

3ª Edição



Ministério Público,

Conselhos Municipais de Saúde e Noções Gerais

Sobre o Sistema Único de Saúde (SUS)

DEZEMBRO 2017

RJ

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Elaborada em 2010 por:

6º Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Tutela Coletiva
Centro de Estudos Jurídicos
Fundação Escola Superior do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro
Grupo de Apoio Técnico – GATE Saúde

Atualizada em 2017 por:

Centro de Apoio Operacional de Promotorias de Justiça de Tutela Coletiva de Defesa da Saúde

Dezembro de 2017 – RJ

Procuradoria-Geral de Justiça do Estado do Rio de Janeiro

Procurador-Geral de Justiça:

José Eduardo Ciotola Gussem

Subprocuradoria-Geral de Justiça de Administração:

Eduardo da Silva Lima Neto

Subprocuradoria-Geral de Justiça de Planejamento Institucional:

Leila Machado Costa

Centro de Apoio Operacional de Promotorias de Justiça de Tutela Coletiva de Defesa da Saúde

Coordenação:

Denise da Silva Vidal

Subcoordenação:

Carina Fernanda Gonçalves Flaks

Elaboradores da cartilha:

Carla Carrubba

Vanessa Quadros Soares Katz

Patrícia Hauer Duncan

Leandro Silva Navega

Luiz Cláudio Carvalho de Almeida

Renata Neme Cavalcanti

Tânia Fonseca

Projeto gráfico e diagramação:

Jhonny F. Rodrigues

ÍNDICE

APRESENTAÇÃO.....	6
1. O MINISTÉRIO PÚBLICO. A ATUAÇÃO E A ESTRUTURAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO NA TUTELA DA SAÚDE.....	9
1.1. O MINISTÉRIO PÚBLICO.....	9
1.2. A ATUAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO NA TUTELA DA SAÚDE	10
1.3. DOS ÓRGÃOS DE EXECUÇÃO COM ATRIBUIÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO NA ÁREA DE SAÚDE	11
1.4. O IDOSO E O DIREITO À SAÚDE	22
1.5. CONCLUSÃO.....	27
2. NOÇÕES GERAIS SOBRE O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS	29
2.1. A ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NO SUS.....	30
2.1.1 <i>Infraestrutura para a Atenção Básica:</i>	38
2.1.2 <i>Tipos de unidades e equipamentos de Saúde</i>	39
2.1.3 <i>Indicadores de acompanhamento da atenção básica</i>	41
2.1.4 <i>Pacto pela saúde</i>	42
2.2. ATENÇÃO ESPECIALIZADA:.....	47
2.2.1 <i>Média complexidade:</i>	47
2.2.2 <i>Alta complexidade:</i>	47
2.2.3 <i>Regulação:</i>	48
2.3. ATENÇÃO HOSPITALAR:	48
2.4. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA:	49
2.4.1 <i>Assistência Farmacêutica Básica:</i>	50
2.4.2 <i>Medicamentos Excepcionais:</i>	50
2.5. GESTÃO DO TRABALHO:.....	51
2.6. CONVÊNIOS:.....	51
2.7. VIGILÂNCIAS:.....	51
2.8. MECANISMOS DE CONTROLE SOCIAL.....	52
3. O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE	54
3.1. HISTÓRICO E DEFINIÇÃO.....	54
3.2. CRIAÇÃO E NATUREZA JURÍDICA DOS CONSELHOS DE SAÚDE	55
3.3. ATRIBUIÇÕES DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE	56

3.4.	LEGISLAÇÃO APLICÁVEL.....	60
3.5.	COMPOSIÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE	61
3.6.	O QUE É NECESSÁRIO PARA A OPERACIONALIZAÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE?	66
3.7.	A CHEFIA DO CONSELHO DE SAÚDE.....	71
3.8.	SECRETARIA EXECUTIVA, ORÇAMENTO E INFRAESTRUTURA.....	73
3.9.	FORMAÇÃO E CAPACITAÇÃO PARA OS CONSELHEIROS MUNICIPAIS	75
4.	CONSELHEIROS MUNICIPAIS DE SAÚDE: RESPONSABILIDADES, DIREITOS E DEVERES.....	75
5.	SITUAÇÕES QUE DEMANDARIAM A ATUAÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE. CASUÍSTICA.....	81
6.	O MINISTÉRIO PÚBLICO E OS CONSELHOS DE SAÚDE.....	82
7.	OS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE NO BRASIL.....	84

APRESENTAÇÃO

Essa cartilha foi elaborada para servir de instrumento de apoio à atuação dos Promotores de Justiça e Conselheiros Municipais de Saúde aprimorando a interlocução entre os respectivos órgãos na missão de fiscalização das ações e serviços públicos de saúde.

Originada do antigo 6º Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Tutela Coletiva, e elaborada por primorosos integrantes da Instituição como os Promotores de Justiça Carla Carrubba, Vanessa Katz, Patrícia Hauer, Leandro Navega, Luiz Cláudio Carvalho de Almeida, Renata Neme Cavalcanti e a Médica Doutora Tânia Fonseca, estamos realizando a atualização em nova edição por demanda dos Conselhos de Saúde, desta feita contemplando as alterações legislativas do marco normativo que regulamenta os Conselhos.

Além disto, o projeto previa a realização de vários encontros, nas diversas comarcas do Estado, aonde os Promotores de Justiça, juntamente com o GATE – Grupo de Apoio Técnico Pericial, apresentavam o Ministério Público, a forma de organização da Instituição, a legislação para estruturação dos Conselhos Municipais de Saúde e, nesta primeira etapa, se priorizou o acompanhamento das ações na Atenção Básica à Saúde (responsabilidade municipal).

O projeto foi um marco na atuação do Ministério Público na tutela da saúde, visto que abriu um canal de diálogo entre os Conselhos Municipais de Saúde e os órgãos locais do Parquet, possibilitando uma fiscalização coordenada, o que resultou em sua premiação como iniciativa no Prêmio Conselho Nacional do Ministério Público - CNMP em 2014, na categoria “Diminuição da Criminalidade e da Corrupção”. Trata-se do reconhecimento de que a sociedade participante pode prevenir a corrupção e a má gestão nessa área essencial de serviços públicos.

A atuação conjunta e coordenada confere maior força e eficiência aos órgãos de controle. A proximidade do Ministério Público com os órgãos participativos demonstra um exercício pleno da democracia, bem como, concretiza o objetivo constitucional da criação do Ministério Público Brasileiro.

O Conselho Municipal de Saúde forte e independente obriga o gestor público a atuar com mais responsabilidade, respeitando a existência dos órgãos participativos de controle e sentindo de perto os anseios da sociedade.

A elaboração de uma cartilha sedimenta o vínculo entre o Ministério Público e os Conselhos Municipais de Saúde e permite que eventuais mudanças na composição dos órgãos participativos não alterem o presente projeto.

A fragilidade da democracia representativa como o único processo legitimador da ordem jurídica e das políticas públicas é fato incontestável. A democracia participativa é a forma inovadora que pretende legitimar a atuação estatal, possibilitando a participação popular nas definições dos rumos das políticas de estado.

A discussão teórica e doutrinária sobre o tema é bastante enriquecida, entretanto, verifica-se uma grande dificuldade na operacionalização das formas de participação popular.

Não existem dúvidas de que a participação popular é uma questão política relacionada ao grau de amadurecimento cívico e efetivação da democracia do país. A Constituição Federal e o conjunto de leis, por si só, não concretizam tal participação.

A doutrina moderna verifica três problemas que dificultam a real participação popular:

- a) Falta de estímulo para ação cidadã;
- b) A falta de vontade da participação cidadã;
- c) A impossibilidade da participação cidadã.

A falta de estímulo na participação dos cidadãos ocorre em razão de vários fatores, como: a falta de um canal de comunicação direto em face do aparato estatal, o total desprezo do Poder Público com os Conselhos, a falta de respostas às solicitações e indagações realizadas, o atropelo no momento da definição das políticas públicas, etc.

O excesso de formalismo administrativo, a falta de esclarecimentos sobre os direitos e deveres das partes no processo de participação popular, a complexidade das matérias discutidas sem nenhum tipo de capacitação vêm impossibilitando de forma clara a participação popular.

Neste ponto, o Ministério Público, que possui o dever constitucional de defesa da ordem democrática, torna-se o principal instrumento de ligação dos Conselhos Estadual e Municipais de Saúde com os órgãos de controle.

As garantias constitucionais conferidas aos membros do Ministério Público, agregadas à participação popular independente nos Conselhos, consubstanciam uma forma importantíssima de controle e fiscalização do Poder Público.

Com esse objetivo, a interlocução com os conselheiros de saúde procurará, principalmente, criar um vínculo entre o membro do Ministério Público da cidade e os conselheiros, bem como estimular a participação de outros cidadãos nos órgãos que definem as políticas públicas.

1. O Ministério Público. A atuação e a estruturação do Ministério Público na Tutela da Saúde

1.1. O Ministério Público

De acordo com a Constituição Federal de 1988, o Ministério Público é instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis”.

Em palavras simples, o Ministério Público é o advogado da sociedade, tutelando os interesses sociais e individuais indisponíveis. Cabe a ele exigir dos poderes públicos e dos particulares o respeito aos direitos elencados na Constituição, promovendo as medidas necessárias à sua garantia.

O Ministério Público não está subordinado a nenhum dos três Poderes da República. É uma instituição independente, que goza de autonomia. É uma instituição do Estado, mas não do governo. Isto é essencial para a defesa da sociedade, porque esta tarefa pode, em certas circunstâncias, significar a contraposição a decisões ou determinações dos Poderes Executivo, Legislativo ou Judiciário.

É, portanto, a instituição a que a nossa Constituição atribui a defesa da sociedade, estando sempre voltada para as causas e os interesses públicos.

São funções institucionais do Ministério Público, entre outras, promover o inquérito civil e a ação civil pública para a proteção do patrimônio público e social, do meio ambiente e de outros interesses coletivos.

Interesses coletivos são aqueles chamados metaindividuais, ou seja, que pertencem a diversas pessoas. Exemplos de interesses metaindividuais, ou coletivos *lato sensu*, são o

direito à saúde, ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, ao uso honesto do dinheiro público, entre outros.

1.2. A atuação do Ministério Público na Tutela da Saúde

O artigo 196 da Constituição Federal estabeleceu que a saúde é direito de todos e dever do Estado.

A garantia da saúde está logo em seguida disposta pela ação do Estado através de políticas públicas de promoção, proteção e recuperação, e por isso a estipulação de metas e programas a serem realizados pelo Estado e sociedade, já que em um Estado Democrático, os órgãos públicos têm caráter instrumental e a sociedade não está isenta de responsabilidade.

O Ministério Público como representante da sociedade e do Estado Democrático de direito, deve zelar pelo cumprimento da norma programática constitucional, dentro de uma nova ordem inaugurada cujo objetivo é a justiça social e distributiva, diminuindo as desigualdades sociais.

