação corporativa, dedicada à defesa de interesses específicos de determinados grupos sociais ou de categorias profissionais.

Podemos observar, tanto nas falas dos conselheiros ouvidos quanto na dinâmica cotidiana do Colegiado, que os usuários, notadamente os oriundos das associações de moradores, se encaixam no primeiro grupo descrito por Nogueira, na medida em que, defendendo o SUS, estão defendendo seu acesso às ações promotoras de saúde.

Colocam-se também no primeiro grupo os portadores de patologias especiais, para alguns dos quais as ações do Poder Público podem significar, literalmente, um caso de vida ou morte, pois, muitos deles, como os transplantados e os pacientes com HIV dependem de medicamentos fornecidos pelo Estado para sua sobrevivência.

Os trabalhadores em saúde, representantes de entidades privadas e sindicatos, por sua vez, podem ser situados no segundo grupo apresentado por Nogueira. Se tomarmos a prerrogativa dos Conselhos de Saúde de decidir sobre recursos humanos no SUS, podemos ver que há espaço e campo, no interior dos Conselhos, para intervenções corporativistas das categorias de profissionais de saúde. O discurso corporativo, nas palavras de Sousa (2001,

p.193), caracteriza-se como aquele voltado ao atendimento apenas a demandas específicas de um segmento, sem o concurso do processo de negociação. Notamos as pressões dos profissionais pela inserção de sua categoria nas equipes do Programa de Saúde da Família como um ato corporativo, por mais conveniente que seja a presença multidisciplinar nestas ações. Ressalte-se que a inserção de profissionais nem sempre depende da vontade do município, pois o modelo de equipe é traçado pelo governo federal, que envia recursos específicos para o programa. Também nos outros segmentos é possível observar intervenções corporativas dentro do CMS/TE:

Meu objetivo é zelar por bons serviços proporcionados pelos prestadores, e, ao mesmo tempo, levar as dificuldades que os prestadores tem em fazer um bom atendimento. Há sempre três lados: o lado do governo (FMS), o lado do usuário e o lado do prestador de serviços (representante do segmento dos usuários).

Podemos ver, todavia, que o corporativismo se verifica de forma menos evidente no CMS/TE que em outros Conselhos já organizados sob a égide da Resolução 333/03. É entendimento pessoal nosso que a Resolução 333/03 (Anexo 1) agrava a situação de fragmentação de demandas dentro dos Conselhos de Saúde, uma vez que divide a participação entre diversos grupos. As vagas que eram ocupadas por representantes de usuários, de modo geral, ficam, nos moldes da Resolução 333/03, distribuídas uma a uma, entre diferentes segmentos, grupos e patologias. Desse modo, o que deveria ser visto como uma forma de garantir acesso a entidades e associações com menos representatividade ou condições de conquistar um posto nos Colegiados passa a ter uma conotação de defesa isolada de interesses, transformando os Conselhos em arena de conflitos associativos. A formação do CMS/TE ainda privilegia as entidades de modo geral, sem muita particularização, o que favorece a defesa dos interesses coletivos.

Para Tatagiba (2002, p. 13),

o cenário mais amplo dos encontros entre Estado e Sociedade Civil está evidentemente constituído pelo processo de redemocratização pelo qual passa o país desde o final da década de 80 (do século XX). A revitalização da sociedade civil, com o aumento do associativismo, a emergência de movimentos sociais organizados a reorganização partidária, etc, constitui uma face desse processo. A outra, resultado da primeira, é a própria democratização do Estado, que, mediante procedimentos democráticos formais, abre-se ao acesso das novas forças políticas.

Estas transformações no âmbito do Estado e da Sociedade Civil se expressam através das novas relações firmadas entre estas partes. Os locais mais específicos desses encontros são os espaços públicos, que assumem diferentes formatos. No CMS/TE as relações entre os diversos segmentos entre si, e destes com o gestor, podem ser resumidas nos seguintes depoimentos:

De forma articulada e interativa, para negociar e pactuar em busca do consenso, procurando evitar situações de confronto. Os conselhos são espaços democráticos de consolidação da cidadania (representante do segmento de trabalhadores em saúde).

Dialogando se chega ao consenso, ou então se faz eleição com voto aberto (representante do segmento dos usuários).

No início da criação dos conselhos de saúde existiam muitos conflitos entre usuários e gestores. Hoje isto está superado e a relação é boa (representante do segmento de trabalhadores em saúde)

Quebrada, no sentido que as políticas e projetos vêm de cima para baixo, e nunca de baixo para cima, quero dizer, nunca nascem das bases (representante do segmento dos usuários).

Sob este aspecto, depreende-se das respostas analisadas que a relação da Fundação Municipal de Saúde com o Colegiado é de acolhimento, embora os conselheiros aleguem desconhecer as providências adotadas para a concretização das demandas. O fato de deter os conhecimentos técnicos, o pessoal especializado e a administração dos recursos financeiros coloca a Fundação Municipal de Saúde, como os demais gestores de políticas, em posição de vantagem em relação aos conselheiros. Estes, na medida em que introduzem uma nova racionalidade e uma nova cultura no interior das organizações, podem exercer um papel

modernizador, em relação ao Estado, ao instituir uma concepção política que rompe com a tradição patrimonialista e clientelista de nossa administração pública, propiciando novas formas para processar as exigências da sociedade.

As respostas referem que o conflito inicial, imanente ao processo de construção dos espaços públicos, arrefeceu, com a conquista de respeito entre os integrantes do CMS/TE e a gestão. Ao passo, entretanto, que alguns respondentes avaliam que o conflito se deve ao comportamento dos conselheiros, outros parecem entender que o gestor pode direcionar o processo decisório, por conhecer o perfil do plenário, valendo-se dentre outros fatores, do despreparo dos conselheiros:

Avalio que alguns conselheiros assumem uma postura de submissão em relação ao gestor. Outros não possuem argumentos suficientemente técnicos, conseqüentemente tornando um ambiente de discussão infrutífera. O gestor, por sua vez, conhecendo o perfil do Plenário, conduz as votações direcionando o posicionamento pré-definido (representante do segmento de trabalhadores em saúde).

A postura dos gestores das políticas pode influenciar o comportamento dos conselheiros, como entende o Ministério da Saúde (2002, p. 151):

No que diz respeito à relação administração local/cidadãos, em geral, consagra-se a ênfase nos canais institucionalizados de participação regulamentados por lei, como os Conselhos Municipais de Saúde, e, nos municípios onde isto está previsto, nos Conselhos de Gestão das unidades de saúde. Embora não se tenha evidenciado mecanismos explícitos de cooptação dos setores populares por parte das distintas administrações, (governadas por partidos diferentes, mas comungando da proposta de privilegiar investimentos de saúde para os segmentos mais pobres da população), o maior ou menor grau de participação dos distintos setores organizados da sociedade guarda neste caso estreita relação com o ideário de cada gestão. Retorna, aqui, o peso da “vontade política” dos governantes no incentivo à participação da sociedade na gestão local.

Este entendimento refere que a mediação dos conselheiros na política de saúde sofre estreita influência dos gestores do SUS, sendo maior ou menor, de acordo com a vontade política destes e sua disponibilidade para a partilha de poder. Entretanto, percebemos

que a intervenção dos conselheiros é mais ou menos eficiente na dimensão de seu conhecimento da política ser maior ou menor. No caso do CMS/TE, embora os objetos de análise utilizados ainda sejam os mesmos, pudemos testemunhar, durante a gestão anterior, diversas interferências bastante acaloradas de conselheiros, o que não se tem verificado nos dias atuais.

Atribuimos o fato às seguintes razões: a gestão anterior do CMS/TE era composta por conselheiros com maiores conhecimentos técnicos e histórico de participação na construção do SUS em Teresina, o que elevava o nível de suas intervenções, e a grande maioria das lideranças de movimento popular e de categorias sindicais é filiada ou simpatizante do PT, estando, portanto, esvaziado o Plenário, na atual gestão, das representações históricas, que, em grande número, exercem cargos no governo estadual.

Outro determinante seria o fato de os conselheiros terem endossado os atuais governantes do Brasil e do Piauí, ambos do Partido dos Trabalhadores, através do sufrágio, encontrando-se, portanto, carentes de argumentos contra os governos federal e estadual, e o Ministério da Saúde. Entretanto, este atual momento de calma que rege as relações Poder Público/conselheiros pode, sim, ser fruto do amadurecimento das partes na convivência democrática, hipótese que só o tempo e as circunstâncias políticas poderão esclarecer.

Outrossim, a Lei 2.046/90 prevê que a presidência do Conselho Municipal de Saúde de Teresina será exercida pelo gestor do SUS, o que vai de encontro aos entendimentos mais recentes acerca do tema. Os conselheiros do CMS/TE, como a grande maioria dos conselheiros do País, concordam com as novas disposições acerca de gerenciamento expressas na Resolução 333/03, conforme fica demonstrado na seguinte fala:

Concordo, e já foi aprovado no Plenário do CMS/TE essa alteração. Entendo que o Presidente do conselho poderá ser o Gestor, entretanto não necessariamente. O controle social a cada

gestão vai se aprimorando, precisamos entender que existem pessoas capazes de presidir um CMS e cabe ao Plenário decidir isso, pois somos incoerentes ao achar que temos que fazer o controle social e que as decisões do Plenário não são acatadas (representante de trabalhadores de saúde).

A idéia da nova orientação sobre a gestão dos Conselhos de Saúde é que qualquer um dos membros poderá ser o presidente do Colegiado, até mesmo o gestor do SUS. Entende o Conselho Nacional de Saúde que esta medida facilitará a efetivação de demandas, nos Conselhos que enfrentam dificuldades com a gestão. No Conselho Municipal de Saúde de Teresina, esta nova forma de gerenciamento deverá ser efetivada a partir da promulgação da Lei que substituirá a 2.046/90.

3.2 A formulação da política municipal de Saúde de Teresina na visão dos conselheiros

A política de saúde de Teresina é elaborada de acordo com as disposições da legislação do SUS, que estabelece as competências dos entes federativos sobre a formulação e operacionalização das ações. Acerca da matéria, os entrevistados assim se expressaram:

É formulada nas Conferências de Saúde (representante do segmento dos usuários).

A política de saúde do município de Teresina é formulada pelo Presidente da FMS, junto com seus auxiliares. A maioria dos conselheiros nem sabe a quantidade nem a localização das unidades de saúde, somente as que estão na região de sua moradia. A maioria dos conselheiros não conhece os indicadores de saúde, ou o que significam. A colaboração do Conselho é maior quando trazem os problemas das comunidades. A dificuldade é que nem todas as comunidades são representadas no Conselho (representante de instituição pública).

Sempre discordo do procedimento, pois entendo que o certo seria a elaboração pela FMS, e com a participação do CMS, tendo como base as determinações das Conferências de Saúde. No entanto nunca fui ouvida nem respeitada, pois a proposta só é analisada pelo Plenário no final do ano, mediante a apresentação do Relatório de Gestão, no qual sempre faço alterações e alerta para a necessidade de modificar o procedimento para o ano seguinte, entretanto continua tudo da mesma forma (representante do segmento de trabalhadores em saúde).

A gente discute aqui internamente, na Fundação, vê as propostas, tenta compatibilizar com a reza do Ministério da Saúde, que cada dia inventa mais uma coisa, mais uma obrigação para o município, exige trezentas coisas. É tanta coisa que o Ministério da Saúde quer que você teria que ter uma hiper estrutura. Você não tem recursos humanos habilitados, fica tentando capacitar pessoas, e isto não se faz estalando os dedos, e isso causa a quem está na gestão, a mim mesma, muita angústia e preocupação (gestor).

Percebemos nestes depoimentos que a sociedade civil ainda não tem lugar definitivo, ou definido, na elaboração da política de saúde. Por mais que se considerem as conferências como instâncias de deliberação da política de saúde local, estas só são realizadas de quatro em quatro anos, e a dinâmica das ações é cotidiana. Outro ponto a ser analisado é que os conselheiros do Conselho Municipal de Saúde, que deveriam fiscalizar a operacionalização das disposições emanadas das conferências, normalmente não o fazem, ou limitam-se a fazê-lo apenas na conferência seguinte, deixando-as cair no vazio em virtude do grande lapso de tempo decorrido.

Também identificamos, durante as reuniões do CMS/TE, que as principais temáticas abordadas pelos conselheiros centram-se no funcionamento das Unidades de Saúde e no desempenho das equipes do PSF. As tentativas de alguns conselheiros de acompanhar e participar da elaboração dos Planos de Saúde, ou de fiscalizar sua implementação acabam por não ser muito efetivas, pois, ao final das reuniões, todos retomam suas vidas e seus trabalhos, e poucos têm disponibilidade para ceder mais espaço para as atividades do Conselho. A formulação de denúncias baseadas em experiências pessoais e familiares dos conselheiros junto ao SUS, e não em seu papel de fiscalizador da política, está entre os pontos mais debatidos, e a resolução destas questões nem sempre implica na solução definitiva do problema, apenas em soluções pontuais.

Entretanto, consoante os Relatórios de Gestão, todas as decisões no âmbito do SUS passam pelo palco do CMS/TE. Isto não significa, entretanto, que o Conselho participe

das deliberações acerca de políticas mais amplas, pois sua atuação acaba por assumir um aspecto bastante restrito, limitando-se, na *esmagadora* maioria das vezes, a um caráter consultivo, ou legitimador das decisões emanadas do poder público, conforme pudemos notar com base na análise das resoluções votadas no plenário, posto que são bem poucas aquelas que resultaram da intervenção dos conselheiros.

Sabemos que questões realmente relevantes nunca são submetidas ao crivo dos Conselhos: as restrições impostas aos Estados e municípios para o repasse de recursos, o montante realmente necessário para atender às necessidades de saúde da população ou se o Programa de Agentes Comunitários de Saúde ou o Programa de Saúde da Família, atualmente praticados, realmente representam a única alternativa para o modelo assistencial básico são decisões emanadas do governo federal, que vinculam o repasse de recursos, das quais, algumas vezes, nem os municípios executores das ações participam.

O nível de exigência do Ministério da Saúde quanto à formulação da política a ser cumprido por parte do órgão gestor dificulta às pessoas leigas o conhecimento de técnicas e procedimentos, impedindo uma maior participação dos Conselhos Gestores neste processo. Da parte da gestão, nas palavras de Nogueira (2004, p.135),

como os problemas se complicam, e passam a exigir sempre mais conhecimento especializado para serem equacionados, a arena política é invadida por técnicos e experts. O cidadão pressiona por mais participação e é, ao mesmo tempo, barrado no terreno em que se tomam as decisões.