Enquanto direito subjetivo público universal de todos os cidadãos, cumpre ao Ministério Público como órgão de controle externo, prioritariamente agir fiscalizando e provocando a atuação dos responsáveis pela construção do SUS, interagindo para obter a efetivação de políticas públicas que sejam condizentes com a realidade dos usuários do sistema, especialmente objetivando a otimização de serviços e ações de saúde, com a qualidade e presteza, que atendam às necessidades.

A atuação pode ocorrer por recomendações, termos de ajustamento de conduta e, quando imprescindível, ações civis públicas, para implementar políticas públicas de saúde e regularizar a oferta de serviços já disponíveis, em todos os níveis de complexidade.

Nesse contexto, cumpre ainda ao Ministério Público promover as ações civis públicas de responsabilidade dos gestores e beneficiários por eventuais atos de improbidade

administrativa na gestão dos recursos aplicados às políticas públicas respectivas e omissões dos gestores, que violem princípios legais e constitucionais.

Enquanto estratégia institucional de atuação do Ministério Público é imprescindível à parceria com os Conselhos Municipais de Saúde ante a relevância de suas atribuições, além da prioridade de intervenção no âmbito da defesa coletiva das políticas públicas.

A informação também é ponto estratégico para promoção de saúde pública e melhoria de qualidade de vida das comunidades, sendo o Conselho de Saúde um dos entes legitimados a definir as principais demandas na área, permitindo a proximidade do Promotor de Justiça com as questões locais.

1.3. Dos órgãos de execução com atribuição do Ministério Público na área de saúde

O Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro possui diversos órgãos que tutelam o direito à saúde.

Inicialmente, para ajudar os Conselheiros na procura do Promotor de Justiça que poderá auxiliá-lo, faremos breve explanação sobre a divisão de trabalho hoje existente no Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro.

Em regra, todas as investigações relacionadas à política e aos serviços de saúde, bem como atos de improbidade administrativa nessa área, são realizadas pelas Promotorias de Tutela Coletiva. Cabe a essa Promotoria instaurar inquéritos civis para apurar possíveis irregularidades e, em sendo essas comprovadas, são ajuizadas ações civis públicas ou celebrados Termos de Ajustamento de Conduta.

Os objetos das investigações e das demandas judiciais variam desde, por exemplo, omissões do poder público na prestação dos serviços de saúde, más condições de

funcionamento de hospitais e demais unidades de saúde pública até a má aplicação de recursos, desvios de verbas, fraudes em concursos públicos e contratações, dentre outros.

Nos últimos anos, iniciou-se o processo de criação de Promotorias de Justiça de Tutela Coletiva especializadas na área de saúde, cuja atribuição é a defesa dos direitos transindividuais de saúde, ou seja, que digam respeito a uma coletividade de pessoas, e não apenas a um indivíduo.

Atualmente, existem sete órgãos de execução com atribuição exclusiva para tutela da saúde, no Estado do Rio de Janeiro:

➤ São as Promotorias de Tutela Coletiva da Saúde da Capital e Regiões Metropolitanas:

CAPITAL

1ª Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva da Saúde da Capital (Resolução GPGJ nº 2.091 de 31 de janeiro de 2017, art. 4º).

Atribuição para ações civis públicas, ações populares desde que conexas à ação civil pública, procedimentos, inquéritos civis e representações relativas a:

Acompanhamento integral da rede de atenção à urgência e emergência, incluídos os respectivos serviços móveis;

Questões internas das Unidades de Pronto Atendimento, do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e das Coordenações de Emergência Regionais, situadas na área territorial do Município do Rio de Janeiro, ressalvadas as atribuições dos artigos 5º, inciso I e 7º, inciso VI, desta Resolução;

Questões internas dos Hospitais Souza Aguiar, Miguel Couto, Evandro Freire, Getúlio Vargas, Salgado Filho, Carlos Chagas, Francisco da Silva Telles, Lourenço Jorge, Albert Schweitzer, Rocha Faria e Pedro II, bem como de outras unidades hospitalares, públicas ou

privadas complementares, destinadas preponderadamente ao atendimento de urgência e emergência e que venham a ser integradas à rede pública de saúde, na área territorial do Município;

Recursos humanos relacionados exclusivamente à área temática de urgência e emergência, incluindo os serviços móveis;

Atos de Improbidade Administrativa relacionada aos temas elencados acima, com ressalva ao disposto no artigo 9º da Resolução GPGJ nº 1681, de 21 de setembro de 2011.

2ª Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva da Saúde da Capital (Resolução GPGJ nº 2.091 de 31 de janeiro de 2017, art. 5º).

Atribuição para ações civis públicas, ações populares desde que conexas à ação civil pública, procedimentos, inquéritos civis e representações relativas a:

Acompanhamento integral da rede de atenção à saúde prisional, exclusivamente quanto à tutela coletiva, em unidade de saúde públicas e privadas complementares, incluídas de internação hospitalar, situadas na área territorial do Município do Rio de Janeiro;

O acompanhamento integral da rede de atenção à saúde mental, incluídos os respectivos serviços e ações voltados à população infanto-juvenil e as hipóteses de internação hospitalar, em unidades públicas e privadas complementares, situadas na área territorial do Município do Rio de Janeiro, ressalvadas as atribuições do art. 7º, inciso I, da Resolução 2091/2017;

O acompanhamento integral da área temática de cuidados prolongados de saúde, em unidades, em unidades públicas e privadas complementares, situadas na área territorial do Município do Rio de Janeiro, ressalvadas as atribuições do art. 7º, inciso I, e observado o disposto no art. 10 da Resolução 2.091/17.

Questões de recursos humanos relacionados exclusivamente às redes e áreas temáticas mencionadas nos tópicos anteriores.

Questões internas das unidades, públicas e privadas complementares, destinadas exclusivamente ao atendimento à saúde mental e à saúde prisional e com inscrição própria no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde;

Improbidade Administrativa relacionada aos temas elencados nos tópicos acima, com ressalva ao disposto no artigo 9º da Resolução GPGJ nº 1681, de 21 de setembro de 2011.

3ª Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva da Saúde da Capital (Resolução GPGJ nº 2.091 de 31 de janeiro de 2017, art. 6º).

Atribuição para ações civis públicas, ações populares desde que conexas à ação civil pública, procedimentos, inquéritos civis e representações relativas a:

Acompanhamento integral das áreas temática de oncologia, hematologia (hemorede), oftalmologia, reabilitação, saúde auditiva, diagnose (laboratório e imagem) e tuberculose, em unidades de saúde, públicas e privadas complementares, situadas na área territorial do Município do Rio de Janeiro, ressalvadas as atribuições do art. 7º, inciso I, da Resolução 2.091/2017;

Questões internas das unidades hospitalares, pré-hospitalares e policlínicas, públicas e privadas complementares, localizadas especificamente no território das Áreas de Planejamento 1, 2.1 e 2.2, definidas no Decreto Municipal nº 3.157/81 e posteriores alterações, ressalvados os Hospitais Adventista Silvestre, Instituto Estadual do Cérebro, Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro e as unidades referidas nos arts. 4º, incisos II e III, 5º, inciso V e 7º, incisos V e VI, da Resolução 2091/2017);

Questões de recursos humanos relacionadas exclusivamente à área temática mencionada no inciso I, do artigo 6º da Resolução 2.091/2017);

Questões relacionadas à Política de Regulação em Saúde na área territorial do Município do Rio de Janeiro, incluída a fiscalização das Centrais, Complexos e demais estruturas regulatórias;

Questões relacionadas ao planejamento, financiamento e gestão financeira dos recursos do Sistema Único de Saúde, na forma da Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

Atos de improbidade administrativa relacionados aos temas elencados neste artigo, com a ressalva do art. 9º da Resolução GPGJ nº 1.681, de 21 de setembro de 2011.

No exercício da atribuição para o planejamento, financiamento e gestão financeira dos recursos do Sistema Único de Saúde, incumbirá ao órgão de execução velar, dentre outros temas, pelos planos de saúde dos Governos do Estado e do Município do Rio de Janeiro, pelo financiamento das iniciativas em saúde nas suas leis orçamentárias, bem como pela gestão dos respectivos Fundos de Saúde e pela observância dos gastos mínimos legais e constitucionais.

4ª Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva da Saúde da Capital (Resolução GPGJ nº 2.091 de 31 de janeiro de 2017, art. 7º)

Atribuição para ações civis públicas, ações populares desde que conexas à ação civil pública, procedimentos, inquéritos civis e representações relativas a:

Acompanhamento integral da atenção primária à saúde, em unidades públicas e privadas complementares, situadas no Município do Rio de Janeiro;

Acompanhamento integral da atenção à saúde de crianças e adolescentes, incluídas a internação hospitalar e a atenção de média e alta complexidade, em unidades públicas e privadas complementares, situadas no Município do Rio de Janeiro, ressalvadas as atribuições dos arts. 4º, inciso I e 5º, inciso II, da Resolução GPGJ 2.091/2017;

Acompanhamento integral da atenção à saúde materna, especificamente quanto aos programas e serviços de pré-natal e de assistência ao parto e ao puerpério, em unidades públicas e privadas complementares, situadas no Município do Rio de Janeiro;

Questões de recursos humanos relacionadas exclusivamente às áreas temáticas mencionadas nos incisos nos tópicos anteriores acima;

Questões internas das unidades básicas de saúde;

5ª Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva da Saúde da Capital (Resolução GPGJ nº 2.091 de 31 de janeiro de 2017, art. 8º)

Acompanhamento integral das áreas temáticas de cardiologia, ortopedia, terapia renal substitutiva, neurologia, hanseníase, transplantes, terapia intensiva e HIV/AIDS, em unidades de saúde, públicas e privadas complementares, situadas no Município do Rio de Janeiro, ressalvadas as atribuições do art. 7º, inciso I, da Resolução 2.091/2017;

Questões internas dos Hospitais Adventista Silvestre, Instituto Estadual do Cérebro e Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro, bem como das unidades hospitalares, pré-hospitalares e policlínicas, públicas e privadas complementares, localizadas especificamente no território das Áreas de Planejamento 3.1, 3.2, 3.3, 4, 5.1, 5.2 e 5.3, definidas no Decreto Municipal nº 3.157/81 e posteriores alterações, ressalvadas aquelas referidas nos arts. 4º, incisos II e III, 5º, inciso V e 7º, incisos V e VI, da Resolução 2.091/2017);

Questões relacionadas às Conferências, Conselhos e demais instrumentos de controle social da saúde na área territorial do Município do Rio de Janeiro;