A capacitação e a educação permanentes, voltadas para diferentes frentes, como o conhecimento dos princípios, objetivos e diretrizes mais gerais da política sanitária e do sistema de saúde, têm se constituído desafio, requerendo um trabalho de todas as esferas de parceria. Estas medidas poderão possibilitar aos conselheiros os conhecimentos necessários a uma participação efetiva no processo de formulação da política de saúde.

Podemos observar que o desempenho dos Conselhos de Saúde está relacionado à maneira como seus integrantes se articulam com as bases sociais, como transformam os direitos e as necessidades de seus segmentos e comunidades em demandas e projetos de interesse público e como participam da deliberação da política de saúde a ser adotada em cada esfera de governo. Os instrumentos da participação estão definidos, mas nem sempre são utilizados. No caso do CMS/TE, anotamos dificuldades de deliberação conjunta de políticas efetivas, que envolvam os interesses gerais, e não apenas focados em áreas ou problemas específicos. Cumpre reconhecer, entretanto, que a intervenção baseada nas questões pessoais e comunitárias dos conselheiros oportuniza o conhecimento, por parte do gestor, de fatos e situações que, de outra forma, não chegariam ao Poder Público, possibilitando as providências cabíveis.

Os momentos de votação no Plenário do CMS/TE fazem emergir diversas dificuldades, definidas pelos entrevistados como:

Falta de conhecimento dos conselheiros acerca de suas atribuições (representante do segmento dos usuários).

Falta de melhor conhecimento da política (representante de instituição privada).

Falta de seguimento das normas das reuniões. Às vezes todo mundo quer falar ao mesmo tempo. Às vezes, depois de iniciada a votação ainda insistem em fazer comentários. Às vezes ficam falando repetidamente, não sabendo falar em público (representante do segmento dos usuários).

Não existem muitas dificuldades, mas sim um certo corporativismo por parte de alguns setores representados no conselho (representante do segmento de trabalhadores em saúde).

Desconhecimento prévio dos assuntos (tratados), dificuldades devido à falta de escolaridade, falta de compromisso (representante do segmento de trabalhadores em saúde).

Estas falas ressaltaram a dificuldade de compreensão dos conselheiros, tanto acerca de suas atribuições, quanto a respeito das ações. O desconhecimento prévio dos temas

abordados nas reuniões, que são apresentados do ponto de vista da gestão, com o tom burocrático que permeia os assuntos públicos, dificulta o andamento dos trabalhos. Convém enfatizar que a baixa escolaridade de alguns conselheiros é fator que agrava a dificuldade de entendimento de atribuições e propostas. O Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Saúde tentam resolver este problema, que atinge a todos os Conselhos de Saúde, sem exceção, através da capacitação e da educação permanente em saúde, para a qual serão destinados recursos próprios, remetidos fundo a fundo.

Notamos, igualmente, a preocupação, por parte de alguns entrevistados, em garantir um padrão organizativo mínimo, que permita o andamento dos trabalhos, bem como melhores condições para o exercício de suas atribuições, e mais tempo de discussão, com maiores esclarecimentos, antes das deliberações:

Espaço inadequado para discutir, articular e pactuar, em busca do consenso. Tempo insuficiente para avaliar propostas e construir outras (representante do segmento de trabalhadores em saúde).

Outra dificuldade é a falta de compromisso de alguns conselheiros, que, conforme pudemos observar, atrasam, faltam ou abandonam os trabalhos, prejudicando a atuação do Conselho. A fala do gestor aponta para a necessidade do conhecimento de aspectos particulares da política de saúde, como financiamento e estratégias de ações:

É preciso que se tenha consistência na argumentação, quer dizer, é preciso conhecer o sistema, é preciso apresentar as dificuldades, mas, sobretudo, uma estratégia factível, que possa ser executada, para sanar as dificuldades da população. É preciso que se saiba quais são as estratégias que realmente são efetivas e que podem ser implementadas. Por exemplo, no caso de acesso farmacêutico as limitações de financiamento são grandes, então não vai ser o município de Teresina, ou qualquer outro município do Brasil, que vai resolver isso sem a participação dos outros níveis de governo (gestor).

Sobre as dificuldades enfrentadas pelos conselheiros para formular a política, temos as palavras de Bravo e Pereira (2002, p.105):

A avaliação das condições e oportunidades igualitárias de participação efetiva depende de outros fatores. Dentre estes, são essenciais aqueles que se referem às diferenças de capacitação. Tais diferenças, no entanto, são tidas como neutralizáveis nas democracias e daí o peso conferido à educação, informação e discussão públicas [...] ninguém pode ficar em posição de desigualdade em relação ao acesso à informação.

Tatagiba (2002, p. 285) entende que

a importância do desafio da qualificação técnica tem determinado o surgimento de propostas mais gerais para sua solução. [...] Várias delas concebem a questão da participação como parte de uma qualificação política mais ampla, onde a dificuldade central é enfrentar o peso de uma matriz cultural hierárquica que favorece a submissão frente ao Estado.

No Conselho Municipal de Saúde de Teresina, a necessidade de capacitação é evidente, como, de resto, em todos os Conselhos de Saúde do Brasil, conforme os autores abordados. Isto fica claro quando percebermos que os conhecimentos básicos para a operacionalização da política não são dominados pelos conselheiros, conforme podemos comprovar nas respostas ao questionamento acerca de decisões do Conselho que causaram impacto sobre a sociedade:

Campanhas de vacinação. Fechamento e descredenciamento de hospitais e clínicas (representante do segmento dos usuários).

Campanhas de vacinação (representante do segmento dos usuários).

Ao ver os conselheiros apontando como decisões de impacto do CMS/TE as campanhas de vacinação, podemos perceber o grau de desconhecimento acerca da política e das competências de planejamento das ações, pois estas são nacionais, decididas em nível de governo federal, pelo Ministério da Saúde, e executadas pelos municípios, em virtude da descentralização. A competência das três esferas de governo, no que tange às ações de política de saúde, está determinada na Lei 8.080/90, a Lei do SUS. A informação acerca desse dispositivo legal seria o mínimo necessário a exigir-se dos conselheiros, para o efetivo desempenho de suas atribuições. Não podemos deixar de lembrar, entretanto, que o Conselho

de Saúde possui a prerrogativa de sugerir campanhas e imunização focadas em áreas ou segmentos da sociedade, desde que a medida se prove necessária.

As dificuldades de entendimento não são, felizmente, de todos os conselheiros. Alguns parecem ter presente a real importância do CMS/TE, quando referem sobre a questão supramencionada (decisões do Conselho que causaram impacto sobre a sociedade):

O impacto não é de uma decisão, mas do conjunto. O zelo que alguns moradores tem, para ter um bom atendimento pelo SUS é levado ao CMS/TE, e à FMS/TE. A descentralização do atendimento é o impacto maior (representante do segmento dos usuários).

Sim. Embora não de maneira clara, mas através dos resultados positivos das políticas de saúde do município (representante de instituição pública).

Sim, no momento em que o Plenário decide em ampliar ou reduzir a oferta de um serviço de saúde (representante dos trabalhadores de saúde).

Por seu turno, verifica-se, também, o inverso – as organizações da sociedade civil exercem influência sobre as decisões do Conselho Municipal de Saúde de Teresina, conforme podemos ver a seguir:

Sim, uma parte da sociedade conhece o funcionamento do controle social no SUS, principalmente os movimentos organizados que exercem uma certa influência sobre as decisões do CMS/TE, mas existe uma parte que não conhece esse funcionamento. Precisamos uma maior divulgação das nossas atividades (representante do segmento de trabalhadores em saúde)

A sociedade organizada encontra-se representada no CMS/TE, e exerce influência através da participação dos conselheiros que a representam (representante do segmento de trabalhadores em saúde).

Nós fazemos parte da sociedade. A cultura do povo do município de Teresina tem influência, sim. Há o que fazemos aqui, que nunca poderia ser feito em São Paulo e vice-versa. Há pessoas respeitadas por suas vidas vividas e seus palpites influenciam muito o que os outros pensam (representante do segmento dos usuários).

Com base nestes depoimentos, podemos afirmar: o sentimento que prevalece entre

os conselheiros é o de que são legítimos emissários da sociedade civil, e que esta se encontra devidamente representada, através dos membros do CMS/TE. Isto vai ao encontro do entendimento dos autores estudados no referencial teórico já vastamente referido, no Capítulo I da presente pesquisa e das disposições legais sobre o controle social.

O gestor da política de saúde entrevistado considera tímida a participação de alguns segmentos da sociedade na construção da política, ressaltando que as classes menos privilegiadas são mais atuantes:

Eu acho que exerce de uma maneira tímida, ainda, principalmente as pessoas que tem acesso a maior conhecimento, os segmentos que tem maior poder aquisitivo, que tem a alternativa e o poder de ter um plano de saúde. Estes são os mais críticos, mas também são os mais omissos. A população de mais baixa renda, que tem o Sistema Único de Saúde como única alternativa de acesso às ações de serviços de saúde, esta é mais participativa (gestor).

Isto significa a continuidade de uma situação que se iniciou nas raízes da luta pela reforma sanitária nacional, quando a bandeira foi abraçada principalmente pelos grupos de movimentos sociais e sindicatos de trabalhadores, e que se verifica, de modo geral, em todos os municípios, considerando-se as palavras dos autores estudados.

Os Conselhos de Saúde são espaços heterogêneos que envolvem empresários, usuários, sindicalistas, trabalhadores, portadores de patologias e deficientes. O fato de estarem reunidos mês a mês, na busca por ações de política que interessem a todos, transforma o heterogêneo em coletivo. As estratégias comuns que resultam desse encontro originam deliberações positivas para o Sistema Único de Saúde e para toda a sociedade. O caráter democrático dos Conselhos, ao colocar no mesmo espaço as concepções da Sociedade Civil e do Estado, faz emergir a questão da representatividade, que, entretanto, não será discutida no presente trabalho.

Estes fóruns de deliberação são espaços previstos constitucionalmente, que

possuem prerrogativas legais, que cumpre ver respeitadas. Para tanto, os Conselhos dispõem de mecanismos de pressão, internos e externos, que vão desde a recusa à votação de propostas da administração pública ao recurso aos poderes Legislativo e Judiciário, passando pelo Ministério Público. Isto se deve ao fato de a saúde ser direito de todos e dever do Estado, constituindo-se em ação de natureza prioritária. Sobre os mecanismos que o Conselho dispõe para fazer valer suas deliberações, referiram os entrevistados:

Mobilização de suas bases, e, se preciso, a intervenção Ministério Público (representante do segmento dos usuários).

Não votando as propostas de interesse dos gestores (representante de instituição pública).

Apelar para o Conselho Estadual de Saúde, o Conselho Nacional de Saúde, o MP, o Poder Judiciário, o Poder Legislativo e para os órgãos de defesa do consumidor (representante dos trabalhadores em saúde.)

Que os conselheiros dominem bastante as políticas de saúde, pois o Conselho possui instrumentos garantidos por lei para fazer valer suas propostas e resoluções (representante dos trabalhadores em saúde).

Pressão popular, denúncias, movimentos sociais (representante do segmento dos usuários).

O voto. As questões são levadas a votação, e quando os direitos não são respeitados é natural que se recorra, por exemplo, ao MP. Eu acho que o Conselho deve ter sempre a capacidade de diálogo, de discussão e de convencimento. Judicializar essas questões da área da saúde é um caminho ruim, é melhor ter consistência nos argumentos e, principalmente, agir pelo convencimento (gestor).

Ressalte-se que o CMS/TE nunca utilizou a intervenção do Ministério Público ou do Poder Judiciário para realizar suas atribuições ou fazer valer suas deliberações. Isto se deve ao comportamento dos gestores municipais, que sempre disponibilizam sua atenção às exigências apresentadas pelos conselheiros, como viagens para eventos, vales-transportes para o comparecimento às reuniões e acesso irrestrito às dependências da Fundação Municipal de Saúde e Unidades de Saúde, como também à atenção dispensada por parte da FMS/TE às

demandas localizadas dos conselheiros; o que os valoriza no seio de sua comunidade, como legítimo representante de suas expectativas.

A falta de participação efetiva na formulação da política é situação que se observa em todos os Conselhos de Saúde, de acordo com os autores estudados, constituindo-se no maior entrave ao controle social. Silva (1997, p. 156) tenta explicar o fato ao admitir que os avanços políticos conquistados pelos mecanismos de participação popular estão historicamente submetidos à vontade política: “se o Executivo não quer, o Conselho não aprova”, cita a autora, da fala de um conselheiro entrevistado para sua pesquisa. Outrossim, a cada mudança de gestão se percebem dificuldades, tanto por parte do gestor, quanto da sociedade. Aquele precisa começar do zero com o novo grupo, no sentido da compreensão do funcionamento da instituição gestora e dos meandros da política; esta precisa penetrar, tanto quanto possível, na cultura organizacional, e absorver o alcance de suas atribuições, para poder participar das decisões. Quanto mais democrática for a relação entre as partes melhor para a política de saúde, mas isto nem sempre é possível.

Bravo e Pereira (2002, p. 54) referem experiências de recurso ao Ministério Público, dentre outras medidas, para garantir a paridade nos Conselhos de Saúde da região metropolitana do Rio de Janeiro. Esta instituição deve, de acordo com suas atribuições, atuar na defesa dos interesses dos Conselhos de Saúde, zelando pelo cumprimento dos preceitos constitucionais de participação da sociedade nas políticas sociais.

Pudemos ouvir relatos, durante a XII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, realizada em Brasília, em novembro de 2004, de conselheiros que recorreram ao Ministério Público para conseguir condições de participar do evento, e para garantir a realização de eleições para o Colegiado. Tal não se verifica, entretanto, no CMS/TE, que, até os dias atuais, nunca recorreu aos instrumentos postos à disposição do controle social e que tem atualmente

uma relação democrática com a gestão do SUS, conforme entendido das seguintes respostas à questão: – “Como a Fundação Municipal de Saúde recebe as interferências dos conselheiros?”

Com respeito, ética e democracia (representante do segmento dos usuários).

Onde há demanda reprimida a Fundação tem atendido a população de acordo com seus recursos disponíveis, mas precisa fazer muito mais (representante do segmento dos usuários).

Antigamente no próprio plenário as sugestões eram desrespeitadas. Atualmente são recebidas, mas, no entanto, não conhecemos as providências encaminhadas (representante dos trabalhadores em saúde).

Quanto à judicialização anteriormente referida pelo gestor, é fato que dificulta a operacionalização da política de saúde. Teresina, como a maioria das cidades brasileiras, ressenha-se do crescente número de ações propostas por usuários, exigindo que o município forneça tratamentos e medicamentos cujo financiamento excede às previsões orçamentárias do SUS. O cumprimento a estas decisões judiciais compromete os recursos, mas cabe ao município atender às determinações, uma vez que a CF88 dispôs que a saúde é direito de todos e dever do Estado, e que as ações e serviços de saúde são de relevância pública, devendo ser prioritárias.

O artigo “A saúde no banco dos réus” (CONASEMS, 2004) esclarece que a garantia de acesso à saúde por vias judiciais é um assunto que tem chamado a atenção dos gestores e do Poder Judiciário. Apesar de as ações não serem uma conduta nova entre os usuários do SUS, só mais recentemente – quando aumentaram, a ponto de afetar o sistema financeiramente – é que começaram a surgir propostas de solução. O promotor de Justiça Jairo Bisol, citado no artigo, entende que o principal fator limitante da questão está na própria concepção do SUS, um sistema de caráter inclusivo e descentralizado:

O caráter inclusivo do SUS o obriga a atender um contingente cada vez maior de pessoas. Em um país onde a saúde não recebe recursos suficientes, essa característica, por si só, compromete a gestão do sistema, a médio e

longo prazo. A tendência é que o cobertor fique cada vez mais curto.

O acolhimento a estas decisões judiciais envolve cada vez mais recursos, uma vez que, normalmente, as demandas são por medicamentos ou tratamentos de alto custo, e que o atendimento dispensado a um único paciente prejudica milhares de outros.

Ainda nas palavras do promotor de Justiça Jairo Bisol, “em um país como o nosso não existe o ‘tudo para todos’, mas o melhor para todos, dentro das regras e limitações do sistema”. Uma das alternativas para o problema seria a regulamentação do acesso aos medicamentos pelo Congresso Nacional, por meio de uma lei que obrigue a obediência aos protocolos clínicos e às diretrizes terapêuticas do Ministério da Saúde, e que defina de maneira mais clara a responsabilidade dos gestores municipais, estaduais e federais.

O controle social em saúde se manifesta nos espaços constituídos para a interlocução entre Sociedade Civil e Poder Público bem como na defesa dos interesses coletivos. Acerca do seu significado os entrevistados referiram:

É amplo. Este controle deve ser constituído em tudo que se relaciona à saúde, até nos ambientes de trabalho (representante do segmento dos usuários).

É a maneira de a sociedade controlar as ações e os gastos públicos (representante de instituição pública).

Penso que a filosofia é fantástica, entretanto, enquanto tivermos boa parte dos usuários desconhecendo os deveres e como exerce-los e gestores que desrespeitam os Plenários, é fazer de conta que controlamos alguma coisa (representante dos trabalhadores em saúde).

Avaliar a efetividade e eficácia da política de saúde. Ver que todo mundo tem a oportunidade, sem muitas dificuldades, de solucionar seus problemas de saúde, além de aproveitar das ações preventivas. (representante do segmento dos usuários).

É a participação ativa da sociedade civil organizada no processo de formulação e proposição de estratégias e do controle e execução da política de saúde (representante dos trabalhadores em saúde).

É a responsabilidade social das empresas públicas e privadas (representante de instituição privada).

Um pensador de nome Norberto Bobbio já defendia o controle social nas políticas públicas, dentre outros. A idéia de controle social no SUS, para mim foi das melhores e se hoje não temos essa idéia na prática 100%, afirmo, sem medo de errar, que o controle social no SUS foi o que mais avançou, por pressão dos conselhos que foram os que mais cresceram politicamente. Ainda falta muito para consolidá-los (representante dos trabalhadores em saúde).

De avanço e de democracia (representante do segmento dos usuários).

Eu acho que a sociedade deve controlar, no bom sentido, a política de saúde. Agora, você há de convir que, na maioria das vezes, não se faz o que a sociedade necessita, por falta de recursos financeiros. Nós costumamos falar que nós estamos administrando a escassez (gestor).

Assinale-se que uma das maiores vantagens do SUS é que seus princípios nunca foram alterados, desde sua criação. Isto permite uma construção progressiva do Sistema, de modo que se torne sólido e eficiente. Neste processo de edificação, o controle social encontra lugar de destaque, não podendo ser visto como concessão dos poderes instituídos, mas como conquista dos movimentos sociais e grupos organizados.

O controle social na política de saúde deve zelar pela transparência dos critérios dos gastos, com vistas a participar de sua formulação, em função de garantir a oferta e utilização dos serviços com base nas necessidades da população. As necessidades de saúde são por ações de promoção, de proteção e de recuperação da saúde, nos vários níveis de densidade tecnológica (alta, baixa e média complexidade). Tais necessidades são por atenção tanto de pessoas quanto de coletividades.

Uma vez que o baixo financiamento do SUS favorece mais o modelo de oferta que o das necessidades, e que os interesses por trás da oferta são maiores que as pressões da população e da sociedade civil por seus direitos, cumpre ao controle social um trabalho efetivo de estabelecimento de prioridades para a política de saúde e de luta por mais recursos

para o setor, com a exigência da regulamentação da Emenda Constitucional 29, que visa a vinculação constitucional de recursos para a saúde, nas três esferas de governo. A vinculação objetiva o comprometimento de financiamento estável que possibilite o planejamento dos gastos e a prevenção de crises e insolvências, em nome da preservação da vida e da saúde de muitos milhões de pessoas.

A constituição dos Conselhos de Saúde insere-se em um movimento de composição de uma esfera pública ampliada, uma vez que vai do Estado à sociedade. Esta vinculação com o Estado faz com que seja restrita a autonomia destes espaços quanto à elaboração e controle da execução das políticas, incluindo o aspecto econômico-financeiro. Destaque-se que o grau de autonomia dos Conselhos depende de diversos fatores, que vão desde a unidade das forças da sociedade civil nele representada até a natureza dos interesses políticos dominantes. Nas palavras de Teixeira (2002, p. 104),

trata-se de uma nova institucionalidade que não decorre meramente da lei ou da discussão no parlamento, mas do debate público nos espaços sociais, da interlocução de diferentes atores, até a constituição de um conjunto de proposições que serve de balizamento para as esferas de decisão formal.

Em que pesem todas as distorções verificadas no CMS/TE, entendemos que este ainda ocupa posição vantajosa em relação a outros Conselhos de Saúde em todo o Brasil, que não ultrapassam a condição de atendimento a uma exigência formal do Ministério da Saúde, e onde prevalecem relações de desigualdade entre as partes envolvidas no processo participativo. É possível observar, quanto ao CMS/TE, que este, embora pouco participe da formulação da política, decide acerca de sua implementação, deixando, entretanto, de acompanhar o destino das deliberações, para verificar a sua efetividade. Acerca dos mecanismos de acompanhamento destas prerrogativas os entrevistados informaram:

Primeiro precisamos conhecer a legislação do SUS e atuar em sua formulação (representante dos trabalhadores em saúde).

Relatórios e plano gestor para o ano subsequente (representante de instituição pública).

Através dos Relatórios de Gestão e prestação de contas (representante dos trabalhadores em saúde).

Através das comissões formadas dentro do Conselho (representante do segmento dos usuários).

Desconheço que realmente funcione. Há tentativas pelas comissões, mas somente tentativas (representante do segmento dos usuários).

Ele não tem isso estabelecido, não. Eu, outro dia, fui quem propôs que a gente escolhesse um indicador, por exemplo, mortalidade materna, discutisse numa reunião, numa outra, mortalidade infantil, ou prevalência de diabéticos noutra hipertensão. Que a gente começasse a escolher um indicador em cada reunião, mas, pelo que eu percebi, não foi adiante a idéia, aí ficou por isso mesmo (gestor).

Fica claro, considerando-se as falas dos sujeitos da pesquisa, que não existem parâmetros definidos para o acompanhamento da política de saúde por parte do CMS/TE. A legislação do SUS não estabelece critérios para o acompanhamento das ações, cabendo aos Colegiados fazê-lo. Estes instrumentos legais limitam-se a definir as atribuições e competências dos Conselhos, sem a preocupação de determinar, ou sugerir, meios para o seu exercício. As comissões permanentes são, normalmente, os veículos utilizados para o acompanhamento, mas estas não dispõem de parâmetros, o que dificulta a avaliação das ações.

De acordo com a fala do gestor, poder-se-iam utilizar diversos indicadores para a verificação da efetividade da política de saúde, a partir de resultados, como mortalidade materna e infantil, diabetes, hipertensão etc. Estes indicadores são normalmente utilizados para a verificação de resultados de políticas, mas não no âmbito do Conselho Municipal de Saúde de Teresina. O estabelecimento de parâmetros de avaliação, com a utilização de indicadores, poderia facilitar a verificação da política, uma vez que o seu entendimento exige menos conhecimentos técnicos por parte dos conselheiros e que eles são universais. Controlar

a execução das ações demanda o estabelecimento de formas e métodos.

Por fim, é preciso que se definam sob que diretrizes e estratégias a política será realizada, além de se adotarem referências para a verificação de que o SUS e a cidadania na saúde estão sendo construídos. Nas palavras de Gohn (2001, p.110), para que os Conselhos tenham eficácia na área em que atuam, e na sociedade de modo geral, torna-se imprescindível que se desenvolvam algumas condições e articulações, que venham possibilitar a verificação da efetividade da política, para que se possa cobrar do Poder Público o cumprimento das providências não concretizadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo originou-se da expectativa de analisar o Conselho Municipal de Saúde de Teresina, como efetivo instrumento de controle social, na política de saúde do município. Esta surgiu do encantamento com o tema “controle social”, e se concretizou através da busca para as questões formuladas, que visaram explicar o fenômeno participativo deste espaço de construção democrática.

O entendimento dos processos de participação da sociedade civil e sua presença nas políticas públicas nos remetem à compreensão do processo de democratização da sociedade brasileira, exigindo um resgate das lutas por acesso aos direitos sociais e à cidadania. O procedimento de definição de uma política pública, em sociedades desiguais, como a brasileira, implica, nas palavras de Sousa (2001, p.32), “a intervenção de uma cadeia de sujeitos, vinculados a diferentes organizações associativas e a distintos segmentos.” Desta forma, a constituição dos Conselhos gestores de políticas públicas, como espaços de partilha de decisão, entre Poder Público e Sociedade Civil, desenvolvidos no interior do aparato estatal, trouxe a sociedade para dentro do Estado, aproximando as necessidades daqueles que podem providenciar as soluções.

Assinale-se que os Conselhos gestores de políticas públicas não se constituem, todavia, de organismos estatais, mas de legítimos espaços de interlocução entre a sociedade

política e a sociedade civil. Em Teresina, temos o Conselho Municipal de Saúde de Teresina, que compõe a estrutura da Fundação Municipal de Saúde de Teresina, e que deve atuar na formulação e fiscalização da política de saúde, sendo formado a partir da reunião de diversas entidades da sociedade civil e do Poder Público.

Procuramos analisar o Conselho Municipal de Saúde de Teresina, considerando-o como instância de controle social na política de saúde de Teresina, com vistas a verificar sua efetividade na construção das ações, os interesses por trás da participação das diversas entidades, a forma de articulação dos segmentos em seu interior, e, com a gestão, a influência da sociedade sobre seus representantes, a sua participação no processo de formulação da política, como também o impacto das decisões emanadas de seu plenário sobre a coletividade do município.

Pudemos perceber que a representatividade do Colegiado, nos dias atuais, ressenete-se de profundo esvaziamento, em virtude da prorrogação do mandato dos conselheiros eleitos em 2003; muitos dos quais já não têm interesse ou condições de continuar desempenhando uma tarefa para a qual foram eleitos ou indicados para mandato de dois anos. Outros, por motivos diversos, já não fazem parte das instituições que os indicaram. Deste modo, tem acontecido, como nunca antes, que muitas reuniões não se realizam por falta do quorum mínimo de dezesseis conselheiros presentes. Os conselheiros parecem já ter compreendido que esta prorrogação tem sido maléfica ao exercício de suas atribuições, estando dispostos a realizar eleição imediatamente, ainda sob os parâmetros da Lei 2.046/91, posto que a Câmara de Vereadores ainda não votou a Lei que possibilitará a reformulação do Colegiado.

O Conselho Municipal de Saúde de Teresina, como todos os Conselhos de Saúde, apresenta algumas distorções em relação à proposta democratizante que representa, que dizem

respeito, primordialmente, à partilha efetiva do poder. Essa discussão traz a campo as diversas concepções acerca da natureza da participação da sociedade civil, na qual se configuram distintos projetos políticos. A convivência entre a sociedade civil, que busca realizar, de forma efetiva, o controle das políticas, e o Poder Executivo, que resiste em compartilhar seu poder de decisão, gera uma certa polarização das forças, estabelecendo, no âmbito dos Conselhos, uma espécie de arena política, onde cada uma das partes se concentra em determinadas posições, o que pode tornar o convívio penoso e difícil.

Ressalte-se que a cultura “denuncista” dos movimentos sociais também pode dificultar o relacionamento entre Estado e Sociedade Civil. Certamente não podemos ignorar as conquistas formais que os movimentos sociais alcançaram; contudo a luta pelo “direito a ter direitos” redundou em formalização de garantias, com o estabelecimento de instâncias e poderes de suporte, como o Ministério Público e o Poder Judiciário. A sociedade civil precisa se convencer que o momento não mais é apenas de formular denúncias, mas de discutir soluções, envolvendo-se no processo de adoção de providências.

A participação da sociedade nas políticas, via Conselhos gestores, tem originado uma infinidade de questionamentos quanto a sua efetividade. Em que pese o caráter democratizante dos Conselhos, temos a falta de preparo dos conselheiros como sério entrave ao debate. Este problema também ocorre no CMS/TE, onde muitos conselheiros, notadamente do segmento dos usuários, desconhecem aspectos fundamentais da política de saúde e ressentem-se do tecnicismo utilizado quando da proposição das ações, o que dificulta sua interlocução com o Poder Público, abastecido de especialistas, e empobrece a atuação do Conselho quanto ao seu papel de formulador da política.

Para minimizar estas dificuldades, é preciso que se desenvolvam ações de capacitação e educação permanentes dos atores sociais, consoante entendimento do CNS/MS.

Tais medidas possibilitarão uma maior participação dos segmentos na formulação da política, garantindo a efetividade da totalidade das atribuições do Colegiado. O processo de capacitação dos conselheiros faz-se necessário para aprimorar a qualidade da sua intervenção, conferindo-lhes mais condições de diálogo entre si e mais legitimidade nas negociações com os demais segmentos no processo de intermediação de interesses, necessidades e propósitos e na conseqüente efetivação das deliberações.