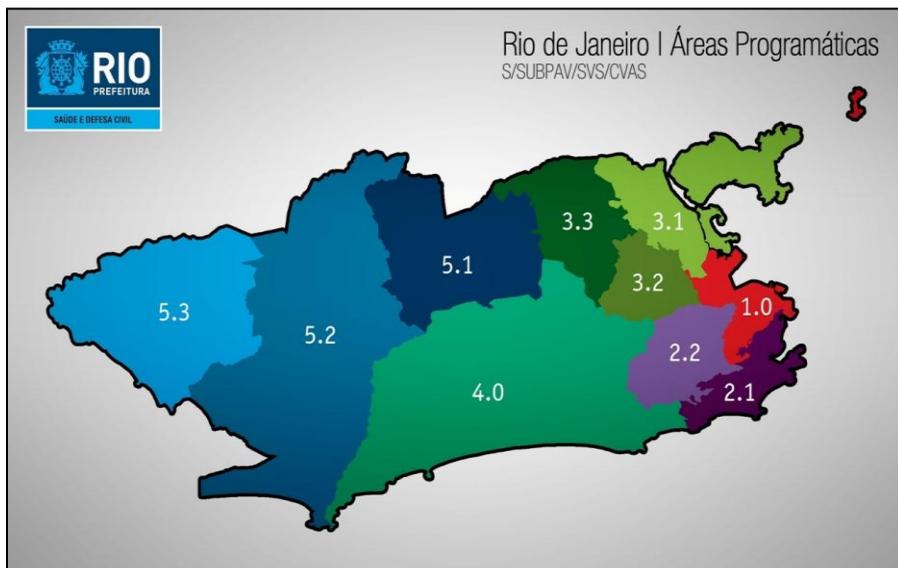
Questões relacionadas às atividades estadual e municipal de vigilância sanitária e epidemiológica em ações e serviços públicos de saúde, na área territorial do Município do Rio de Janeiro;

As questões de recursos humanos relacionadas exclusivamente às redes e áreas temáticas mencionadas nos incisos I e II, bem como para as questões gerais do Estado e do Município do Rio de Janeiro afetas à referida política em Saúde, ressalvadas as atribuições dos arts. 4º inciso IV, 5º, inciso IV, 6º, inciso III e 7º, inciso IV da Resolução 2.091/2017;

Questões afetas à política de assistência farmacêutica e de insumos e equipamentos em Saúde na área territorial do Município do Rio de Janeiro;

Improbidade administrativa relacionados aos temas elencados neste artigo, com a ressalva do art. 9º da Resolução GPGJ nº 1.681/11;

MAPA do Município do Rio de Janeiro com as áreas administrativas do Rio de Janeiro¹



AP 1.0 - Benfica, Caju, Catumbi, Centro, Cidade Nova, Estácio, Gamboa, Mangueira, Paquetá, Rio Comprido, Santa Teresa, Santo Cristo, São Cristóvão, Saúde e Vasco da Gama.

¹ Mapa das Áreas Programáticas do Município do Rio De Janeiro

AP 2.1 - Botafogo, Catete, Copacabana, Cosme Velho, Flamengo, Gávea, Glória, Humaitá, Ipanema, Jardim Botânico, Lagoa, Laranjeiras, Leblon, Leme, Rocinha, São Conrado, Urca e Vidigal.

AP 2.2 - Alto da Boa Vista, Andaraí, Grajaú, Maracanã, Praça da Bandeira, Tijuca e Vila Isabel.

AP 3.1 - Bonsucesso, Brás de Pina, Complexo do Alemão, Cordovil, Ilha do Governador, Jardim América, Manguinhos, Maré, Olaria, Parada de Lucas, Penha Circular, Penha, Ramos e Vigário Geral.

AP 3.2 - Abolição, Água Santa, Cachambi, Del Castilho, Encantado, Engenho da Rainha, Engenho de Dentro, Engenho Novo, Higienópolis, Inhaúma, Jacaré, Jacarezinho, Lins de Vasconcelos, Maria da Graça, Méier, Piedade, Pilares, Riachuelo, Rocha, Sampaio, São Francisco Xavier, Todos os Santos e Tomás Coelho.

AP 3.3 - Acari, Anchieta, Barros Filho, Bento Ribeiro, Campinho, Cascadura, Cavalcanti, Coelho Neto, Colégio, Costa Barros, Engenheiro Leal, Guadalupe, Honório Gurgel, Irajá, Madureira, Marechal Hermes, Oswaldo Cruz, Parque Anchieta, Parque Columbia, Pavuna, Quintino Bocaiuva, Ricardo de Albuquerque, Rocha Miranda, Turiaçu, Vaz Lobo, Vicente de Carvalho, Vila da Penha, Vila Kosmos e Vista Alegre.

AP 4.0 - Barra da Tijuca, Camorim, Cidade de Deus, Grumari, Itanhangá, Jacarepaguá, Joá, Recreio dos Bandeirantes, Vargem Grande e Vargem Pequena.

AP 5.1 - Bangu, Campo dos Afonsos, Deodoro, Jardim Sulacap, Magalhães Bastos, Padre Miguel, Realengo, Senador Camará e Vila Militar.

AP 5.2 - Barra de Guaratiba, Campo Grande, Cosmos, Guaratiba, Inhoaíba, Santíssimo, Senador Vasconcelos e Pedra de Guaratiba.

AP 5.3 - Paciência, Santa Cruz e Sepetiba.

REGIÃO METROPOLITANA I

1ª Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva da Saúde da Região Metropolitana I (Resolução GPGJ nº 1.681 de 21 de setembro de 2011, artigo 5º)

A 1ª Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva da Região Metropolitana I, com sede em Nova Iguaçu, passa a ter atribuição para promover a defesa dos direitos transindividuais à saúde, inclusive mental, especificamente em relação aos serviços prestados nos Municípios de Nova Iguaçu, Paracambi, Itaguaí, Seropédica, Queimados e Japeri.

2ª Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva da Saúde da Região Metropolitana I (Resolução GPGJ nº 1.681 de 21 de setembro de 2011, artigo 6º)

A 2ª Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva da Região Metropolitana I, com sede em Duque de Caxias, terá atribuição para promover a defesa dos direitos transindividuais à saúde, inclusive mental, especificamente em relação aos serviços prestados nos Municípios de Duque de Caxias, Nilópolis, Belford Roxo, São João de Meriti, Mesquita e Magé.

REGIÃO METROPOLITANA II

Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva da Saúde da Região Metropolitana II (Resolução GPGJ nº 1.681 de 21 de setembro de 2011, artigo 8º)

A Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva da Região Metropolitana II, com sede em São Gonçalo, terá atribuição para promover a defesa dos direitos transindividuais da saúde, inclusive mental, especificamente em relação aos serviços prestados nos Municípios de São Gonçalo, Niterói, Maricá, Itaboraí, Tanguá, Rio Bonito e Silva Jardim).

Nos demais municípios do Estado, a tutela coletiva da saúde é feita pelas Promotorias de Tutela Coletiva, conforme acima esclarecido.

Os órgãos de atuação do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro na defesa coletiva da saúde podem ser melhor consultados na página do MPRJ:

Site do MPRJ na área da saúde:

<http://www.mprj.mp.br/conheca-o-mprj/areas-de-atuacao/saude>

Documento:

http://www.mprj.mp.br/documents/20184/226596/contato_promotorias_justica.pdf

www.mprj.mp.br/conheca-o-mprj/areas-de-atuacao/saude

As investigações relacionadas à política e aos serviços de saúde, bem como atos de improbidade administrativa nessa área, são realizadas pelas Promotorias de Tutela Coletiva. A atuação desses órgãos pode ocorrer por recomendações, termos de ajustamento de conduta e, quando imprescindível, ações civis públicas. O Ministério Público não atua na defesa de interesses meramente individuais, casos em que sua proteção caberá ser feita por advogado ou pela Defensoria Pública, essa última caso o cidadão não possa arcar com as custas do processo sem prejuízo do próprio sustento e de sua família.

Em apoio à atuação das Promotorias de Justiça de Tutela Coletiva de Defesa da Saúde, o Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro conta com o Centro de Apoio Operacional, órgão que auxilia os Promotores de Justiça na fiscalização da implementação e execução de políticas públicas voltadas aos usuários do SUS - Sistema Único de Saúde, especialmente objetivando a prestação de serviços e ações de saúde com a qualidade e agilidade de que a sociedade necessita.

Serviços da Área

Contatos das Promotorias de Justiça

Responsáveis

COORDENADORA
Dr^a Denise da Silva Vidal

SUBCOORDENADORA
Dr^a Carina Fernanda Gonçalves Flaks

Conteúdos Relacionados Ver todos

- DOCUMENTO
Ministério Público, Conselhos Municipais de Saúde, Noções Gerais Sobre o Sistema Único de Saúde Ver
- DOCUMENTO
Manual do(a) Gestor(a) Municipal do SUS - "Diálogos o Cotidiano" (CONASEMS/COSEMS-RJ/LAPPIS - IMS - UERJ) Ver
- DOCUMENTO
Cartilha - Ministério Público e Tutela à Saúde Mental - MPRJ - 2013 Ver

Links Externos

Doe+Vida. Basta dizer SIM / Cadastre-se e seja um doador de órgãos e tecidos
<http://www.doeemavida.com.br>

Aqui, há que se fazer, desde logo, uma ressalva, qual seja, a de que pela configuração conferida aos órgãos de execução do MP no Rio de Janeiro, e com a estruturação da Defensoria Pública, compete ao Ministério Público a prioritariamente a defesa de direitos coletivos, materializados em políticas públicas construídas nos fóruns técnicos e democráticos do SUS. Assim, na hipótese de um paciente não ter sido satisfatoriamente atendido pela rede pública, sendo este um caso isolado, não podem as Promotorias de Tutela Coletiva atuar, eis que, como o próprio nome indica, o fato investigado deve ter natureza coletiva, abrangendo um número indeterminado ou determinado de pessoas, desde que, neste último caso, haja relevância social.

Por outro lado, existem, ainda, as Promotorias de Infância e Juventude, a quem cabe à defesa dos direitos de crianças (de 0 a 12 anos incompletos) e adolescentes (de 12 a 18 anos incompletos). Tais órgãos de execução, ao contrário das Promotorias de Tutela

Coletiva, também podem defender os direitos individuais de crianças e adolescentes, caso esses não estejam devidamente representados ou assistidos por seus familiares.

As Promotorias de Proteção ao Idoso e ao Portador de Deficiência constituem, também, órgãos de execução especializados na defesa de direitos coletivos e, excepcionalmente, individuais, dos idosos e dos deficientes, aí incluídos os problemas ligados à área de saúde, quando não houver na localidade órgãos especializado em saúde.

Portanto, apenas para facilitar a compreensão, verifica-se o seguinte quadro:

Irregularidades na política pública de saúde	No Rio de Janeiro e áreas Metropolitanas: Promotorias Tutela Coletiva da Saúde	Somente problemas envolvendo a coletividade.
Proteção de crianças e adolescentes	Promotorias de Justiça a Infância e da Juventude	Direitos coletivos de crianças e adolescentes; excepcionalmente, proteção individual dos menores que não estiverem devidamente representados ou assistidos por seus familiares.
Proteção de idosos e deficientes	Promotorias de Justiça ao Idoso e à Pessoa com Deficiência	Direitos coletivos de idosos e deficientes; excepcionalmente, proteção individual dos idosos que não possuem família ou estiverem negligenciados por ela.

1.4. O idoso e o direito à saúde

No plano constitucional, em relação ao idoso, o direito à saúde decorre como de ordinário se constata em relação a qualquer pessoa, da dicção do art. 196 da Constituição Federal.

Em função das peculiaridades atinentes à saúde do idoso a legislação infraconstitucional estabelece regras específicas.

A Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, prevê, em seu art. 10, inciso II, uma série de ações governamentais a serem seguidas pelos entes federados no campo da saúde, dentre as quais se destacam a prevenção, a promoção, a proteção e a recuperação da saúde do idoso, bem como a realização de estudos epidemiológicos com a finalidade de se detectar as doenças típicas da terceira idade.

Nesse ponto, é necessário salientar que um dos objetivos do Pacto pela Vida é a implantação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, buscando a atenção integral (vide ANEXO XI DA PRC-2)

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html

Como assinalado anteriormente, compreende-se por atenção integral a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde do idoso (art. 10, inciso II, alínea “b”, da Lei nº 8.842/95).

Aliás, a atenção integral já é prevista na Constituição Federal como uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde (vide art. 198, inciso II).

No que se refere ao idoso convém salientar que “essa política assume que o principal problema que pode afetar o idoso é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária” (vide ANEXO 1 DO ANEXO XI DA PRC-2)

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html

Fixado tal patamar, forçoso é concluir que as ações governamentais devem ter em mente, sobretudo ações preventivas e de recuperação dos idosos, de modo a garantir-lhes, na medida do possível, a independência para as atividades instrumentais da vida diária.

Por sua vez, a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, o Estatuto do Idoso, reserva o capítulo IV, do título II, para tratar do direito à saúde.

Já em suas disposições preliminares, mais exatamente no art. 3º, parágrafo primeiro, inciso VIII, é garantido ao idoso prioridade de acesso à rede de saúde, bem como atendimento preferencial, imediato e individualizado nas repartições públicas (art. 3º, parágrafo primeiro, inciso I, do Estatuto do Idoso).

Há, ainda, uma forma especial de prioridade entre idosos estabelecida pela Lei nº 13.466/17 que dá prevalência aos maiores de oitenta anos em detrimento dos demais (art. 3º, parágrafo 2º, e art. 15, parágrafo 7º. ambos do Estatuto do Idoso).

Nesse ponto, impõe-se uma curta, mas necessária, consideração.

Por óbvio que no caso de atendimento emergencial o critério de preferência deverá ser eminentemente médico, tendo como foco as maiores chances de êxito da intervenção, o que não leva em conta a idade do paciente.

Nesse sentido, é o pensamento de Patrícia Albino Galvão Pontes, segundo a qual “no caso de atendimento médico, é evidente que a garantia da prioridade absoluta não pode ser sobrepor ao direito à vida, sendo inadmissível atender, em primeiro lugar, quem corre menos risco de vida” (in Pinheiro, Naide Maria (coord.). Estatuto do Idoso Comentado. Campinas, SP: LNZ.2006).

Por sua vez, é o art. 6º, do Decreto Federal nº 5.296, de 2 de fevereiro de 2004, que regulamenta a Lei nº 10.048, de 08 de novembro de 2000, que vai definir o que se entende como atendimento prioritário, bem como por atendimento imediato.

Para fins do que apregoa o Estatuto do Idoso, o atendimento imediato é aquele prestado aos idosos antes de qualquer pessoa, depois de concluído o atendimento que estiver em andamento (vide art. 6, § 2º, do Decreto Federal nº 5.296/04).

Por outro lado, o atendimento prioritário inclui, dentre outros aspectos, a existência de local específico e a utilização de pessoal capacitado para atendimento (art. 6º, § 1º, incisos IV e IX, do Decreto Federal nº 5.296/04).

A Resolução RDC nº 283, de 25 de setembro de 2005, da ANVISA, estabelece três graus de dependência:

“3.4 - Graus de Dependência do Idoso

- a) Grau de Dependência I: Idosos independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de autoajuda;*
- b) Grau de Dependência II: Idosos com dependência em até três atividades de autocuidado para a vida diária tais como: alimentação, mobilidade, higiene; sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada;*
- c) Grau de Dependência III: Idosos com dependência que requeiram assistências em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e ou com comprometimento cognitivo.*

Só pela análise desses poucos aspectos do direito à prioridade, verifica-se a distância entre a realidade dos fatos e o que determina a legislação de regência da matéria em comento.

No âmbito da saúde, o atendimento prioritário deveria se refletir fundamentalmente na atenção básica, nas Unidades Básicas de Saúde - UBS, sendo direito do idoso a receber nessas unidades atendimento por pessoal capacitado com prioridade nas consultas.

Rotineiramente, o que se observa é a inexistência de distinção no atendimento do idoso em relação aos demais pacientes.

No que concerne às UBS, cumpre ser lembrado que, a rigor, quando não dotados de geriatras ou gerontólogos em suas equipes, deveriam ao menos referenciar os pacientes

para um tratamento preventivo por profissionais com a dita qualificação, em obediência ao que determina o art. 15, § 1º, inciso II, do Estatuto do Idoso.

Outro ponto que merece atenção é o atendimento domiciliar do idoso, previsto pelo art. 15, inciso IV, do Estatuto. Pelo que dispõe o referido ato normativo, a prevenção e manutenção da saúde do idoso será efetivada, dentre outras medidas, pelo “atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover, inclusive para idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventualmente conveniadas com o Poder Público, nos meios urbano e rural”.

Assim sendo, é direito do idoso ser atendido em sua casa ou no abrigo em que se encontra, recebendo no local o tratamento de saúde de que necessite.

Nas localidades em que esteja estruturada a Estratégia da Saúde da Família (antigo Programa da Saúde da Família), a equipe respectiva tem condições de fazer o atendimento apregoado pela lei.

Contudo, não é incomum a falta desse serviço nas dependências dos abrigos, o que além de desrespeito ao direito dos idosos, parte da falsa premissa de que uma vez internado o idoso passa à responsabilidade integral do asilo. Por óbvio, tal circunstância não exonera a responsabilidade nem da família nem do Estado.

O Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro tem obtido êxito na assinatura de compromissos de ajustamento de conduta com o objetivo de garantir aos idosos abrigados o direito de receber o atendimento médico domiciliar (é o caso do Município de Nilópolis, Campos dos Goytacazes e São João da Barra).

No caso dos idosos o atendimento médico implica no fornecimento de “medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação” (art. 15, § 2º, do Estatuto).

Cumpra ser destacado, que o Estatuto do Idoso foi mais minucioso que a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que delimita o Sistema Único de Saúde (SUS).

Muito embora a jurisprudência já tenha dado uma interpretação extensiva ao dispositivo legal, certo é que no referido diploma não há previsão para o fornecimento de próteses e órteses², o que é mencionado expressamente no Estatuto do Idoso.

A reabilitação é outro ponto chave na implementação da política nacional da saúde do idoso, na medida em que possibilita, em muitos casos, a reatuação da autonomia e independência perdidas em função de alguma doença.

No caso de internação hospitalar, o Estatuto do Idoso assegura ao paciente o direito a um acompanhante, o que só poderá ser negado no caso de impossibilidade médica justificada por escrito (art. 16, da Lei nº 10.741/03). Deve ser salientado, todavia, que antes mesmo da vigência da Lei nº 10.741/03 o direito do idoso ao acompanhante foi ratificado no ANEXO 2 DO ANEXO XI DA PRC-2.

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html

Todavia, não é raro se verificar que vários hospitais não oferecem condições dignas para a estadia do acompanhante sujeitando-o ao desconforto que leva ao desgaste físico além de não fornecerem a alimentação respectiva.

No plano do tratamento propriamente dito é assegurado ao idoso o direito de opção pelo tratamento de saúde que lhe for reputado mais favorável (art. 17, do Estatuto do Idoso). Esse dispositivo tem estrita relação com o art. 7º, inciso III, da Lei nº 8.080/90, que prevê como princípio do Sistema Único de Saúde “a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral”. Contudo, a utilização de tal direito diretamente pelo idoso pressupõe o “domínio das faculdades mentais”. Caso contrário, a opção poderá ser feita, conforme o caso, pelo curador, pela família ou pelo próprio médico (vide parágrafo único do art. 17, da Lei nº 10.741/03).

1.5. Conclusão

Assim, na seara da saúde, deve o Promotor de Justiça verificar o efetivo funcionamento do SUS no Município em que atua, levando em consideração – o que é fundamental – o nível de gestão do Município e a efetividade das Redes de Atenção à saúde no território.

De qualquer sorte, independentemente do nível de gestão, o Município é o gestor do sistema local de saúde e responsável pelo cumprimento dos princípios da atenção básica, devendo, para tanto, coordenar, articular, negociar e planejar o sistema de saúde dentro do seu território de forma universal.

O Município deve, ainda, garantir aos munícipes referências a serviços e ações de saúde de média e alta complexidade, na forma da Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, (vide PRC-2).

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html

Visando assegurar a resolutividade da rede de atenção, considerando a economia de escala, qualidade, suficiência, acesso e disponibilidade de recursos.

Importante, portanto, caso haja notícias de irregularidades, déficits de atendimento ou adotada a estratégia preventiva pelo Promotor, seja instaurado inquérito civil público para fiscalizar o regular funcionamento das ações e serviços públicos de saúde, no âmbito do qual o Promotor de Justiça pode exigir, através de Termo de Ajustamento de Conduta ou Recomendações, uma vez verificada a inexistência ou o oferecimento irregular de programas ou serviços na área de saúde, a adoção de medidas destinadas a assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade dos serviços de saúde².