Pudemos observar também que o CMS/TE não se depara com um dos mais graves problemas notados no âmbito dos Conselhos de Saúde, conforme os autores estudados, a transferência de responsabilidades por parte do Estado, que tenta delegar à Sociedade Civil a realização de funções que competem ao Poder Público, desresponsabilizando-se destas. Esta questão tem mobilizado o CNS e o MS, em busca de soluções que não importem em estremecimento das relações dos segmentos, garantindo uma partilha de atribuições que deve ser encarada como uma oportunidade democrática de construção de um novo padrão de gestão no espaço efervescente e heterogêneo dos municípios. Na experiência local, as partes parecem entender e, na medida do possível, desempenhar suas prerrogativas.

Quanto ao papel de avaliador da política, o Conselho Municipal de Saúde não faz uso de parâmetros e indicadores que possibilitem a verificação da efetividade da política de saúde, o que leva à constatação de que, em Teresina, uma certa distância separa os princípios e diretrizes que regem os Conselhos de saúde da efetiva operacionalização do controle social. O estabelecimento ou a adoção de padrões avaliativos poderá importar no conhecimento da real situação da política de saúde municipal e dos resultados das ações implementadas, fato que será de grande importância, tanto para a Sociedade, quanto para o Poder Público.

Também urge resolver, em relação ao Conselho Municipal de Saúde de Teresina, a questão do instrumento legal que o disciplina. É preciso que o CMS/TE se adapte às mais

novas diretrizes que regem o controle social, a despeito de não concordarmos com alguns pontos da Resolução 333/03, conforme explicado anteriormente. Entretanto, distorções, como a presença de representantes de outros poderes, e a falta de previsão legal de direção por outros segmentos serão reparadas com a promulgação do novo instrumento legal.

Outrossim, o Conselho Municipal de Saúde de Teresina reúne-se sistematicamente, realiza eleições periódicas e democráticas, organizadas pelos próprios segmentos, decide sobre a implementação da política de saúde, cumpre e participa de todas as atividades previstas no calendário do Ministério da Saúde, possui um espaço próprio dentro da estrutura da Fundação Municipal de Saúde de Teresina e cultiva, com os gestores do órgão, relações de respeito e democracia. Embora seus papéis de formulador e avaliador da política de saúde estejam prejudicados, está claro que sua posição, em relação à grande maioria dos Conselhos de Saúde, é de vantagem, uma vez que não se reduz ao mero cumprimento de formalidades.

Entendemos que muitas das lacunas verificadas quanto à concretização das prerrogativas do CMS/TE devem-se à falta de um posicionamento mais firme dos conselheiros em relação à Fundação Municipal de Saúde de Teresina, tendo em vista que esta, sempre que solicitada, cede ao CMS/TE o espaço exigido. Provavelmente a educação e a capacitação possibilitem aos conselheiros um melhor entendimento a respeito dos papéis a desempenhar, favorecendo o processo de controle social. De todo modo, podemos entender que os esforços do Estado e da Sociedade Civil para a construção do controle social na política de saúde de Teresina poderão resultar em um Conselho mais eficiente e participativo.

O controle social, no âmbito da política de saúde como forma de ação democrática é elemento de primeira necessidade para os setores estratégicos da área de saúde – prestadores de serviço, trabalhadores e usuários. A possibilidade de parceria entre Estado e Sociedade

Civil, orientada como projeto político voltado para uma efetiva ocupação dos espaços públicos, não obstante a diversidade de interesses presente na arena dos embates, e da heterogeneidade das experiências vivenciadas (ou talvez em virtude destas) fortalece a idéia do compartilhamento democrático. É possível suplantar as dificuldades, corrigindo as distorções e aprimorando o papel democrático dos Conselhos, graças à experiência adquirida nesses quase vinte anos, desde a criação do SUS.

REFERÊNCIAS

ABONG. Associação Brasileira de Organizações Não-Governamentais. São Paulo / Petrópolis, 2004. (Coletânea).

BRAGA, Iracilda Alves. **Descentralização da saúde em Teresina: movimentos sociais e Sistema Único de Saúde (SUS) no período de 1988 a 1996**. 2005. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) – Universidade Federal do Piauí, Teresina-PI.

BRASIL. Constituição (1988) **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 2004.

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BOBBIO, Norberto et al. **Dicionário de política**. Brasília: UNB, 1983.

BRAVO, Maria Inês Sousa; PEREIRA, Potyara A. P. (Org.). **Política social e democracia**. São Paulo: Cortez, 2001.

CADERNOS ADENAUER. **Pobreza e política social**. [s.l.]: Fundação Konrad Adenauer, 2000.

CARNOY, Martin. **Estado e teoria política**. São Paulo: Papirus, 2001.

CARVALHO, José M. **Cidadania no Brasil, o longo caminho**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

CARVALHO, Guido Ivan et al. **Sistema Único de Saúde, comentários à Lei Orgânica da Saúde**. Campinas: Unicamp, 2002.

CARVALHO, Maria do Carmo A. et al. (Org.). **Conselhos gestores de políticas públicas**. São Paulo: Polis, 2000.

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo. **Saúde no Brasil, políticas e organização de serviços**. São Paulo: Cortez, 2003.

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo et al. **A saúde como direito e como serviço**. São Paulo: Cortez, 2002.

CORRÊA, Darcísio. **A Construção da cidadania: reflexões histórico-políticas**. Ijuí: Unijuí,

2000.

DAHL, Roberto. **Poliarquia, participação e oposição**. Petrópolis: Vozes, 1995.

DALLARI, Dalmo de Abreu. **O que é participação política**. São Paulo: Brasiliense, 1983.

FEITOZA, Valéria. CONASEMS. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. **REVISTA CONASEMS**, Brasília, ano I, n. 8, set./out. 2004.

FERREIRA, Maria Dalva M. Participação e controle social nos anos 80. In: **Serviço Social e Contemporaneidade**, vol. 1, n. 1, Teresina: Edufpi, 2001.

GOHN, Maria da Glória. **Conselhos gestores e participação sociopolítica**. São Paulo: Cortez, 2001. (Coleção Questões da Nossa Época).

_____. **Histórias dos movimentos e lutas sociais: a construção da cidadania dos brasileiros**. São Paulo: Loyola, 2001.

LEAL, Rogério Gesta. **Teoria do estado**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

MACHADO, Elmira Maia Gomes. **O papel do Conselho Tutelar de Teresina na proteção e promoção dos direitos da criança e do adolescente**. 2002. Monografia (Especialização) – Universidade de Brasília, Brasília-DF.

MARCELINO, Gileno F. Em busca da flexibilização do Estado: o desafio das reformas planejadas no Brasil. In: **Introdução ao estudo das organizações**. Brasília: UNB, 2000.

MINAYO, Maria C. de S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 23. ed. Petrópolis: Vozes, 1993.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Curso de extensão à distância em direito sanitário para membros do ministério público e da magistratura federal**. Brasília, 2002.

_____. **A prática do controle social: conselhos de saúde e financiamento do SUS**. Brasília, 2000. (Série Histórica).

_____. **Direito Sanitário e Saúde Pública**. vol. I, II. Brasília, 2003. (Coletânea de textos; e Manual de atuação jurídica em saúde pública e coletânea de leis e julgados em saúde).

_____. **Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde**. Brasília, 2004. (Série Histórica do Conselho Nacional de Saúde).

_____. **Resolução 333/03**. Brasília, 2004.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. **Um estado para a sociedade civil**. São Paulo: Cortez, 2004.

PÁDUA, Francisco das Chagas de S. **Controle social do setor saúde no município de Teresina**. Teresina: FMS, 2001.

RODRIGUES, Miguel Ramos. **Municipalização plena da saúde no Piauí: uma utopia a ser realizada**. 2004. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) – Universidade Federal do Piauí, Teresina-PI.

ROSENFELD, Denis L. **O que é democracia**. São Paulo: Brasiliense, 1994. (Coleção Primeiros Passos, n. 219).

SILVA, Irene M. F. Os conselhos de saúde no contexto da transição democrática. In: **Serviço Social e Sociedade**, ano XVIII, nov. 1997.

SORIANO, Raúl Rojas. **Manual de pesquisa social**. Petrópolis: Vozes, 2004.

SOUSA, Rosângela M. S. **Conferências de saúde: intermediação de interesses no município de Teresina-PI**. 2001. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo-SP.

TATAGIBA, Luciana. Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. In: DAGNINO, Evelina (Org.). **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

TELLES, Vera de S. **Sociedade civil e a construção de espaços públicos**. (Texto aplicado na disciplina Gestão Pública e Controle Social do Mestrado em Políticas Públicas da UFPI).

TEIXEIRA, Elenaldo. **O local e o global: limites e desafios da participação cidadã**. São Paulo: Cortez, 2002.

WANDERLEY, Luiz Eduardo. **Rumos da ordem pública no Brasil: a construção do público**. (Texto aplicado na disciplina Gestão Pública e Controle Social do Mestrado em Políticas Públicas da UFPI).

Anexos

ANEXO 1

REGULAMENTAÇÃO DO SUS E DO CONTROLE SOCIAL

CONSTITUIÇÃO FEDERAL

Título VII

Capítulo II

Seção II

Da Saúde

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

Parágrafo Único. O Sistema Único de Saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recurso do orçamento da seguridade social da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

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

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

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

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

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para o consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990

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

DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 1º Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.

TÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

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

Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

TÍTULO II

DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

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

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

CAPÍTULO I

Dos Objetivos e Atribuições

Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;

III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

I - a execução de ações:

- a) de vigilância sanitária;
- b) de vigilância epidemiológica;
- c) de saúde do trabalhador; e
- d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;

II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;

- III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;
- IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar;
- V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;
- VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;
- VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
- VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;
- IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;
- XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

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

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

II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

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

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

- I - assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;
- II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;
- III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;
- IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;
- V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;
- VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;
- VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e
- VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

CAPÍTULO II

Dos Princípios e Diretrizes

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

- a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
- b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

CAPÍTULO III

Da Organização, da Direção e da Gestão

Art. 8º As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

Art. 9º A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

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

Art. 10. Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

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

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

Art. 11. (Vetado).

Art. 12. Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil. Parágrafo único. As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 13. A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades:

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

Art. 14. Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

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

CAPÍTULO IV

Da Competência e das Atribuições

Seção I

Das Atribuições Comuns

Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

- I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;
- II - administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;
- III - acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;
- IV - organização e coordenação do sistema de informação de saúde;
- V - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;
- VI - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;
- VII - participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente;
- VIII - elaboração e atualização periódica do plano de saúde;
- IX - participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;
- X - elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), de conformidade com o plano de saúde;
- XI - elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;
- XII - realização de operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizadas pelo Senado Federal;
- XIII - para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização;
- XIV - implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;
- XV - propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente;
- XVI - elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;
- XVII - promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde;
- XVIII - promover a articulação da política e dos planos de saúde;
- XIX - realizar pesquisas e estudos na área de saúde;
- XX - definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária;
- XXI - fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.

Seção II Da Competência

Art. 16. A direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete:

- I - formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;
- II - participar na formulação e na implementação das políticas:
 - a) de controle das agressões ao meio ambiente;
 - b) de saneamento básico; e
 - c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho;
- III - definir e coordenar os sistemas:
 - a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;
 - b) de rede de laboratórios de saúde pública;
 - c) de vigilância epidemiológica; e
 - d) vigilância sanitária;
- IV - participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgão afins, de agravo sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;
- V - participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador;
- VI - coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica;
- VII - estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios;
- VIII - estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano;
- IX - promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde;
- X - formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais;
- XI - identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;
- XII - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
- XIII - prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o

aperfeiçoamento da sua atuação institucional;

XIV - elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços privados contratados de assistência à saúde;

XV - promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;

XVI - normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;

XVII - acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;

XVIII - elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal;

XIX - estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal.

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

Art. 17. À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:

I - promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;

II - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS);

III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;

IV - coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços:

a) de vigilância epidemiológica;

b) de vigilância sanitária;

c) de alimentação e nutrição; e

d) de saúde do trabalhador;

V - participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;

VI - participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico;

VII - participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;

VIII - em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;

IX - identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;

X - coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;

XI - estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde;

XII - formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;

XIII - colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

XIV - o acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada.

Art. 18. À direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete:

I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;

II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual;

III - participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;

IV - executar serviços:

a) de vigilância epidemiológica;

b) vigilância sanitária;

c) de alimentação e nutrição;

d) de saneamento básico; e

e) de saúde do trabalhador;

V - dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;

VI - colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;

VII - formar consórcios administrativos intermunicipais;

VIII - gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;

IX - colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

X - observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;

XI - controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;

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

Art. 19. Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios.

CAPÍTULO V

(Capítulo acrescentado pela Lei nº 9.836, de 23.9.1999)

Do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

Art. 19-A. As ações e serviços de saúde voltados para o atendimento das populações indígenas, em todo o território nacional, coletiva ou individualmente, obedecerão ao disposto nesta Lei. (Artigo acrescentado pela Lei nº 9.836, de 23.9.1999)

Art. 19-B. É instituído um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, componente do Sistema Único de Saúde – SUS, criado e definido por esta Lei, e pela Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990, com o qual funcionará em perfeita integração. (Artigo acrescentado pela Lei nº 9.836, de 23.9.1999)

Art. 19-C. Caberá à União, com seus recursos próprios, financiar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. (Artigo acrescentado pela Lei nº 9.836, de 23.9.1999)

Art. 19-D. O SUS promoverá a articulação do Subsistema instituído por esta Lei com os órgãos responsáveis pela Política Indígena do País. (Artigo acrescentado pela Lei nº 9.836, de 23.9.1999)

Art. 19-E. Os Estados, Municípios, outras instituições governamentais e não-governamentais poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações. (Artigo acrescentado pela Lei nº 9.836, de 23.9.1999)

Art. 19-F. Dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional. (Artigo acrescentado pela Lei nº 9.836, de 23.9.1999)

Art. 19-G. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deverá ser, como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado. (Artigo acrescentado pela Lei nº 9.836, de 23.9.1999)

§ 1o O Subsistema de que trata o caput deste artigo terá como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas. (Parágrafo acrescentado pela Lei nº 9.836, de 23.9.1999)

§ 2o O SUS servirá de retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, devendo, para isso, ocorrer adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas, para propiciar essa integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminações. (Parágrafo acrescentado pela Lei nº 9.836, de 23.9.1999)

§ 3o As populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde. (Parágrafo acrescentado pela Lei nº 9.836, de 23.9.1999)

Art. 19-H. As populações indígenas terão direito a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tais como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, quando for o caso. (Artigo acrescentado pela Lei nº 9.836, de 23.9.1999)

TÍTULO III

DOS SERVIÇOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

CAPÍTULO I

Do Funcionamento

Art. 20. Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Art. 21. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Art. 22. Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento.

Art. 23. É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde, salvo através de doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos.

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

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

CAPÍTULO II

Da Participação Complementar

Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

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

Art. 25. Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 26. Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovados no Conselho Nacional de Saúde.

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

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

§ 3º (Vetado).

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

TÍTULO IV

DOS RECURSOS HUMANOS

Art. 27. A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos:

I - organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal;

II - (Vetado)

III - (Vetado)

IV - valorização da dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

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

Art. 28. Os cargos e funções de chefia, direção e assessoramento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), só poderão ser exercidas em regime de tempo integral.

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

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

Art. 29. (Vetado).

Art. 30. As especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão serão regulamentadas por Comissão Nacional, instituída de acordo com o art. 12 desta Lei, garantida a participação das entidades profissionais correspondentes.

TÍTULO V DO FINANCIAMENTO CAPÍTULO I Dos Recursos

Art. 31. O orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos da Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

Art. 32. São considerados de outras fontes os recursos provenientes de:

I - (Vetado)

II - Serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde;

III - ajuda, contribuições, doações e donativos;

IV - alienações patrimoniais e rendimentos de capital;

V - taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); e

VI - rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais.

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

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

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

§ 4º (Vetado).

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

§ 6º (Vetado).

CAPÍTULO II Da Gestão Financeira

Art. 33. Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

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

§ 2º (Vetado).

§ 3º (Vetado).

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

Art. 34. As autoridades responsáveis pela distribuição da receita efetivamente arrecadada transferirão automaticamente ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), observado o critério do parágrafo único deste artigo, os recursos financeiros correspondentes às dotações consignadas no Orçamento da Seguridade Social, a projetos e atividades a serem executados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

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

Art. 35. Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:

I - perfil demográfico da região;

II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;

III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;

IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;

V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;

VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;

VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

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

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

§ 3º (Vetado).

§ 4º (Vetado).

§ 5º (Vetado).

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

CAPÍTULO III

Do Planejamento e do Orçamento

Art. 36. O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

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

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

Art. 37. O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa.

Art. 38. Não será permitida a destinação de subvenções e auxílios a instituições prestadoras de serviços de saúde com finalidade lucrativa.

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 39. (Vetado).

§ 1º (Vetado).

§ 2º (Vetado).

§ 3º (Vetado).

§ 4º (Vetado).

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

§ 6º Os imóveis de que trata o parágrafo anterior serão inventariados com todos os seus acessórios, equipamentos e outros

§ 7º (Vetado).

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

Art. 40. (Vetado).

Art. 41. As ações desenvolvidas pela Fundação das Pioneiras Sociais e pelo Instituto Nacional do Câncer, supervisionadas pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), permanecerão como referencial de prestação de serviços, formação de recursos humanos e para transferência de tecnologia.

Art. 42. (Vetado).

Art. 43. A gratuidade das ações e serviços de saúde fica preservada nos serviços públicos contratados, ressalvando-se as cláusulas dos contratos ou convênios estabelecidos com as entidades privadas.

Art. 44. (Vetado).

Art. 45. Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados.

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

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

Art. 46. o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecerá mecanismos de incentivos à participação do setor privado no investimento em ciência e tecnologia e estimulará a transferência de tecnologia das universidades e institutos de pesquisa aos serviços de saúde nos Estados, Distrito Federal e Municípios, e às empresas nacionais.

Art. 47. O Ministério da Saúde, em articulação com os níveis estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde (SUS), organizará, no prazo de dois anos, um sistema nacional de informações em saúde, integrado em todo o território nacional, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços.

Art. 48. (Vetado).

Art. 49. (Vetado).

Art. 50. Os convênios entre a União, os Estados e os Municípios, celebrados para implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde, ficarão rescindidos à proporção que seu objeto for sendo absorvido pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 51. (Vetado).

Art. 52. Sem prejuízo de outras sanções cabíveis, constitui crime de emprego irregular de verbas ou rendas públicas (Código Penal, art. 315) a utilização de recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) em finalidades diversas das previstas nesta lei.

Art. 53. (Vetado).

Art. 54. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 55. São revogadas a Lei nº. 2.312, de 3 de setembro de 1954, a Lei nº. 6.229, de 17 de julho de 1975, e demais disposições em contrário.
Brasília, 19 de setembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República.

FERNANDO COLLOR

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

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

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

I - a Conferência de Saúde; e

II - o Conselho de Saúde.

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

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

§ 3º O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) terão representação no Conselho Nacional de Saúde.

§ 4º A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

§ 5º As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho.

Art. 2º Os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados como:

I - despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta;

II - investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional;

III - investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde;

IV - cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.

Parágrafo único. Os recursos referidos no inciso IV deste artigo destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde.

Art. 3º Os recursos referidos no inciso IV do art. 2º desta lei serão repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal, de acordo com os critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

§ 1º Enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, será utilizado, para o repasse de recursos, exclusivamente o critério estabelecido no § 1º do mesmo artigo.

§ 2º Os recursos referidos neste artigo serão destinados, pelo menos setenta por cento, aos

Municípios, afetando-se o restante aos Estados.

§ 3º Os Municípios poderão estabelecer consórcio para execução de ações e serviços de saúde, remanejando, entre si, parcelas de recursos previstos no inciso IV do art. 2º desta lei.

Art. 4º Para receberem os recursos, de que trata o art. 3º desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com:

I - Fundo de Saúde;

II - Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990;

III - plano de saúde;

IV - relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

V – contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;

VI - Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.

Parágrafo único. O não atendimento pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal, dos requisitos estabelecidos neste artigo, implicará em que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União.

Art. 5º É o Ministério da Saúde, mediante portaria do Ministro de Estado, autorizado a estabelecer condições para aplicação desta lei.

Art. 6º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 7º Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 28 de dezembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República.

FERNANDO COLLOR

Emenda Constitucional Nº 29

As Mesas da Câmara dos Deputados e do Senado Federal, nos termos do § 3º do art. 60 da Constituição Federal, promulgam a seguinte Emenda ao texto constitucional:

Art. 1º A alínea e do inciso VII do art. 34 passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art.34

.."

"VII-..

.."

"e) aplicação do mínimo exigido da receita resultante de impostos estaduais, compreendida a proveniente de transferências, na manutenção e desenvolvimento do ensino e nas ações e serviços públicos de saúde." (NR)

Art. 2º O inciso III do art. 35 passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art.35

.."

"III - não tiver sido aplicado o mínimo exigido da receita municipal na manutenção e desenvolvimento do ensino e nas ações e serviços públicos de saúde;" (NR)

Art. 3º O § 1º do art. 156 da Constituição Federal passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art.156."

"§ 1º Sem prejuízo da progressividade no tempo a que se refere o art. 182, § 4º, inciso II, o imposto previsto no inciso I poderá:" (NR)

"I - ser progressivo em razão do valor do imóvel; e" (AC)

"II - ter alíquotas diferentes de acordo com a localização e o uso do imóvel." (AC)

.."

Art. 4º O parágrafo único do art. 160 passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art.160"

"Parágrafo único. A vedação prevista neste artigo não impede a União e os Estados de condicionarem a entrega de recursos:" (NR)

"I - ao pagamento de seus créditos, inclusive de suas autarquias;" (AC)

"II - ao cumprimento do disposto no art. 198, § 2º, incisos II e III." (AC)

Art. 5º O inciso IV do art. 167 passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art.167..."

.."

"IV - a vinculação de receita de impostos a órgão, fundo ou despesa, ressalvadas a repartição do produto da arrecadação dos impostos a que se referem os arts. 158 e 159, a destinação de recursos para as ações e serviços públicos de saúde e para manutenção e desenvolvimento do ensino, como determinado, respectivamente, pelos arts. 198, § 2º, e 212, e a prestação de garantias às operações de crédito por antecipação de receita, previstas no art. 165, § 8º, bem como o disposto no § 4º deste artigo;" (NR)

.."

Art. 6º O art. 198 passa a vigorar acrescido dos seguintes §§ 2º e 3º, numerando-se o atual parágrafo único como § 1º:

"Art.198..."

.."

"§ 1º (parágrafo único original).."

"§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:" (AC)

"I - no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º;" (AC)

"II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios;" (AC)

"III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º." (AC)

"§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:" (AC)

"I - os percentuais de que trata o § 2º;" (AC)

"II - os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais;" (AC)

"III - as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal;" (AC)

"IV - as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União." (AC)

Art. 7º O Ato das Disposições Constitucionais Transitórias passa a vigorar acrescido do seguinte art. 77:

"Art. 77. Até o exercício financeiro de 2004, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde serão equivalentes:" (AC)

"I - no caso da União:" (AC)

"a) no ano 2000, o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999 acrescido de, no mínimo, cinco por cento;" (AC)

"b) do ano 2001 ao ano 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto - PIB;" (AC)

"II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, doze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; e" (AC)

"III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, quinze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º." (AC)

"§ 1º Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios que apliquem percentuais inferiores aos fixados nos incisos II e III deverão elevá-los gradualmente, até o exercício financeiro de 2004, reduzida a diferença à razão de, pelo menos, um quinto por ano, sendo que, a partir de 2000, a aplicação será de pelo menos sete por cento." (AC)

"§ 2º Dos recursos da União apurados nos termos deste artigo, quinze por cento, no mínimo, serão aplicados nos Municípios, segundo o critério populacional, em ações e serviços básicos de saúde, na forma da lei." (AC)

"§ 3º 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." (AC)

"§ 4º Na ausência da lei complementar a que se refere o art. 198, § 3º, a partir do exercício financeiro de 2005, aplicar-se-á à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios o disposto neste artigo." (AC)

Art. 8º Esta Emenda Constitucional entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 13 de setembro de 2000

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

RESOLUÇÃO Nº 333 DE NOVEMBRO DE 2003

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Centésima Trigésima Sexta Reunião Ordinária, realizada nos dias 03 e 04 de novembro de 2003, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, **considerando:**

a) os debates ocorridos nos Conselhos de Saúde, nas três esferas de Governo, na X Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, nas Plenárias Regionais e Estaduais de Conselhos de Saúde, nas 9ª, 10ª e 11ª Conferências Nacionais de Saúde, e nas Conferências Estaduais, do Distrito Federal e Municipais de Saúde;

b) a experiência já acumulada do Controle Social da saúde e reiteradas demandas de Conselhos Estaduais e Municipais referentes às propostas de composição, organização e funcionamento dos Conselhos de Saúde, conforme § 5º inciso II artigo 1º da Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990;

c) a ampla discussão da Resolução do CNS nº 33/92 realizadas nos espaços de Controle Social, entre os quais se destacam as Plenárias de Conselhos de Saúde;

d) o objetivo de consolidar, fortalecer, ampliar e acelerar o processo de Controle Social do SUS, por intermédio dos Conselhos Nacional, Estaduais, Municipais, das Conferências de Saúde e Plenárias de Conselhos de Saúde;

e) que os Conselhos de Saúde, consagrados pela efetiva participação da sociedade civil organizada, representam um pólo de qualificação de cidadãos para o Controle Social nas demais esferas da ação do Estado.

RESOLVE:

Aprovar as seguintes DIRETRIZES PARA CRIAÇÃO, REFORMULAÇÃO, ESTRUTURAÇÃO E FUNCIONAMENTO DOS CONSELHOS DE SAÚDE:

DA DEFINIÇÃO DE CONSELHO DE SAÚDE

Primeira Diretriz: Conselho de Saúde é órgão colegiado, deliberativo e permanente do Sistema Único de Saúde – SUS em cada esfera de Governo, integrante da estrutura básica do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com composição, organização e competência fixadas na Lei nº 8.142/90. O processo bem-sucedido de descentralização tem determinado a ampliação dos conselhos de saúde que ora se estabelecem também em Conselhos Regionais, Conselhos Locais, Conselhos Distritais de Saúde, incluindo os Conselhos Distritais Sanitários Indígenas, sob a coordenação dos Conselhos de Saúde da esfera correspondente. O Conselho de Saúde consubstancia a participação da sociedade organizada na administração da Saúde, como Subsistema da Seguridade Social, propiciando seu controle social.

Parágrafo Único: Atua na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das Políticas de Saúde, inclusive, nos seus aspectos econômicos e financeiros.

DA CRIAÇÃO E REFORMULAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Segunda Diretriz: A criação dos Conselhos de Saúde é estabelecida por lei municipal, estadual ou federal, com base na Lei nº 8.142/90.

Parágrafo Único: na criação e reformulação dos Conselhos de Saúde o poder executivo, respeitando os princípios da democracia, deverá acolher às demandas da população, consubstanciadas nas conferências de saúde.

DA ORGANIZAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Terceira Diretriz: A participação da sociedade organizada, garantida na Legislação, torna os Conselhos de Saúde uma instância privilegiada na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da Política de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros. A Legislação estabelece, ainda, a composição paritária de usuários, em relação ao conjunto dos demais segmentos representados. O Conselho de Saúde será composto por representantes de Usuários, de Trabalhadores de Saúde, do Governo e de Prestadores de Serviços de Saúde, sendo o seu Presidente eleito entre os membros do Conselho, em Reunião Plenária.

I - O número de conselheiros será indicado pelos Plenários dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde, devendo ser definido em Lei.

II – Mantendo ainda o que propôs a Resolução nº 33/92 do CNS e consoante as recomendações da 10ª e 11ª Conferências Nacionais de Saúde, as vagas deverão ser distribuídas da seguinte forma:

- a)** 50% de entidades de usuários;
- b)** 25% de entidades dos trabalhadores de Saúde;
- c)** 25% de representação de governo, de prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos.

III - A representação de órgãos ou entidades terá como critério a representatividade, a abrangência e a complementaridade do conjunto de forças sociais, no âmbito de atuação do Conselho de Saúde. De acordo com as especificidades locais, aplicando o princípio da paridade, poderão ser contempladas, dentre outras, as seguintes representações:

- a)** de associações de portadores de patologias;
- b)** de associações de portadores de deficiências;
- c)** de entidades indígenas;
- d)** de movimentos sociais e populares organizados;
- e)** movimentos organizados de mulheres, em saúde;
- f)** de entidades de aposentados e pensionistas;
- g)** de entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais;

- h) de entidades de defesa do consumidor;
- i) de organizações de moradores.
- j) de entidades ambientalistas;
- k) de organizações religiosas;
- l) de trabalhadores da área de saúde: associações, sindicatos, federações, confederações e conselhos de classe;
- m) da comunidade científica;
- n) de entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento;
- o) entidades patronais;
- p) de entidades dos prestadores de serviço de saúde;
- q) de Governo.

IV - Os representantes no Conselho de Saúde serão indicados, por escrito, pelos seus respectivos segmentos entidades, de acordo com a sua organização ou de seus fóruns próprios e independentes.