A propósito, a par da fiscalização da rede de atendimento à saúde, é importante que o Promotor de Justiça leve em consideração outros aspectos que merecem ser acompanhados. São os seguintes:

² <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>

- A necessária edição de Lei Municipal criadora do Fundo Municipal de Saúde, onde necessariamente devem ser alocados os recursos financeiros destinados à implementação das políticas públicas de saúde, cuja fiscalização compete ao Conselho Municipal de Saúde, materializando uma das diretrizes constitucionalmente previstas para o SUS;
- O efetivo funcionamento do Fundo Municipal de Saúde, através da inscrição no Cadastro de Pessoas Jurídicas, da abertura e movimentação de conta corrente específica, e constituição de conselho gestor previsto na lei de criação do Fundo, além da efetiva fiscalização deste pelo Conselho Municipal de Saúde;
- A efetiva participação da comunidade na gestão dos recursos destinados às ações e serviços públicos de saúde - consoante o disposto no artigo 198, inciso III da Constituição da República, no artigo 33 da Lei Federal nº 8.080/90 e no artigo 4º da Lei Federal nº 8.142/90.
- Que o processo de planejamento e orçamento do SUS consiste na compatibilização das necessidades da política de saúde do Município com a disponibilidade de recursos constantes do Plano Municipal de Saúde, conforme estabelece o art. 36, caput da Lei Federal nº 8.080/90.
- A elaboração do Plano Municipal de Saúde é à base das atividades e programações do SUS, cujo financiamento deve ser previsto na correspondente proposta orçamentária, sendo vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas no aludido plano de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, conforme previsto no artigo 36, § 1º e 2º da Lei 8.080/90 e no artigo 4º, inciso III, da Lei Federal nº 8.142/90.
- A elaboração de relatório anual de gestão (RAG), viabilizando o adequado controle, pelo Ministério da Saúde, pelo Conselho Municipal de Saúde e pelo Ministério Público, da correta destinação dos recursos para as ações e serviços de saúde, outrora programados no plano de saúde municipal, conforme o disposto no artigo 33, § 4º da Lei Federal nº 8.080/90 e no artigo 4º, inciso IV da Lei Federal nº 8.142/90.
- A elaboração da Programação Anual de Saúde, que é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde.

- Avaliação a cada quadrimestre do relatório consolidado do resultado da execução orçamentária e financeira no âmbito da saúde e o relatório do gestor da saúde sobre a repercussão da execução da Lei Complementar nº 141, nas condições de saúde e na qualidade dos serviços de saúde das populações respectivas.
- Que as Comissões Intergestoras Bipartite e Tripartite constituem espaços de pactuação entre os entes federativos, objetivando articular políticas e programas de interesse para a saúde, envolvendo áreas não compreendidas pelo SUS, consoante dispõe o artigo 12 da Lei Federal nº 8.080/90.
- A possibilidade dos entes federativos constituírem consórcios públicos para desenvolver, em conjunto, ações e serviços de saúde, observando-se os princípios, diretrizes e normas que regulam o SUS, segundo disposto no artigo 10º da Lei Federal nº 8.080/90.
- Que os Colegiados Intergestores Regionais (CIR) disponibilizem as propostas de desenhos de redes assistenciais e as pactuações intermunicipais vigentes, a fim de que se possa avaliar o cumprimento do princípio constitucional da integralidade.

2. Noções gerais sobre o Sistema Único de Saúde – SUS

A Constituição Federal de 1988 instituiu o Sistema Único de Saúde – SUS, definido, na Lei nº 8.080, de 1990, como “o conjunto de ações e serviços públicos de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”.

O SUS, todavia, não é composto somente por serviços públicos, mas também por uma rede de serviços privados, que são remunerados com recursos públicos destinados à saúde.

Uma das diretrizes do SUS é a descentralização político-administrativa, o que significa que os serviços de saúde são descentralizados com ênfase para os Municípios, mas, ao mesmo

tempo, esses serviços devem ser organizados em rede, envolvendo entes diferentes e autônomos (Municípios, Estados e a União) de modo que o Sistema ofereça os procedimentos necessários sem ociosidade.

Na prática, isso se faz através da definição dos serviços por níveis de atenção (hierarquização) e da regionalização. É por essa razão que os serviços de saúde mais especializados, mais complexos, nem sempre são oferecidos em todos os Municípios, havendo o encaminhamento do paciente para unidades de saúde específicas, muitas vezes situadas em outras localidades.

A construção social do sistema público de saúde vem sendo feita, nada obstante, de forma a distanciar o SUS real do SUS constitucional, universal. Há desigualdades no acesso e na oferta de serviços. Mesmo nos locais onde a oferta é suficiente, há dificuldade de conformação de redes de saúde que permitam a continuidade do cuidado, seja porque os mecanismos de controle e avaliação sejam frágeis seja porque as pactuações intergestores sejam pouco efetivas, isto sem falar no financiamento das ações propriamente dito, o maior nó crítico do sistema. O conjunto de fatores propicia que as intervenções de saúde ocorram tardiamente no curso das doenças com repercussões sociais importantes e elevando os custos para o sistema de saúde.

Nesta década, o Ministério Público tem assumido cada vez mais o papel de agente de transformação social, como legítimo defensor do usuário, estando presente e atuando ativamente em prol da saúde da população.

Vejamos agora os diferentes níveis de atenção no SUS.

2.1. A Atenção Básica à Saúde no SUS

A Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária constitui a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, sendo seu primeiro nível de Atenção, de acordo com o modelo adotado pelo SUS.

Engloba um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

A Atenção Básica será coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede, e será ofertada integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde. Nesse nível da atenção à saúde, o atendimento aos usuários deve seguir uma cadeia progressiva, garantindo o acesso aos cuidados e às tecnologias necessárias e adequadas à prevenção e ao enfrentamento das doenças, para qualidade de vida.

A Atenção Básica é o ponto de contato preferencial dos usuários com o SUS e seu primeiro contato, realizado pelas especialidades básicas da saúde, que são: clínica médica, pediatria, obstetria, ginecologia, inclusive as emergências referentes a essas áreas. Cabe também à Atenção Básica proceder aos encaminhamentos dos usuários para os atendimentos de média e alta complexidade, através do sistema de regulação.

Uma Atenção Básica bem organizada garante resolução de cerca de 80% das necessidades e problemas de saúde da população de um Município e consolida os pressupostos do SUS: equidade, universalidade e integralidade. A estratégia adotada pelo Ministério da Saúde, como prioritária para a organização da atenção básica é a Estratégia Saúde da Família (ESF), que estabelece vínculo sólido de corresponsabilização com a comunidade.

Poderão ser reconhecidas outras estratégias de Atenção Básica, desde que observados os princípios e diretrizes previstos na Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, (vide PRC-2).

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html

Quais sejam a universalidade, integralidade e equidade. Porém, tais modelos deverão ser transitórios, devendo ser estimulada a conversão na Estratégia da Saúde da Família.

A responsabilidade pela oferta de serviços de Atenção Básica à Saúde é da gestão municipal, sendo o financiamento para as ações básicas à saúde de responsabilidade das três esferas de governo.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) são estratégias e partes integrantes e fundamentais do SUS, que vêm avançando, não uniformemente em todos os Municípios, com diversos desafios e dificuldades (financiamento, modalidades de contratação, carência de profissionais, capacitação do pessoal, manutenção de quadros, execução financeira).

Como no Brasil ainda predominam os sistemas orientados para a Atenção Especializada, tais programas significam estratégias de reordenação dos serviços de saúde que, atuando na atenção primária, deverão ser consolidados em todo o estado.

Os sistemas de saúde orientados para a atenção primária à saúde são mais eficientes, possibilitando uma melhor utilização dos 2º e 3º níveis de atenção do sistema de saúde; evitam internações desnecessárias, representam economia dos custos; melhoram a equidade; diminuem o uso de medicamentos, facilitam o controle público sobre o sistema, oferecem mais satisfação dos usuários, e têm maiores impactos sobre os níveis de saúde.

A Saúde da Família é uma estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua.

O objetivo da Estratégia de Saúde da Família é a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de

Saúde da Família uma compreensão ampliada do processo saúde/ doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas.

A Estratégia de Saúde da Família reafirma e incorpora os princípios básicos do Sistema Único de Saúde - SUS: universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade. Essa estratégia está estruturada a partir da unidade de saúde da família: uma unidade pública de saúde, com equipe multiprofissional que assume a responsabilização por uma determinada população a ela vinculada, onde desenvolve ações de promoção da saúde e de prevenção, tratamento e reabilitação de agravos.

A meta é contribuir para a reorganização dos serviços municipais de saúde, para a integração das ações entre os diversos profissionais, para a ligação efetiva entre a comunidade e as unidades de saúde.

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é uma pessoa da própria comunidade, com vida igual à de seus vizinhos, mas que está preparado para orientar as famílias a cuidarem de sua própria saúde e também da saúde da comunidade. Ele age em sintonia com a unidade de saúde mais próxima. É um trabalhador que faz parte da equipe de saúde local.

O ACS atende os moradores de cada casa em todas as questões relacionadas com a saúde: identifica problemas, orienta, encaminha e acompanha a realização dos procedimentos necessários à proteção, a promoção, a recuperação/ reabilitação da Saúde das pessoas daquela comunidade.

A Nova Política Nacional de Atenção Básica revisou as diretrizes para a organização do modelo no SUS, sendo aprovado pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017- vide PRC-2).

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html

Segundo o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde era preciso propor novas possibilidades de fortalecimento da Política, diante das experiências técnicas e diversidades do país, e anos de acúmulo de conhecimento vivido, sendo o maior de

desafio à obtenção de: “uma AB qualificada, resolutiva e humanizada, que coordene o cuidado ofertado ao usuário, independentemente da unidade de saúde onde está sendo atendido e que ordene a RAS, constituindo-se na principal porta de entrada da rede no sistema, sendo resolutiva por meio de uma abordagem integral do processo saúde doença, garantindo acesso e responsabilizando-se pelos encaminhamentos a serviços especializados sempre que necessário”.

Como destaques foram apontados como mudanças:

O modelo de financiamento com a proposição de unificação dos blocos, PAB Fixo e Variável. As transferências são obrigatórias conforme a Lei Complementar 141 de 2012, e as regras de repasse estão estipuladas nos artigos 17 e 19. A Lei Complementar definiu o conceito de ações e serviços públicos de saúde e as regras de aplicação desses recursos, os critérios de rateio dos recursos da União para Estados e Municípios, e diretrizes e regras de transferência, visibilidade, fiscalização, avaliação e controle. Por isso, os secretários municipais almejavam maior autonomia na gestão desses recursos, diante do modelo descentralizado de execução dos serviços.

O financiamento tripartite segundo o CONASEMS teve como metodologia para mudança três dimensões:

A equidade, pela garantia no mínimo à média nacional, por meio da unificação dos atuais per capita.

A capacidade de produção de ações e serviços de saúde.

O desempenho no contexto do desenvolvimento da gestão.

Tem-se como perspectiva que a pactuação abranja um conjunto de proposições para o início de 2018, estabelecendo o fortalecimento do processo de planejamento e rompendo com a prática de alocar recursos nos programas fragmentados e pela série histórica.

Outra mudança foi na definição de parâmetros fixados pela PNAB de 2.000 a 3.500 pessoas atendidas por equipe que inviabiliza pontos importantes, sendo proposta a viabilidade de criação de equipes em municípios menores de 2.000 habitantes (109 no Brasil, segundo o IBGE); A estratificação de risco do território com base não apenas em população, mas principalmente nos risco epidemiológico e vulnerabilidade social, e a identificação das diferenças entre a população do território e a prioridade de ações das equipes voltadas para as populações com maior risco e maior vulnerabilidade (condições de vida, longas distâncias, barreiras geográficas, dentre outras).

Assim, para o funcionamento das unidades recomendou-se na nova PNAB que as Unidades Básicas de Saúde tenham seu funcionamento com carga horária mínima de 40 horas/semanais, no mínimo 5 (cinco) dias da semana e nos 12 meses do ano, possibilitando acesso facilitado à população.

Horários alternativos de funcionamento podem ser pactuados através das instâncias de participação social, desde que atendam expressamente a necessidade da população, observando, sempre que possível, a carga horária mínima descrita acima.

Como forma de garantir a coordenação do cuidado, ampliando o acesso e resolutividade das equipes que atuam na Atenção Básica, recomenda-se:

- I) População adscrita por equipe de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF) de 2.000 a 3.500 pessoas, localizada dentro do seu território, garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Básica.

Além dessa faixa populacional, podem existir outros arranjos de adscrição, conforme vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária, facultando aos gestores locais, conjuntamente com as equipes que atuam na Atenção Básica e Conselho Municipal ou Local de Saúde, a possibilidade de definir outro parâmetro populacional de responsabilidade da equipe, podendo ser

maior ou menor do que o parâmetro recomendado, de acordo com as especificidades do território, assegurando-se a qualidade do cuidado.

- II) 4 (quatro) equipes por UBS (Atenção Básica ou Saúde da Família), para que possam atingir seu potencial resolutivo.
- III) Fica estipulado para cálculo do teto máximo de equipes de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF), com ou sem os profissionais de saúde bucal, pelas quais o Município e o Distrito Federal poderão fazer jus ao recebimento de recursos financeiros específicos, conforme a seguinte fórmula: $\text{População}/2.000$.
- IV) Em municípios ou territórios com menos de 2.000 habitantes, que uma equipe de Saúde da Família (eSF) ou de Atenção Básica (eAB) seja responsável por toda população;

Reitera-se a possibilidade de definir outro parâmetro populacional de responsabilidade da equipe de acordo com especificidades territoriais, vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária respeitando critérios de equidade, ou, ainda, pela decisão de possuir um número inferior de pessoas por equipe de Atenção Básica (eAB) e equipe de Saúde da Família (eSF) para avançar no acesso e na qualidade da Atenção Básica.

Para que as equipes que atuam na Atenção Básica possam atingir seu potencial resolutivo, de forma a garantir a coordenação do cuidado, ampliando o acesso, é necessário adotar estratégias que permitam a definição de um amplo escopo dos serviços a serem ofertados na UBS, de forma que seja compatível com as necessidades e demandas de saúde da população adscrita, seja por meio da Estratégia Saúde da Família ou outros arranjos de equipes de Atenção Básica (eAB), que atuem em conjunto, compartilhando o cuidado e apoiando as práticas de saúde nos territórios. Essa oferta de ações e serviços na Atenção Básica devem considerar políticas e programas prioritários, as diversas realidades e necessidades dos territórios e das pessoas, em parceria com o controle social.

Outra alteração proposta pelo CONASEMS e acolhida pela nova PNAB consiste na integração entre a atenção básica e a vigilância nos territórios de AB, expressa nas medidas de:

Integração dos agentes e técnicos da vigilância no território da AB, respeitadas as competências específicas das categorias.

Integração dos territórios da vigilância e atenção básica para atingir cobertura de 100% na execução das ações.

Qualificação da visita domiciliar e das ações de saúde por meio de conhecimentos e práticas ampliadas e integradas.

A integração entre a Vigilância em Saúde e Atenção Básica é condição essencial para o alcance de resultados que atendam às necessidades de saúde da população, na ótica da integralidade da atenção à saúde e visa estabelecer processos de trabalho que considerem os determinantes, os riscos e danos à saúde, na perspectiva da intra e intersectorialidade.

O Núcleo de Atenção a Saúde da Família também teve seu papel reconfigurado. O NASF passa a atingir toda a atenção básica e não apenas a Estratégia da Saúde da Família, sendo um núcleo ampliado dentro do território adstrito. Os profissionais atuarão para além do matriciamento, priorizando a qualificação das equipes nas ações técnicas e especializadas, na utilização das Linhas de Cuidado, nos processos de encaminhamento para as especialidades e atenção hospitalar (referência e contra referência), e qualificação da regulação.

No que tange a Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde e Programa de Agentes Comunitários de Saúde, passou a estarem previstas nas Unidades Básicas de Saúde como uma possibilidade de reorganização inicial da Atenção Básica com vistas à ampliação gradual da Estratégia de Saúde da Família ou como forma de agregar os agentes comunitários de saúde a outras maneiras de organização da AB.

Recomenda-se, na nova PNAB a inclusão do Gerente de Atenção Básica com o objetivo de contribuir para o aprimoramento e qualificação do processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde, em especial ao fortalecer a atenção à saúde prestada pelos profissionais das equipes à população adscrita, por meio de função técnico-gestora. A inclusão deste profissional deve ser avaliada pelo gestor, segundo a necessidade do território e cobertura de AB. Entende-se por Gerente de AB um profissional qualificado, preferencialmente com nível superior, com o papel de garantir o planejamento em saúde, de acordo com as necessidades do território e comunidade, a organização do processo de trabalho, coordenação e integração das ações. Importante ressaltar que o gerente não seja profissional integrante das equipes vinculadas à UBS e que possua experiência na Atenção Básica, preferencialmente de nível superior, e suas atribuições estão previstas expressamente na Portaria, assim como as atribuições dos demais integrantes da Equipe de Atenção Básica.

2.1.1 Infraestrutura para a Atenção Básica:

Para um ambiente adequado em uma UBS, existem componentes que atuam como modificadores e qualificadores do espaço, recomenda-se contemplar: recepção sem grades (para não intimidar ou dificultar a comunicação e também garantir privacidade à pessoa), identificação dos serviços existentes, escala dos profissionais, horários de funcionamento e sinalização de fluxos, conforto térmico e acústico, e espaços adaptados para as pessoas com deficiência em conformidade com as normativas vigentes.

Além da garantia de infraestrutura e ambiência apropriadas, para a realização da prática profissional na Atenção Básica, é necessário disponibilizar equipamentos adequados, recursos humanos capacitados, e materiais e insumos suficientes à atenção à saúde prestada nos municípios e Distrito Federal.

2.1.2 Tipos de unidades e equipamentos de Saúde

São considerados unidades ou equipamentos de saúde no âmbito da Atenção Básica:

a) Unidade Básica de Saúde

Recomenda-se os seguintes ambientes: consultório médico e de enfermagem, consultório com sanitário, sala de procedimentos, sala de vacinas, área para assistência farmacêutica, sala de inalação coletiva, sala de procedimentos, sala de coleta/exames, sala de curativos, sala de expurgo, sala de esterilização, sala de observação e sala de atividades coletivas para os profissionais da Atenção Básica. Se forem compostas por profissionais de saúde bucal, será necessário consultório odontológico com equipo odontológico completo; área de recepção, local para arquivos e registros, sala multiprofissional de acolhimento à demanda espontânea, sala de administração e gerência, banheiro público e para funcionários, entre outros ambientes conforme a necessidade.

b) Unidade Básica de Saúde Fluvial

Recomenda-se os seguintes ambientes: consultório médico; consultório de enfermagem; área para assistência farmacêutica, laboratório, sala de vacina; sala de procedimentos; e, se forem compostas por profissionais de saúde bucal, será necessário consultório odontológico com equipo odontológico completo; área de recepção, banheiro público; banheiro exclusivo para os funcionários; expurgo; cabines com leitos em número suficiente para toda a equipe; cozinha e outros ambientes conforme necessidade.

c) Unidade Odontológica Móvel

Recomenda-se veículo devidamente adaptado para a finalidade de atenção à saúde bucal, equipado com: Compressor para uso odontológico com sistema de filtragem; aparelho de raios-x para radiografias periapicais e interproximais; aventais de chumbo; conjunto peças de mão contendo micromotor com peça reta e contra ângulo, e alta rotação; gabinete odontológico; cadeira odontológica, equipo odontológico e refletor odontológico; unidade auxiliar odontológica; mocho odontológico; autoclave; amalgamador; fotopolimerizador; e refrigerador.

Dada à simplicidade da estrutura física mínima preconizada pelo Ministério da Saúde, consideramos que a vistoria nestas unidades poderá ser feita por equipes locais e, caso exista comprometimento da estrutura física ou necessidade de obras de manutenção predial a avaliação seja feita pela engenharia municipal.

O grande desafio colocado para o fortalecimento da Atenção Básica no País é a expansão da Estratégia de Saúde da Família para os grandes centros urbanos. Nas áreas de maior concentração populacional, a heterogeneidade das condições econômico-sociais reflete-se também no desigual acesso e utilização dos serviços de saúde. Nestes centros, em que pese a maior disponibilidade de oferta de serviços de saúde, particularmente os de média e alta complexidade, observam-se barreiras ao acesso e oferta de ações básicas.

Sobre as Ações e Serviços de saúde de Atenção Básica a Portaria previu Padrões essenciais com procedimentos básicos relacionados a condições básicas/essenciais de acesso e qualidade na AB e Padrões Ampliados considerando ações estratégicas para avançar e alcançar padrões elevados de acesso e qualidade, com vista a atingir indicadores e parâmetros estabelecidos nas Regiões de Saúde, conforme pactuação interfederativa.

Toda a UBS deve possuir mecanismos de monitoramento da satisfação dos usuários como canais eletrônicos ou livros e caixas de sugestões, assegurando, ainda, o acolhimento e escuta ativa das pessoas.

Em local visível devem estar afixados:

- Mapa de Abrangência, com a cobertura por equipe;
- Identificação do Gerente da Atenção Básica no território e dos componentes de cada equipe da UBS;
- Relação de serviços disponíveis; e
- Detalhamento das escalas de atendimento de cada equipe.

Algumas críticas foram realizadas pelos técnicos e professores da área como a não obrigatoriedade de ser ter no mínimo quatro ACS na Equipe de Saúde da Família, prejudicando o matriciamento e o vínculo; a falta de obrigação do médico de ter uma carga horária de 40 horas vinculada à Equipe de Saúde da Família, perdendo a identidade e proximidade com a comunidade, com a presença de outros médicos na unidade, e falta de clareza quanto ao financiamento da PNAB.

2.1.3 Indicadores de acompanhamento da atenção básica

O Promotor de Justiça e o Conselho Municipal de Saúde podem acompanhar rotineiramente os programas e ações que compõem a Atenção Básica de seu Município através do acesso a Nota Técnica extraída do sítio eletrônico do Ministério da Saúde³.

SAÚDE MAIS PERTO DE VOCÊ

NOTA TÉCNICA DO DAB

Sistema de Nota Técnica do DAB

A Nota Técnica foi elaborada com o objetivo de fornecer, de forma rápida e qualificada, a situação de implantação e de recursos financeiros dos programas estratégicos do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS).