V - O mandato dos conselheiros será definido no Regimento Interno do Conselho, não devendo coincidir com o mandato do Governo Estadual, Municipal, do Distrito Federal ou do Governo Federal, sugerindo-se a duração de dois anos, podendo os conselheiros serem reconduzidos, a critério das respectivas representações.

VI – A ocupação de cargos de confiança ou de chefia que interfiram na autonomia representativa do conselheiro, deve ser avaliada como possível impedimento da representação do segmento e, a juízo da entidade, pode ser indicativo de substituição do conselheiro.

VII - A participação do Poder Legislativo e Judiciário não cabe nos Conselhos de Saúde, em face da independência entre os Poderes.

VIII - Quando não houver Conselho de Saúde em determinado município, caberá ao Conselho Estadual de Saúde assumir, junto ao executivo municipal, a convocação e realização da 1ª Conferência Municipal de Saúde, que terá como um de seus objetivos a criação e a definição da composição do conselho municipal. O mesmo será atribuído ao CNS, quando da criação de novo Estado da Federação.

IX - Os segmentos que compõem o Conselho de Saúde são escolhidos para representar a sociedade como um todo, no aprimoramento do Sistema Único de Saúde – SUS.

X - *A função de Conselheiro é de relevância pública e, portanto, garante sua dispensa do trabalho sem prejuízo para o conselheiro, durante o período das reuniões, capacitações e ações específicas do Conselho de Saúde.*

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.

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.

III - A Secretaria Executiva é subordinada ao Plenário do Conselho de Saúde, que definirá sua estrutura e dimensão.

IV - O orçamento do Conselho de Saúde será gerenciado pelo próprio Conselho de Saúde.

V - O Plenário do Conselho de Saúde que se reunirá, no mínimo, a cada mês e, extraordinariamente, quando necessário, funcionará baseado em seu Regimento Interno já aprovado. A pauta e o material de apoio às reuniões devem ser encaminhados aos conselheiros com antecedência. As reuniões plenárias são abertas ao público.

VI - O Conselho de Saúde exerce suas atribuições mediante o funcionamento do Plenário, que, além das comissões intersetoriais, estabelecidas na Lei nº 8.080/90, instalará comissões internas exclusivas de conselheiros, de caráter temporário ou permanente, bem como outras comissões intersetoriais e grupos de trabalho para ações transitórias. Grupos de trabalho poderão contar com integrantes não conselheiros.

VII - O Conselho de Saúde constituirá uma Coordenação Geral ou Mesa Diretora, respeitando a paridade expressa nesta Resolução, eleita em Plenário, inclusive o seu Presidente ou Coordenador.

VIII - As decisões do Conselho de Saúde serão adotadas mediante quorum mínimo da metade mais um de seus integrantes.

IX - Qualquer alteração na organização dos Conselhos de Saúde preservará o que está garantido em Lei, e deve ser proposta pelo próprio conselho e votada em reunião plenária, para ser alterada em seu Regimento Interno e homologada pelo gestor do nível correspondente.

X - A cada três meses deverá constar das pautas e assegurado o pronunciamento do gestor das respectivas esferas de governo, para que faça prestação de contas em relatório detalhado contendo dentre outros, 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 n.º 8.689/93, destacando-se o grau de congruência com os princípios e diretrizes do SUS.

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.

XII - O Pleno do Conselho deverá manifestar-se por meio de resoluções, recomendações, moções e outros atos deliberativos. As resoluções serão obrigatoriamente homologadas pelo chefe do poder constituído em cada esfera de governo, em um prazo de 30 (trinta) dias, dando-se-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 de Saúde podem buscar a validação das resoluções, recorrendo, quando necessário, ao Ministério Público.

DA COMPETÊNCIA DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Quinta Diretriz: Aos Conselhos de Saúde Nacional, Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, que têm competências definidas nas leis federais, bem como, em indicações advindas das Conferências de Saúde, compete:

I - Implementar a mobilização e articulação contínuas da sociedade, na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS, para o controle social de **Saúde**.

II - Elaborar o Regimento Interno do Conselho e outras normas de funcionamento.

III - Discutir, elaborar e aprovar proposta de operacionalização das diretrizes aprovadas pelas Conferências de Saúde.

IV - Atuar na formulação e no controle da execução da política de saúde, incluindo os seus aspectos econômicos e financeiros e propor estratégias para a sua aplicação aos setores público e privado.

V - Definir diretrizes para elaboração dos planos de saúde e sobre eles deliberar, conforme as diversas situações epidemiológicas e a capacidade organizacional dos serviços.

VI - 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.

VII - Proceder à revisão periódica dos planos de saúde.

VIII - Deliberar sobre os programas de saúde e aprovar projetos a serem encaminhados ao Poder Legislativo, propor a adoção de critérios definidores de qualidade e resolutividade, atualizando-os face ao processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos, na área da Saúde.

IX - Estabelecer diretrizes e critérios operacionais relativos à localização e ao tipo de unidades prestadoras de serviços de saúde públicos e privados, no âmbito do SUS, tendo em vista o direito ao acesso universal às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde em todos os níveis de complexidade dos serviços, sob a diretriz da hierarquização/regionalização da oferta e demanda de serviços, conforme o princípio da equidade.

X - Avaliar, explicitando os critérios utilizados, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde do SUS.

XI - Avaliar e deliberar sobre contratos e convênios, conforme as diretrizes dos Planos de Saúde Nacional, Estaduais, do Distrito Federal e Municipais.

XII - 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).

XIII - Propor critérios para programação e execução financeira e orçamentária dos Fundos de Saúde e acompanhar a movimentação e destinação dos recursos.

XIV - Fiscalizar e controlar gastos e deliberar sobre critérios de movimentação de recursos da Saúde, incluindo o Fundo de Saúde e os transferidos e próprios do Município, Estado, Distrito Federal e da União.

XV - Analisar, discutir e aprovar o relatório de gestão, com a prestação de contas e informações financeiras, repassadas em tempo hábil aos conselheiros, acompanhado do devido assessoramento.

XVI - Fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e dos serviços de

saúde e encaminhar os indícios de denúncias aos respectivos órgãos, conforme legislação vigente.

XVII - Examinar propostas e denúncias de indícios 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.

XVIII - Estabelecer critérios para a determinação de periodicidade das Conferências de Saúde, propor sua convocação, estruturar a comissão organizadora, submeter o respectivo regimento e programa ao Pleno do Conselho de Saúde correspondente, explicitando deveres e papéis dos conselheiros nas pré-conferências e conferências de saúde.

XIX - Estimular articulação e intercâmbio entre os Conselhos de Saúde e entidades governamentais e privadas, visando à promoção da Saúde.

XX - Estimular, apoiar e promover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas na área de saúde pertinentes ao desenvolvimento do Sistema Único de Saúde – SUS.

XXI - Estabelecer ações de informação, educação e comunicação em saúde e divulgar as funções e competências do Conselho de Saúde, seus trabalhos e decisões por todos os meios de comunicação, incluindo informações sobre as agendas, datas e local das reuniões.

XXII - Apoiar e promover a educação para o controle social. Constarão do conteúdo programático os fundamentos teóricos da saúde, a situação epidemiológica, a organização do SUS, a situação real de funcionamento dos serviços do SUS, as atividades e competências do Conselho de Saúde, bem como a Legislação do SUS, suas políticas de saúde, orçamento e financiamento.

XXIII - Aprovar, encaminhar e avaliar a política para os Recursos Humanos do SUS.

XXIV - Acompanhar a implementação das deliberações constantes do relatório das plenárias dos conselhos de saúde.

Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Ficam revogadas as Resoluções do CNS de nº 33/1992 e a de nº 319/2002.

HUMBERTO COSTA

Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução CNS Nº 333, de 04 de novembro de 2003, nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991.

HUMBERTO COSTA

Ministro de Estado da Saúde

ANEXO 2

REGIMENTO INTERNO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TERESINA

CAPÍTULO I

DA DEFINIÇÃO E COMPETÊNCIAS

Art. 1º - O Conselho Municipal de Saúde de Teresina CMS concebido de acordo com a Lei 2.046 de 25/04/1991, constitui-se de caráter permanente e deliberativo, de instância colegiada de gestão da saúde no âmbito do Município, composto por representantes das instituições públicas, dos prestadores de serviços de saúde e dos usuários, cuja representação será partidária em relação ao conjunto dos demais segmentos e atua na formulação de estratégias e no controle da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

Art. 2º - Compete ao Conselho Municipal de Saúde:

I - Elaborar estratégias, acompanhar, fiscalizar, avaliar e deliberar a execução da política de saúde do SUS/Teresina;

II - Analisar, propor e deliberar sobre o Plano de Ações de Saúde para o Município e a respectiva Proposta Orçamentária;

III - Assegurar um fluxo permanente de informação para população, a respeito da política de saúde do Município;

IV - Oferecer condições de acesso à população sobre as condições de saúde, às informações os determinantes da saúde e da doença, que sejam necessários à elaboração de um trabalho conjunto, onde todos os segmentos da sociedade tenham sua autonomia preservada.

V - Propor diretrizes para uma política de Recursos Humanos em conjunto com as instituições formadoras/qualificadoras da força de trabalho específica para o setor, de nível médio superior, de modo a promover a adequação de Pessoal ao Modelo Assistencial definido para o SUS.

VI - Incentivar, fiscalizar e controlar a efetivação do P.C.C.S., de modo a resguardar os princípios definidos para o SUS sobre recrutamento, seleção, contratação e promoção da atividade profissional;

VII - Estimular a elaboração de projetos e pesquisas, promover estudos e debates relacionados com a problemática de saúde da população;

VIII - Promover vistoria em qualquer estabelecimento de saúde no território municipal, através de Comissões Especiais designadas pelo Conselho;

IX - Formar Comissões Específicas para acompanhamento e avaliação das metas propostas no Plano de Saúde, a cada ano.

X - Formar Comissão Específica para avaliar o dispêndio financeiro da Secretaria Municipal de Saúde, a cada trimestre;

XI - Manter intercâmbio com os Conselhos de Saúde a níveis nacional, estadual e de outros municípios;

XII - Viabilizar a realização de conferências municipais de saúde, bem como estimular a participação do Município de Teresina em conferência estadual e nacional;

XIII - Convocar extraordinariamente a Conferência Municipal de Saúde, de acordo com § 2º do artigo 1º, Lei 2.046, de 25.04.91;

XIV - Elaborar seu Regimento Interno e suas notificações, submetendo-os à aprovação e a maioria absoluta.

CAPÍTULO II

DA COMPOSIÇÃO

Art. 3º- O Conselho Municipal de Saúde compõe-se de trinta (30) representantes, com respectivos suplentes, sendo oito (08) representantes das Instituições Públicas, sete (07) representantes dos Prestadores de Serviços de Saúde e quinze (15) representantes dos usuários, sem direito a qualquer forma de remuneração, com mandato de dois (02) anos.

§ 1º - Os representantes das Instituições Públicas serão indicados pelas suas respectivas Instituições;

§ 2º - Os representantes dos Prestadores de Serviços, assim como representantes dos usuários, serão escolhidos sem Plenárias, de acordo com o § 5º do Art. 2º da Lei 2.046, de 25/04/ 91.

Art. 4º - O Conselho Municipal de Saúde tem a seguinte estrutura e composição:

- I - Órgão Colegiado
- II - Secretária Executiva

Art. 5º - A Secretaria Executiva do Conselho Municipal de Saúde, será constituída pelo Presidente do Conselho Municipal de Saúde e pelo Secretário Executivo, designado pelo Secretário Municipal de Saúde, nos termos do Art. 4º, da Lei 2.046, de 25//04/91, do Executivo Municipal.

CAPÍTULO III

DO ÓRGÃO COLEGIADO

Art. 6º - São atribuições específicas dos membros:

I - Participar das reuniões ordinárias e extraordinárias para as quais for convocado, justificando na 1ª sessão subsequente à sua ausência ou as faltas por ventura ocorridas;

II - Em caso de impedimento, comunicar à Secretaria Executiva para que esta convoque o respectivo suplente em 48 (quarenta e oito) horas, a necessidade de sua participação nas sessões e trabalhos;

III - Appreciar como relator, quando designado pelo Colegiado, os processos que lhe forem distribuídos e, sobre os mesmos: emitir parecer conclusivo, promover instruções, cumprir em prazos determinados às diligências designadas pelo Conselho, assim como responder a consulta encaminhadas, sobre a temática por qualquer conselheiro;

IV - Exercer o direito de votar e ser votado, dentro dos princípios instituídos neste Regimento Interno;

V - Representar o Conselho Municipal de Saúde quando designado pelo Presidente o Colegiado;

VI - Exercer qualquer atribuição que lhe for conferida pelo Conselho;

VII - Encaminhar à Secretaria Executiva, para as providências, pedido de convocação de reuniões extraordinárias para discussão de assuntos relevantes e urgentes, através de solicitação;

VIII - Solicitar diligências em processos que não estejam suficientemente instituídos.

IX - Denunciar aos órgãos responsáveis as situações prejudiciais à saúde; caso não ocorra resolução, a denúncia será diligenciada pelo Conselho;

X - Requerer justificadamente, que constes da pauta das sessões, assunto que devam ser objeto de discussão e solução, assim como a concessão de preferência para o exame de matérias urgentes e relevantes;

XI - Secretariar as reuniões quando indicadas pelo Conselho;

XII - Cumprir este Regimento Interno.

CAPÍTULO IV

DA SECRETARIA EXECUTIVA

Art. 7º - Secretaria Executiva reunir-se-á ordinariamente 2 (duas) vezes por mês e, extraordinariamente por convocações do Presidente.

Art. 8º - Compete especificamente:

1 - Ao Presidente do Conselho:

- a) representar o Colegiado;
- b) convocar reuniões ordinárias e extraordinárias;
- c) presidir reuniões de trabalho;
- d) aprovar previamente a pauta das sessões, organizada previamente pelo Secretário;
- e) Exercer, as sessões, o direito de voto comum; o de qualidade, no caso de empate; tendo a prerrogativa de deliberar “ad referendum” do Plenário;
- f) Zelar pelo bom funcionamento do Conselho e a plena execução de suas decisões;
- g) Resolver questões de ordem;
- h) Promover a articulação do CMS com o Conselho Estadual de Saúde;
- i) Indicar o Secretário Executivo;
- j) Cumprir e fazer cumprir as decisões do Conselho;

1) Nos seus impedimentos o Presidente do Conselho será substituído pelo Superintendente da Fundação Municipal de Saúde.