A Nota Técnica contém informações sobre: transferências financeiras do PAB Fixo e Variável, Cobertura e Implantação de Equipes de Atenção Básica, Estratégia Saúde da Família, Saúde Bucal, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Programa Brasil Sorridente, Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, Programa Telessaúde Brasil Redes, Equipes de Consultório na Rua, Programa de Requalificação das UBS, Programa Melhor em Casa, Programa Saúde na Escola, Condicionais do Programa Bolsa Família..

CONSULTA MUNICIPAL

MUNICÍPIO:

Digite parte do município

CONSULTA ESTADUAL

ESTADO:

³ <http://dab2.saude.gov.br/sistemas/notatecnica/frmListaMunic.php>

O Programa de Saúde da Família, atualmente Estratégia de Saúde da Família (ESF), também possui uma coordenação estadual e supervisores regionais que podem ajudar no diagnóstico da situação municipal.

A ESF possui um sistema de informações específico, o Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), que retrata a situação de saúde na área em que o programa está implantado.

2.1.4 Pacto pela saúde

O Ministério da Saúde em fevereiro de 2008 editou a Portaria GM/MS nº. 325 de 21 de fevereiro de 2008, que *“estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação”*.

Independentemente de terem aderido ou não ao Pacto de Gestão, todos os Municípios tiveram que assinar a pactuação dos indicadores do Pacto pela Saúde, porém com a normatização do contrato organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), foi afastada a possibilidade de suspensão de repasse SUS pelo não cumprimento do compromisso de gestão. Atualmente a Resolução CIT nº 05, de 19 de junho de 2013 dispõe sobre as regras de pactuação fortalecendo o planejamento do SUS.

Ainda que ausente, ainda, a assinatura do COAP, os entes federados devem efetuar o registro a cada ano da pactuação das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores no sistema informatizado do Ministério da Saúde denominado SISPACTO⁴.

Nas regiões onde existem consórcios intermunicipais de saúde, estes também se constituem em fontes de informação.

⁴ [http://aplicacao.saude.gov.br/sispacto/faces/login.jsf;jsessionid=fkdD88boLr-
vpBcXvIc1kSMu](http://aplicacao.saude.gov.br/sispacto/faces/login.jsf;jsessionid=fkdD88boLr-
vpBcXvIc1kSMu)

Vale ressaltar que as Centrais de Regulação municipais e regionais podem informar que procedimentos estão efetivamente regulados.

No quadro abaixo estão listados os indicadores do Pacto pela Saúde de 2017 a 2021 na forma com que são apresentados pela gestão estadual. Sugerimos que seus resultados sejam apresentados regularmente aos órgãos de controle, bem como sejam apresentadas as explicações para o eventual não cumprimento de metas e as estratégias para alcançá-las.

PACTO PELA SAÚDE

Relatório de Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde do Estado do Rio de Janeiro.

Indicadores de Pactuação 2017			
	Descrição	Pactuação	Comentário
1N	Mortalidade Prematura (30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (Taxa de Mortalidade ou Número de Óbitos) TM: Estado, Região de Saúde ou Município com 100 mil ou mais habitantes NO: Município com menos de 100 mil habitantes 4 principais DCNT: doe	Nacional	Resultado 2016 preliminar
2N	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados	Nacional	Resultado 2016 preliminar
3N	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	Nacional	Resultado 2016 preliminar
4N	Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade - Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice viral (1ª dose) - com cobertura vacinal precon	Nacional	Resultado 2016 preliminar, faltou resultados 2015 por estado e regiões de saúde
5N	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação	Nacional	Resultado 2016 preliminar
6N	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	Nacional	Resultado 2016 preliminar
7N	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade	Nacional	Resultado 2016 preliminar
8N	Número de casos novos de aids em menores de 5 anos	Nacional	Resultado 2016 preliminar
9N	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	Nacional	Resultado 2016
10N	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária	Nacional	Resultado 2016 preliminar
11N	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária	Nacional	Resultado 2016 preliminar
12N	Proporção de parto normal no SUS e na saúde suplementar	Nacional	Resultado 2016 preliminar
13N	Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos	Nacional	Resultado 2016 preliminar
14N	Taxa de mortalidade infantil	Nacional	Resultado 2016 preliminar
15N	Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência	Nacional	Resultado 2016 preliminar
16N	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	Nacional	Resultado 2016
17N	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF)	Nacional	Resultado 2016 preliminar

Indicadores de Pactuação 2017			
	Descrição	Pactuação	Comentário
18N	Cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica	Nacional	Resultado 2016
19N	Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios no ano	Nacional	Resultado 2016 preliminar
20N	Ações de Matriciamento realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica	Nacional	Resultado 2016 preliminar e somente para alguns municípios e estado
21N	Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue	Nacional	Resultado 2016 preliminar
22N	Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho	Nacional	Resultado 2016
23e	Proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Básica – Icsab	Estadual	Resultado 2016 preliminar
24e	Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada	Estadual	Resultado 2016 preliminar
25e	Proporção de exodontia em relação aos procedimentos	Estadual	Resultado 2016 preliminar
26e	Proporção de unidades de saúde que atendem ao SUS que realizam notificação de violência doméstica, sexual e outras violências	Estadual	Resultado 2016
27e	Proporção de municípios com ouvidoria implantada	Estadual	Resultado 2016, faltou resultados por região de saúde
28e	Proporção de óbitos maternos investigados	Estadual	Resultado 2016 preliminar
29e	Proporção de óbitos infantis e fetais investigados	Estadual	Resultado 2016 preliminar
30e	Proporção de casos confirmados ou descartados através do marcador HCV-RNA dos casos notificados de Hepatite C com Anti-HCV reagente	Estadual	Resultado 2016 preliminar
31e	Proporção de exame anti-HIV realizado entre os casos novos de tuberculose	Estadual	Resultado 2016 preliminar
32e	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilifera	Estadual	Resultado 2015 preliminar
33e	Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal.	Estadual	Resultado 2016 preliminar
34e	Proporção de usuários com carga viral de HIV indetectável/número total de usuários que realizaram carga viral no período	Estadual	Resultado 2016, série histórica a partir de 2015
35e	Proporção de animais vacinados na campanha de vacinação antirrábica canina	Estadual	Resultado 2016, série histórica a partir de 2015
36e	Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial	Estadual	Resultado 2016

A gestão estadual oferece, ainda, cooperação técnica para auxílio nas pactuações dos indicadores e monitoramento pelos Municípios conforme encarte e endereço eletrônico abaixo citado.



**ENCONTROS REGIONAIS
SOBRE INDICADORES DE
SAÚDE PARA PACTUAÇÃO
NO ESTADO DO
RIO DE JANEIRO
2017**

Secretaria de Saúde



**GOVERNO DO
Rio de Janeiro**

SÉRIE HISTÓRICA DOS INDICADORES PARA PACTUAÇÃO DE METAS NO ÂMBITO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

A pactuação de responsabilidades e metas é parte indissociável do processo do planejamento em saúde. Anualmente, municípios, estados e governo federal definem e pactuam metas para um conjunto de indicadores. Estas metas representam as responsabilidades dos gestores, buscando viabilizar o seu cumprimento e a qualificação de áreas estratégicas para a saúde.

As metas expressam compromisso para alcançar objetivos. Para estabelecê-las, alguns fatores devem ser considerados: desempenho em anos anteriores em cada indicador; compreensão do estágio atual e a factibilidade para o seu cumprimento, levando-se em consideração a disponibilidade dos recursos necessários, a capacidade organizacional e os condicionantes políticos e econômicos no período.

Os gestores das três esferas são responsáveis pelo monitoramento e avaliação das respectivas metas pactuadas, de modo que os resultados retroalimentem o planejamento. Ademais são responsáveis por calcular os resultados alcançados, utilizando informações disponibilizadas nas bases nacionais, estaduais e locais.

Neste arquivo estão contidas as séries históricas dos indicadores de pactuação nacional (22 indicadores) e estadual (14 indicadores). Os valores para o ano de 2016 são preliminares e serão atualizados à medida em que as bases dos sistemas de informação forem consolidadas para o ano anterior.

O objetivo deste material é subsidiar tecnicamente o processo de definição de metas do conjunto de indicadores de pactuação nacional e estadual no âmbito do SUS no estado do Rio de Janeiro.

Destacamos que os municípios, em nível local, devem buscar seus dados para uma atualização mais oportuna e que melhor subsidie o processo de definição de metas.

Em caso de dúvidas, por favor, entrar em contato pelo email ais@saude.rj.gov.br

Versão 09.05.17

2.2. Atenção Especializada:

2.2.1. Média complexidade:

É um dos três níveis de atenção à Saúde, considerados no âmbito do SUS. Compõe-se por ações e serviços que visam a atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. Os grupos que compõem os procedimentos de média complexidade do Sistema de Informações Ambulatoriais são os seguintes:

- 1) Procedimentos especializados realizados por profissionais médicos; outros de nível superior e nível médio;
- 2) Cirurgias ambulatoriais especializadas;
- 3) Procedimentos traumato-ortopédicos;
- 4) Ações especializadas em odontologia;
- 5) Patologia clínica;
- 6) Anatomopatologia e citopatologia;
- 7) Radiodiagnóstico;
- 8) Exames ultra-sonográficos;
- 9) Diagnose;
- 10) Fisioterapia;
- 11) Terapias especializadas;
- 12) Próteses e órteses;
- 13) Anestesia.

2.2.2. Alta complexidade:

Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à Saúde (atenção básica e de média complexidade). As principais

áreas que compõem a alta complexidade do SUS, e que estão organizadas em “redes”, são: assistência ao paciente portador de doença renal crônica (através dos procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extra-cardíacos; laboratório de eletro-fisiologia; assistência em traumatologia-ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia; cirurgia de implante coclear; cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos em fissuras lábio palatais; reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos para a avaliação e tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); cirurgia reprodutiva; genética clínica; terapia nutricional; distrofia muscular progressiva; osteogênese imperfecta; fibrose cística e reprodução assistida.

2.2.3. Regulação:

Como os procedimentos de média e alta complexidade não obrigatoriamente serão realizados no território municipal, o conhecimento das referências e contra referências intermunicipais e das pactuações formais (Programação Pactuada Integrada – PPI) e informais vigentes é fundamental na garantia do acesso. É competência do gestor estadual mediar às relações intermunicipais.

2.3. Atenção hospitalar:

A atenção hospitalar representa um conjunto de ações e serviços de promoção, prevenção e restabelecimento da saúde realizado em ambiente hospitalar:

- Hospitais gerais
- Hospitais especializados
- Maternidades
- Hospitais de Emergência

2.4. Assistência farmacêutica:

Grupo de atividades relacionadas a medicamentos, destinadas a apoiar as ações de Saúde demandadas pelas comunidades. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas as suas etapas constitutivas, incluindo a conservação, o controle de qualidade, a segurança, a eficácia terapêutica, o acompanhamento, a avaliação do uso, a obtenção e a difusão de informação sobre eles, bem como a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade, de forma a assegurar seu uso racional. Cabe à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), do Ministério da Saúde (MS), autorizar e conceder o registro de medicamentos no País, além de coordenar e supervisionar atividades de inspeção, controle de riscos e estabelecer normas e padrões para comercialização desses produtos.