II - Ao Secretário Executivo compete:

- a) organizar previamente as datas das sessões para aprovação do Presidente;
- b) assinar, juntamente com o Presidente, as atas das reuniões plenárias da Secretaria Executiva;

- c) veicular junto às articulações e órgãos de comunicação de massas, as decisões de interesse da população;
- d) Organizar e coordenar todo o trabalho administrativo do Conselho;
- e) Tomar as providências necessárias para a instalação e funcionamento das sessões;
- f) Providenciar a distribuição de cópias da ata da última sessão, aos membros do Conselho, assim como a ordem do dia da sessão a ser realizada, com a antecedência mínima de setenta e duas horas, sendo que esta deve ser o nosso prazo, publicada nos órgãos de comunicação;
- g) Diligenciar junto aos órgãos técnicos e administrativos integrados ao SUS/Municipal, a instrução de processos e o atendimento de informações solicitadas;
- h) Organizar e manter atualizados: fichário, correspondências e relatórios dos processos tramitados pela Secretaria Executiva.

CAPÍTULO V

DAS DELIBERAÇÕES

Art. 9º - As sessões plenárias instalar-se-ão com a presença da maioria de seus membros que deliberação pela maioria dos votos dos presentes.

§ 1º As decisões serão tomadas por maioria dos votos dos presentes, cabendo ao Presidente, o voto de qualidade, nos casos de empate;

§ 2º - Cada membro terá direito a um voto;

§ 3º - Cada sessão será iniciada com a leitura e a aprovação de Ata da sessão anterior.

Art. 10º - A pauta de cada sessão será aprovada pela maioria dos Conselheiros presentes, sendo que a inclusão ou exclusão de matérias para apreciação, deverá submeter-se ao processo de eleição e aprovação pela maioria dos Conselheiros presentes.

CAPÍTULO VI

DAS DECISÕES

Art. 11º - Serão registradas em Ata e expedidas através de resoluções.

Art. 12º - As resoluções de caráter normativo deverão ser homologadas pelo Secretário Municipal de Saúde, sendo dispensadas de tal procedimento, as deliberações recomendativas e diligenciadas.

CAPÍTULO VII

DA INVESTIDURA E PERDA DO MANDATO

Art. 13º - Os Conselheiros terão mandato de 2 (dois) anos, sendo permitido apenas, uma reeleição consecutiva.

Art. 14º - Os membros do CMS tomarão posse, em sessão solene, lavrando-se o termo, em livro próprio, assinado pelo Prefeito e pelos Conselheiros empossados.

Art. 15º - Perderá o mandato o Conselheiro que:

I - Deixar de comparecer a 03 (três) sessões consecutivas ou 06 (seis) intercaladas, por um período de um ano, sem justificativa, resguardados os casos consignados em Lei;

II - Formalizar seu pedido de renúncia do Conselho Municipal de Saúde;

III - For destituído do cargo quando representante nato ou designado junto ao Conselho.

CAPÍTULO VIII

DA SUBSTITUIÇÃO

Art. 16 - Quando dos impedimentos legal previsto em Lei, o Conselheiro deverá comunicar à Secretaria Executiva para que a mesma convoque o respectivo suplente.

Art. 17 - Nos impedimentos não previstos neste Regimento, o membro titular deverá comunicar à Secretaria Executiva e avisar o seu respectivo suplente, no prazo de 48 horas.

Art. 18 - Quando da renúncia ou afastamento definitivo do membro conselheiro titular, sua substituição será feita pelo respectivo suplente.

CAPÍTULO IX

DA INFRA-ESTRUTURA

Art. 19 - O Conselho Municipal de Saúde terá recursos repassados pela Secretaria Municipal de Saúde que assegure o seu funcionamento.

§ ÚNICO - A Secretaria Municipal definirá o local para funcionamento do Conselho, dotando-o de condições de infra-estrutura necessárias para o cumprimento dos seus objetivos.

CAPÍTULO X

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 20 - O presente Regimento Interno poderá ser alterado parcial ou totalmente, através de proposta expressa por 2/3 do Conselho.

Art. 21 - As propostas de alteração total ou parcial deste Regimento Interno, deverão ser apreciadas em reunião extraordinária do Conselho Municipal de Saúde, convocada por escrito, com antecedência mínima de 10 dias e aprovadas por 2/3 do Colegiado.

§ ÚNICO - As propostas de alteração de Regimento deverão ser encaminhadas por escrito, com antecedência mínima de 10 dias da reunião extraordinária, com o endosso de 2/3 dos Conselheiros.

CAPÍTULO XI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 22 – Os casos omissos e as dúvidas suscitadas na aplicação deste Regimento serão dirimidas por este Conselho.

Art. 23 – Este Regimento entrará em vigor a partir da data de sua publicação no Diário Oficial do Município, sendo revogadas as disposições em contrário.

Art. 24 – O Conselho Municipal de Saúde não deverá ter seus interesses atrelados a partidos políticos, credos religiosos ou qualquer fator que possa prejudicar seu desempenho.

Cria o CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TERESINA e dá outras providências.

O PREFEITO MUNICIPAL DE TERESINA, ESTADO DO PIAUÍ:

Faço saber que a Câmara Municipal de Teresina aprovou e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º - Fica criado o Conselho Municipal de Saúde de Teresina, (CMS – TE), instância colegiada de gestão da saúde, com funções deliberativas, normativas, fiscalizadoras e consultivas, no âmbito do município.

§ 1º - O CMS terá como objetivo básico a formulação de estratégias, controle e avaliação da Política Municipal de Saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros;

§ 2º - A Conferência Municipal de Saúde será convocada para estabelecer e avaliar a política municipal de saúde, ordinariamente, pelo Poder Executivo Municipal a cada dois anos e, extraordinariamente, quando necessário, pela Câmara Municipal ou pelo Conselho Municipal de Saúde, por requerimento de 2/3 de seus membros;

Art. 2º - Conselho Municipal de Saúde – CMS – TE – é composto de representantes das Instituições Públicas, dos prestadores de serviços de saúde e dos usuários.

§ 1º - O CMS – TE será composto de trinta membros titulares e cada titular terá seu suplente que o substituirá automaticamente em caso de afastamento temporário ou definitivo.

§ 2º - A representação dos usuários será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos com representação no Conselho.

§ 3º - Entende-se por representação dos usuários, a sociedade civil organizada.

§ 4º - O CMS – TE, presidido pelo Secretário Municipal de Saúde, tem a seguinte composição:

I - 08 representantes das Instituições Públicas:

- a) 01 Representante do Ministério da Saúde;
- b) 01 Representante da Universidade Federal do Piauí;
- c) 01 Representante da Secretaria de Estado da Saúde;
- d) 01 Representante da Câmara Municipal de Teresina;
- e) 04 Representantes da Prefeitura Municipal de Teresina.

II - 07 Representantes dos prestadores de serviços e saúde.

- a) 05 Representantes das Entidades Profissionais de Saúde;
- b) 01 Representante das Entidades Filantrópicas produtoras de serviços de saúde;
- c) 01 Representante das Entidades Privadas produtoras de serviços de saúde.

III - 15 Representantes dos Usuários:

- a) 05 Representantes das Entidades Sindicais de Trabalhadores, garantida a presença do Sindicato dos Servidores Municipais e da Central Sindical;
- b) 01 Representante de Entidades Sindicais Patronais;
- c) 07 Representantes de Entidades do Movimento popular, garantida a presença de Federação das Associações de Moradores;
- d) 02 Representantes de Entidades de Portadores de Patologias Especiais.

§ 5º - Os representantes referidos nos itens II e III do parágrafo anterior serão escolhidos em plenárias das entidades de cada setor, para mandato de duração de dois anos, com a presença de um observador CMS – TE, onde cada entidade terá direito a um voto e realizadas até trinta dias antes do término do mandato do Conselheiro a ser substituído;

§ 6º - Os Representantes das Instituições Públicas indicados pelas suas respectivas Instituições;

§ 7º - Os Representantes indicados ou eleitos para compor o CMS – TE, serão nomeados por Decreto do Prefeito Municipal;

§ 8º - Será dispensado o membro representante que, sem motivo justificado, deixar de comparecer a três reuniões consecutivas ou a seis intercaladas no período de um ano.

§ 9º - As funções de membro do CMS-TE não serão remuneradas, sendo seu exercício considerado relevante à preservação da saúde da população.

Art. 3º - O Conselho reunir-se-á, ordinariamente, uma vez por mês e extraordinariamente quando convocado pelo Presidente ou a requerimento da maioria dos seus membros.

§ 1º - As Sessões Plenárias do CMS – TE instalar-se-ão com a presença da maioria dos seus membros que deliberarão pela maioria dos votos dos presentes.

§ 2º - Cada membro terá direito a um voto.

§ 3º - O Presidente do Conselho Municipal de Saúde terá, além do voto comum, o de qualidade, bem assim a prerrogativa de deliberar ad referendum do Plenário.

§ 4º - As decisões do CMS – TE serão consubstanciadas em resoluções.

§ 5º - Os assuntos tratados e as deliberações tomadas em cada reunião, serão registradas em ata, a qual será lida e aprovada em reunião subsequente, devendo contar as posições majoritárias e as posições minoritárias com seus respectivos votantes.

Art. 4º - Atuará como Secretário do Conselho Municipal de Saúde, cumulativamente, um ocupante de cargo comissionado da estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde, designado pelo Secretário Municipal de Saúde, através de Portaria.

Art. 5º - Nos seus impedimentos o Presidente do CMS – TE será substituído pelo Superintendente da Fundação de Saúde.

Art. 6º - O CMS – TE poderá convidar entidades, autoridades, cientistas e técnicos, para colaborarem em estudos ou participarem de comissões instituídas no âmbito do próprio CMS – TE, sob a coordenação de um dos membros.

Parágrafo Único - As comissões terão a finalidade de promover estudos com vistas à compatibilização de políticas e programas de interesse para saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

Art. 7º - Compete ao CMS – TE:

I – Planejar, deliberar, avaliar e controlar a política de Saúde do Município;

II - Desenvolver proposta de ações dentro das diretrizes básicas e prioritárias, com vista a implantação e consolidação do SUS – TE;

III - Garantir a participação e o controle popular através da sociedade civil organizada nas instâncias colegiadas gestoras das ações de saúde;

IV - Analisar, fiscalizar e deliberar sobre o funcionamento do SUS – TE;

V - Divulgar o SUS-TE junto à população, às instituições públicas e entidades privadas;

VI - Estabelecer instruções e diretrizes gerais para formação de instâncias gestoras de nível local, nos serviços públicos e nos serviços privados, conveniados ou credenciados, na área de saúde;

VII - Analisar, avaliar e aprovar o Plano Municipal de Saúde;

VIII - Apreciar e deliberar a incorporação ou exclusão ao SUS de serviços privados e/ou pessoas físicas, de acordo com as necessidades de assistência à população do respectivo sistema local e da disponibilidade orçamentária;

IX - Acompanhar e controlar a atuação do setor privado da área de saúde credenciado mediante contrato ou convênio;

X - Analisar, propor e deliberar sobre as prioridades orçamentárias e operacionais do SUS – TE;

XI - Apreciar e avaliar a capitação e utilização dos recursos do Fundo Municipal de Saúde;

XII - Apreciar e aprovar a proposta orçamentária do SUS-TE;

XIII - Solicitar cópias de balancetes dos recursos pertencentes ao Fundo Municipal de Saúde;

XIV - Apreciar e deliberar sobre a prestação de contas, no nível municipal, encaminhado pela Secretaria Municipal de Saúde;

XV - Fiscalizar a alocação dos recursos econômicos, financeiros, operacionais e humanos dos órgãos institucionais integrantes do SUS-TE, para melhor exercitar suas atividades a atender eficientemente as necessidades da população na área de saúde, conforme as prioridades orçamentárias;

XVI - Conhecer os registros atualizados dos quadros de pessoal dos órgãos integrantes do SUS/TE;

XVII - Manter articulação com as diversas instituições integrantes do SUS-TE;

XVIII - Analisar e deliberar sobre os critérios gerais de controle de metas, produtividade, recomendando mecanismos claramente definidos para correção das distorções, tendo em vista o atendimento pleno das necessidades da população;

XIX - Incentivar e promover a realização de estudos, investigação e pesquisas sobre as causas, prevenção e controle de saúde.

Art. 8º - A organização e funcionamento do Conselho Municipal de Saúde serão disciplinados no Regimento Interno, a ser aprovado pelo Prefeito Municipal, no prazo de trinta dias, contados da publicação desta Lei.

Art. 9º - O poder Executivo instalará o CMS-TE dentro de sessenta dias (60), a partir da data de publicação da presente Lei, devendo as plenárias a que se refere o § 5º do artigo 2º ser convocados no prazo de quarenta (40) dias, com a presença de um observador da Secretaria Municipal de Saúde.

Art. 10º - Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação.

Art. 11º - Revogam-se todas as disposições em contrário.

Gabinete do Prefeito Municipal de Teresina, em 25 de abril de 1991.

HERÁCLITO FORTES

Prefeito de Teresina

Esta Lei foi sancionada e numerada aos vinte e cinco dias do mês de abril do ano de mil novecentos e noventa e um.

JOSÉ EDUARDO PEREIRA FILHO

Secretário Chefe de Gabinete

ANEXO 3

QUESTIONÁRIO

Caro (a) (ex) conselheiro (a),

Este questionário é muito importante para a concretização de minha pesquisa sobre a atuação do Conselho Municipal de Saúde de Teresina como instrumento de controle social na política de saúde local. Utilizarei as informações que você me prestar para avaliar em que medida o conselho tem, efetivamente, contribuído, se ele representa os interesses da sociedade da forma que a legislação dispôs e se recebe o devido respeito por parte do órgão gestor da política de saúde.

Muitas das respostas que você me dará já são do meu conhecimento, como ex -secretária executiva do CMS/TE e servidora da FMS/TE. Entretanto, aqui estou no papel de pesquisadora, devendo me manter fora do objeto de estudo.

Você foi escolhido para ser entrevistado em função da postura no Conselho. Conheço o seu trabalho como conselheiro, e sei que poderá contribuir bastante para esta avaliação.

I - OPERACIONALIZAÇÃO/REPRESENTAÇÃO

- 1 Como são escolhidos os membros do Conselho Municipal de Saúde de Teresina?
- 2 Quais as atribuições dos conselheiros?
- 3 Por que você se propôs a ser conselheiro?
- 4 Há quanto tempo (ou por quanto tempo) você é (foi) membro do CMS/TE e qual segmento, entidade/instituição representa(va)?
- 5 Quais os interesses que sua entidade defende junto ao CMS/TE? Ou: Qual o objetivo da participação de sua entidade no Conselho?
- 6 Você consulta(va) a entidade/instituição que representa (va), antes de decidir sobre alguma proposta?
- 7 Como os conselheiros socializam experiência, propostas e idéias?
- 8 Qual a importância das diferentes comissões para a atuação do Conselho?
- 9 Como se dá a relação entre os segmentos, no interior do Conselho?
- 10 Como se dá a relação entre os conselheiros e o gestor, ao longo das diferentes administrações?

- 11 Você sente dificuldade de entender as propostas apresentadas pela Fundação Municipal de Saúde?
- 12 Você percebe que alguns conselheiros têm dificuldade de entender as propostas apresentadas pela Fundação Municipal de Saúde?
- 13 Você entende que a falta de instrução de alguns conselheiros pode representar dificuldade para o entendimento de propostas ou apresentação de idéias?
- 14 Você considera que a sociedade exerce influência sobre as decisões do CMS/TE? Como?
- 15 Você observa que as decisões do CMS/TE exercem algum impacto sobre a sociedade? Se responder sim, cite algumas decisões que tenham causado impacto sobre a sociedade.
- 16 Porque a sociedade não participa das atividades/reuniões do Conselho, já que estas são abertas ao público?
- 17 Quais as dificuldades que o conselheiro enfrenta no momento de apresentar ou votar propostas?

II - CONTROLE SOCIAL

- 18 Como é formulada a política de saúde no município de Teresina?
- 19 Quais os mecanismos de pressão de que o Conselho dispõe para fazer valer suas propostas ou resoluções?
- 20 Os conselheiros visitam as Unidades de Saúde? Por quê?
- 21 Como o Conselho se organiza para elaborar a política de saúde do município?
- 22 Em que momento o conselheiro pode contribuir ou interferir na elaboração da política de saúde?
- 23 Quais os mecanismos de acompanhamento e controle da política de saúde?
- 24 Quais os momentos de deliberação sobre políticas e programas?
- 25 Qual a sua visão sobre o gestor municipal não ser o presidente do Conselho? (De acordo com a Resolução CNS 333/03).
- 26 Qual a sua idéia de controle social em saúde?
- 27 Você considera que o Conselho Municipal de Saúde de Teresina contribui de forma efetiva para a política de saúde no município? Por quê?
- 28 Na sua opinião, o Conselho Municipal de Saúde de Teresina tem tido maturidade para discutir e propor estratégias de políticas?
- 29 Como a Fundação Municipal de Saúde recebe as interferências ou sugestões dos conselheiros?
- 30 Faça um comentário sobre o Conselho Municipal de Saúde de Teresina ou sobre o que você gostaria que fosse modificado ou perpetuado na sua forma de atuação (Relações com a instituição gestora do SUS, representatividade, forma de escolha dos conselheiros, capacitação de conselheiros, encaminhamento de propostas, cumprimento de propostas e Resoluções etc.).

QUESTIONÁRIO

Caro (a) (ex) gestor (a) do SUS no município de Teresina,

Este questionário é muito importante para a concretização de minha pesquisa sobre a atuação do Conselho Municipal de Saúde de Teresina como instrumento de controle social na política de saúde local. Utilizarei as informações que você me prestar para avaliar em que medida o conselho tem, efetivamente, contribuído, se ele representa os interesses da sociedade da forma que a legislação dispôs e se recebe o devido respeito por parte do órgão gestor da política de saúde.

Muitas das respostas que você me dará já são do meu conhecimento, como ex -secretária executiva do CMS/TE e servidora da FMS/TE. Entretanto, aqui estou no papel de pesquisadora, devendo me manter fora do objeto de estudo.

Conto com você para contribuir para a credibilidade deste trabalho que pretende apresentar a situação do controle social na política de saúde em Teresina de forma isenta e verdadeira.

I - OPERACIONALIZAÇÃO/REPRESENTAÇÃO

- 1 Como são escolhidos os membros do Conselho Municipal de Saúde de Teresina?
- 2 Quais as atribuições dos conselheiros?
- 3 Por quanto tempo você foi gestor do SUS no município de Teresina?
- 4 Quais os motivos da participação da Fundação Municipal de Saúde no Conselho Municipal de Saúde de Teresina?
- 5 Como os conselheiros socializam experiência, propostas e idéias?
- 6 Qual a importância das diferentes comissões para a atuação do Conselho?
- 7 Como se dá a relação entre os segmentos, no interior do Conselho?
- 8 Fale sobre a relação entre os conselheiros e o gestor, durante sua administração.
- 9 Você percebe que alguns conselheiros têm dificuldade de entender as propostas apresentadas pela Fundação Municipal de Saúde?
- 10 Você entende que a falta de instrução de alguns conselheiros pode representar dificuldade para o entendimento de propostas ou apresentação de idéias?
- 11 Você considera que a sociedade exerce influência sobre as decisões do CMS/TE? Como?
- 12 Você percebe que os conselheiros consultam a entidade/associação que representam, antes de decidir sobre qualquer proposta?

13 Você observa que as decisões do CMS/TE exercem algum impacto sobre a sociedade? Se responder sim, cite algumas decisões que tenham causado impacto sobre a sociedade.

14 Por que a sociedade não participa das atividades/reuniões do Conselho, já que estas são abertas ao público?

15 Você entende que o CMS/TE efetivamente representa a sociedade?

16 Quais as dificuldades que o Conselheiro enfrenta no momento de apresentar ou votar propostas?

17 A FMS/TE costuma operacionalizar as propostas apresentadas por conselheiros representantes da sociedade civil?

II - CONTROLE SOCIAL

18 Como é formulada a política de saúde no município de Teresina?

19 Quais os mecanismos de pressão de que o Conselho dispõe para fazer valer suas propostas ou resoluções?

20 Os conselheiros visitam as Unidades de Saúde? Porquê?

21 Como o Conselho se organiza para elaborar a política de saúde do município?

22 Em que momento o conselheiro pode contribuir ou interferir na elaboração da política de saúde?

23 Quais os mecanismos de acompanhamento e controle da política de saúde?

24 Quais os momentos de deliberação sobre políticas e programas?

25 Qual a sua visão sobre o gestor municipal ser o presidente do Conselho? (De acordo com a Resolução CNS 333/03).

26 Qual a sua idéia de controle social em saúde?

27 Qual a sua percepção sobre a participação dos representantes da sociedade civil no Conselho?

27 Você considera que o Conselho Municipal de Saúde de Teresina contribui de forma efetiva para a política de saúde no município? Por quê?

28 Na sua opinião, o Conselho Municipal de Saúde de Teresina tem tido maturidade para discutir e propor estratégias de políticas?

29 Como a Fundação Municipal de Saúde recebe as interferências ou sugestões dos conselheiros?

30 Quais as relações entre a Fundação Municipal de Saúde de Teresina e o Ministério da Saúde?

31 Quais as dificuldades que a municipalização da saúde trazem para um município como Teresina?

32 Faça um comentário sobre o Conselho Municipal de Saúde de Teresina ou sobre o que você gostaria que fosse modificado ou perpetuado na sua forma de atuação (Relações com a instituição gestora do SUS, representatividade, forma de escolha dos conselheiros, capacitação de conselheiros, encaminhamento de propostas, cumprimento de propostas e Resoluções etc.).

ANEXO 4

Decisões emanadas do plenário do Conselho Municipal de Saúde de Teresina

POLÍTICA DE SAÚDE/PROGRAMAS	
1994	Implementação e funcionamento da Central de Marcação de Consultas Informatizada, sob a responsabilidade do Município; solicitação à Secretaria Municipal de Serviços Urbanos para realização de desmatamento nas áreas de borrifação para combate ao mosquito transmissor do calazar (vigilância sanitária e epidemiológica); realização de trabalho educativo, pela Vigilância Sanitária da FMS, junto aos revendedores de frangos, no sentido de orientá-los sobre o correto manejo de produto e destino dos dejetos; localização e cadastro das pensões que abrigam doentes provenientes de outras cidades em busca de atendimento nos serviços de saúde de Teresina.
1995	—
1996	Apresentação do Plano de Ação da Fundação Municipal de Saúde para o ano de 1996; Campanha de Combate à Dengue; A implantação do Centro de Diagnóstico por Exames (Laboratoriais).
1997	Programa do Leite; Combate à mortalidade infantil em Teresina - qualidade da água para escolas e unidades de saúde da zona rural, marcação de consultas e realização de exames; Programa Saúde da Família.
1998	Aprovação da expansão do PACS para cobertura de toda a zona rural, vilas e favelas de Teresina; aprovação da instalação de 20 (vinte) equipes do PSF em Teresina; extensão do Programa do Leite a todas as crianças entre 23 e 59 meses de idade, desde que desnutridas; aprovação da expansão do nº de equipes do PSF para 40 equipes; instalação da UTI do HDIC.
1999	Fiscalização, debate e formulação de ações de melhoria nos serviços de hemodiálise, vigilância sanitária e controle de zoonoses; Central de Gerenciamento de Leitos.
2000	Aprovação do Plano de Combate às Carências Nutricionais; implantação do projeto de utilização de alimentação enriquecida contra a desnutrição, na região da Sta. Ma. da Codipi; aprovação da universalização do PSF em Teresina, com a criação de mais 150 equipes.
2001	Determinação para que todos os estabelecimentos conveniados com o SUS, privados e filantrópicos, passem a exibir, em local visível ao público, placa informativa; aprovação da adesão do município de Teresina ao Programa Nacional de Renda Mínima Vinculada à Saúde (Bolsa Alimentação).
2002	—
2003	Aprovação do projeto de construção do Pronto Socorro Municipal de Teresina; Aprovação da expansão do PSF; aprovação do Plano de Metas DST/AIDS; aprovação do Projeto de Atendimento Móvel de Urgência SAMU/TE.
2004	Aprovação do Regimento Interno da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar; aprovação, por unanimidade, do Plano de Ações e Metas para HIV/AIDS; aprovação do projeto do CAPS – Centro de Atenção Psico Social; aprovação do Projeto Municipal de Ajuste dos Recursos para Incentivo às Carências Nutricionais; aprovação da implantação de dois Centros de Referência em Saúde Bucal - CEO; aprovação do Plano de Metas para DST/AIDS 2004/2005; aprovação do Plano Municipal de Saúde Mental; aprovação do projeto de conclusão do Pronto Socorro Municipal de Teresina; aprovação do Projeto Perfil do Atendimento às Causas Externas em Teresina.

Quadro 1 – Política de Saúde/Programas.
 Fonte: Relatórios de Gestão da FMS/TE –1994-2004.

CONTROLE SOCIAL	
1994	Instalação de oito (08) Conselhos Locais de Saúde nas Unidades de Saúde do Buenos Aires, Água Mineral, São Francisco Norte, Santa Maria da Codipi, Km-06, Parque Piauí e Lourival Parente.
1995	Posse da 2ª gestão do Conselho Municipal de Saúde de Teresina; implantação e posse de 12 (doze) Conselhos Locais de Saúde.
1996	Realização da III Conferência Municipal de Saúde de Teresina.
1997	Realização de oficina de Planejamento de saúde; eleições para o Conselho municipal de saúde de Teresina; posse da nova gestão do Conselho Municipal de Saúde de Teresina 97/99, formação das Comissões do Conselho Municipal de Saúde de Teresina; Seminário de Capacitação dos Conselhos Locais e Municipais de Saúde.
1998	—
1999	Realização de plenária Municipal de Saúde; aprovação do Relatório de Gestão de 1998.
2000	Aprovação do Relatório de Gestão de 1999; vales transporte para os conselheiros.
2001	Aprovação, por unanimidade, do Relatório de Gestão 2000; Aprovação do Plano Plurianual de Trabalho da Fundação Municipal de Saúde de Teresina, referente ao quadriênio 2002 a 2005; eleições para novos membros do Conselho; capacitação de conselheiros.
2002	Aprovação da concessão de vales transporte aos conselheiros dos conselhos locais de saúde, para que possam participar de reuniões em benefício de suas comunidades; treinamento e capacitação de conselheiros; ofertas e utilização de consultas no SUS; vigilância sanitária em Teresina.
2003	Eleição de posse de conselheiros para a gestão 2003/2005; constituição das comissões de conselheiros para o biênio 2003/2005; Apreciação da prestação de contas da FMS/TE.
2004	Aprovação da criação de comissão para reformulação do regimento inteiro do CMS/TE; Cartilha SUS; justificativa de metas não contempladas e não cumpridas do Relatório de Gestão de 2003.

Quadro 2 – Controle Social.
 Fonte: Relatórios de Gestão da FMS/TE –1994-2004.

GESTÃO/FINANCIAMENTO	
1994	Normatização e divulgação, pela Fundação Municipal de Saúde, das regras de funcionamento de cada Unidade de Saúde, bem como dos serviços oferecidos à população.
1995	-
1996	Solicitação da Gestão Semi-Plena do SUS para o município de Teresina; apreciação da decisão da Comissão Bipartite sobre a Proposta da Gestão Semi-Plana apresentada pelo município de Teresina; contratos e Convênios/Tetos Financeiros; teto de AIH's de Teresina.
1997	Conta única dos hospitais do Estado; Financiamento do SUS em Teresina; Reprogramação dos tetos financeiros; contratos, convênios e credenciamento.
1998	Aprovação de projetos da FMS/REFORSUS para captação de recursos para unidades de saúde municipais, para renovação da frota do SOS/Teresina e para implantação da UTI Móvel no SOS/Teresina.
1999	-
2000	-
2001	Aprovação do município de Teresina à condição de Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, de acordo com a Norma Operacional de Assistência à Saúde, NOAS/SUS 01/01 e Portaria n°95, de 26/01/01.
2002	Credenciamento de clínicas e laboratórios ao SUS; credenciamento ao SUS do Hospital Universitário da UFPI.
2003	-
2004	Regulamentação da Emenda Constitucional 29.

Quadro 3 – Gestão/Financiamento
Fonte: Relatórios de Gestão da FMS/TE –1994-2004.

RECURSOS HUMANOS	
1994	Aprovação do número de vagas e categorias para concurso público.
1995	-
1996	Plano de Cargos e Salários da Fundação Municipal de Saúde.
1997	Produtividade dos servidores do município; PSF - inserção de profissionais nas equipes do PSF, forma de contratação dos profissionais do PSF e política salarial.
1998	Estabelecimento de gratificação por produtividade para todos os servidores ativos lotados nas Unidades de Saúde pertencentes à rede municipal de Saúde de Teresina.
1999	Contratação/terceirizações.
2000	-
2001	Realização de Fórum sobre Ética no SUS.
2002	Elevação, de 30% para 35%, do percentual da produtividade a ser repassado aos servidores que trabalham no setor de radiologia e ultra-som; produtividade dos técnicos e radiologia, nos exames de imagem excedentes; recursos humanos no SUS.
2003	-
2004	Aprovação de não desconto dos dias não trabalhados de servidores que aderiram à greve dos servidores municipais.

Quadro 4 – Recursos Humanos

Fonte: Relatórios de Gestão da FMS/TE –1994-2004.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)