O artigo 60 da Lei 8.080/1990 explicita que “estão incluídas no campo de atuação do Sistema Único de Saúde – SUS”, a assistência terapêutica integral, inclusive a farmacêutica, entre outras.

O direito à assistência integral farmacêutica no SUS implica em:

- Partilha de responsabilidades entre os entes federativos.
- Propiciar o acesso igualitário e universal a toda a população.

O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, regulamentou a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, e estabeleceu no artigo 28 que o acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica pressupõe, cumulativamente:

I - estar o usuário assistido por ações e serviços de saúde do SUS;

II - ter o medicamento sido prescrito por profissional de saúde, no exercício regular de suas funções no SUS;

III - estar a prescrição em conformidade com a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas ou com a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos; e

IV - ter a dispensação ocorrido em unidades indicadas pela direção do SUS.

§ 1o Os entes federativos poderão ampliar o acesso do usuário à assistência farmacêutica, desde que questões de saúde pública o justifiquem.

2.4.1. Assistência Farmacêutica Básica:

Prevê um elenco centralizado a ser adquirido e fornecido pelo MS aos estados (Componente estratégico) e um elenco descentralizado a ser adquirido pelos estados e/ou Municípios, com base em um financiamento tripartite. Os medicamentos incluídos no rol de medicamentos estratégicos e, portanto de responsabilidade exclusiva do MS para aquisição, são aqueles destinados ao tratamento de: Hanseníase, Tuberculose, Tuberculose MDR (multidroga-resistente), Lupus, Diabetes, Endemias Focais (malária, leishmaniose...), DST-AIDS e Hemoderivados (albumina, imunoglobulina). Em nosso estado, a aquisição de medicamentos da atenção básica do componente descentralizado é da gestão municipal (Relação Municipal de Medicamentos).

2.4.2. Medicamentos Excepcionais:

Os medicamentos excepcionais podem ser obtidos pelo sistema de cofinanciamento: a União repassa os recursos aos estados, que participam com uma contrapartida de valor variável, conforme os produtos adquiridos. Logo, a responsabilidade pela aquisição é do governo do Estado.

2.5. Gestão do trabalho:

Formulação das políticas orientadoras da gestão, formação, qualificação e regulação dos trabalhadores de Saúde no Brasil. A maior parte das demandas no MP dizem respeito à precarização dos vínculos e ao déficit de recursos humanos.

2.6. Convênios:

São celebrados com órgãos ou entidades federais, estaduais e do distrito Federal, prefeituras municipais, entidades filantrópicas, ONGs, interessados em financiamentos específicos na área de saúde. Objetivam a realização de ações e programas de responsabilidade mútua do órgão Concedente (ou transferidor) e do Conveniente (recebedor). O repasse de recursos é feito de acordo com o cronograma físico-orçamentário aprovado como parte do Plano de Trabalho e com a disponibilidade financeira do concedente. Os recursos podem ser utilizados para o pagamento de despesas correntes e de despesas de capital.

2.7. Vigilâncias:

Vigilância em Saúde: abrange as seguintes atividades: a vigilância das doenças transmissíveis, a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis e dos seus fatores de risco, a vigilância ambiental em Saúde e a vigilância da situação de Saúde. O Ministério da Saúde acompanha as ações desta área através dos indicadores da “Programação das Ações de Vigilância em Saúde”, pactuadas pelos Municípios e acompanhadas pela Secretaria de Estado.

Vigilância ambiental: Conjunto de ações e serviços que objetiva o conhecimento, a detecção ou a prevenção de qualquer mudança em fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente, que possam interferir na saúde humana, no sentido de recomendar e adotar medidas de prevenção e controle dos fatores de riscos relacionados às doenças e aos outros agravos à saúde. As prioridades que estão sendo pactuadas com

as secretarias de estado da Saúde e secretarias municipais da Saúde das capitais são a vigilância em Saúde relacionada à qualidade da água para consumo humano, a vigilância em Saúde relacionada à qualidade do ar e a vigilância em Saúde relacionada à áreas de solos contaminados.

Vigilância sanitária: A vigilância sanitária é um conjunto de ações legais, técnicas, educacionais, de pesquisa e de fiscalização que exerce o controle sanitário de serviços e produtos para o consumo que apresentam potencial de risco à Saúde e ao meio ambiente, visando à proteção e à promoção da Saúde da população. O campo de atuação vigilância sanitária é amplo. Tem por responsabilidade o controle sanitário sobre medicamentos, alimentos e bebidas, saneantes, equipamentos e materiais médico-odonto-hospitalares, hemoterápicos, vacinas, sangue e hemoderivados, órgãos e tecidos humanos para uso em transplantes, radioisótopos e radiofármacos, cigarros, assim como produtos que envolvam riscos à Saúde, obtidos por engenharia genética. Exerce também o controle sanitário dos serviços de Saúde, portos, aeroportos e fronteiras, das instalações físicas e equipamentos, tecnologias, ambientes e processos envolvidos em todas as fases de produção desses bens e produtos e mais o controle da destinação de seus resíduos, do transporte e da distribuição dos produtos referidos. A vigilância sanitária é parte do Sistema Único de Saúde (SUS). A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) é a instância federal do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e, como tal, formuladora de políticas e coordenadora desse subsistema do SUS.

2.8. Mecanismos de Controle Social

Uma das principais diretrizes do SUS é a participação da comunidade na formulação, fiscalização e no acompanhamento da implantação de políticas de saúde nos diferentes níveis de governo.

Alguns exemplos de participação da comunidade como forma de manifestação da democracia participativa são a construção coletiva do Plano Municipal de Saúde, o orçamento participativo; ações de mobilização voltadas à promoção da saúde e prevenção

de doenças de iniciativa ou com apoio popular; Ouvidoria e Conselhos Gestores de Unidade, Conselhos Locais ou ainda Conselhos Populares e Comunitários.

Viabilizando essa participação, a Lei nº 8.142, de 1990, estabelece como mecanismos institucionalizados de participação e controle social as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde.

As Conferências de Saúde tem como objetivo principal a avaliação da situação de saúde e a definição de diretrizes para a política de saúde.

As Conferências devem ser realizadas pelos três níveis de governo. A Lei nº 8.142/90 determina que as Conferências Municipais de Saúde se realizem em prazo determinado por lei, mas, no mínimo, de quatro em quatro anos.

No Município a decisão política de realizar a conferência deve ser do Secretário de Saúde, do Conselho e principalmente do Prefeito. Em casos nos quais o Prefeito não se envolva diretamente na realização, o Conselho deve se empenhar para que este evento seja uma estratégia de aproximação do Prefeito e de outras pessoas do poder local nas questões ligadas à saúde, principalmente as de atuação intersetorial.

O número de delegados deve ser o mais representativo possível. Uma Conferência com menos de 50 delegados, mesmo para Município de pequeno porte, é pouco representativa. Tomar por base o número de instituições dos usuários para propor o número de delegados. É importante que sejam convidadas pessoas como autoridades locais, Secretários de Saúde da Região, palestrantes, profissionais de saúde, agentes comunitários, professores, suplentes de delegados e pessoas de outras instituições ligadas à promoção da saúde.

A Conferência pode incluir plenárias temáticas, para formular propostas sobre a política municipal de saúde para um período determinado no Regimento. A plenária final tem por finalidade aprovar as propostas apresentadas e moções se existirem e escolher delegados

para a Conferência Estadual, quando for o caso. Todo o processo de conclusão da plenária final deve estar no Regimento.

3. O Conselho Municipal de Saúde

3.1. Histórico e definição

Os anos que se seguiram a 1980 foram marcados pela presença na cena pública, de movimentos sociais, que articulados com a sociedade civil e política, empreenderam, no processo de transição democrática, variadas lutas para a conquista de novos espaços de participação política.

O marco institucional no qual essas lutas se inscreveram foi a Constituição de 1988 que, entre outros mecanismos, determinou a criação de Conselhos gestores com a participação social para elaboração e monitoramento de diversas políticas públicas.

Os Conselhos de Saúde foram nesse contexto previstos na Constituição, enquanto espaços institucionalizados, para, além dos debates entre a sociedade civil e política, efetuem o controle social, de natureza propositiva, deliberativa e reivindicativa de políticas públicas na área de saúde. (In *A Disputa pela Construção Democrática na América Latina*, Carla Almeida, Organizadores Evalina Dagnino Alberto J. Oliveira e Aldo Panfichi, Ed. Paz e Terra – O marco discursivo da “Participação Solidária” e a nova agenda de formulação e implementação de ações sociais no Brasil.).

Os Conselhos de Saúde são, em síntese, colegiados de caráter permanente e deliberativo, formados por representantes do governo, profissionais de saúde e usuários do SUS.

O Conselho de Saúde decorre, portanto, do processo de descentralização da gestão da saúde pública, efetivando a participação social. É órgão de instância colegiada, deliberativa e tem por finalidade atuar na formulação e controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

Os Conselhos de Saúde são espaços instituídos de participação da comunidade nas políticas públicas e na administração da saúde, conforme Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012, que aprimorou o marco regulatório dos Conselhos acolhendo experiências acumuladas.

A participação das entidades e movimentos representativos da sociedade na definição das políticas de Saúde, na gestão e controle de sua execução, contribui para garantir o cumprimento da lei do SUS, e o torna democrático e representativo.

3.2. Criação e natureza jurídica dos Conselhos de Saúde

O Conselho de Saúde possui natureza jurídica inovadora, eis que é órgão estatal especial, isto é, espaço público institucionalizado, o que exclui sua vinculação somente ao governo ou somente à sociedade civil organizada. Devem ser compostos de forma paritária por agentes públicos (representantes governamentais e não governamentais), e seus atos são emanados de decisão coletiva.

Os Conselhos de Saúde integram a estrutura básica do Ministério da Saúde, e das Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com composição, organização e competência fixadas na Lei nº 8.142/90, e com finalidade vinculada a estes órgãos, mas possuindo estruturas jurídicas próprias capazes de lhes garantir autonomia política.

Na criação e reformulação dos Conselhos Municipais de Saúde o Poder Executivo, respeitando os princípios democráticos, deverá acolher as demandas da população, manifestadas nas conferências de saúde.

A criação dos Conselhos de Saúde, na esfera municipal, é estabelecida por lei municipal ordinária, elaborada com base na Lei nº 8.142/90. O regimento ou regulamento interno deve ser aprovado pelos conselheiros, em decisão do Plenário do Conselho.

Os conselheiros podem se reunir para deliberar sobre eventuais mudanças na lei que institui o conselho, especialmente quanto a sua estrutura, composição e exercício do cargo de Presidente do Conselho, encaminhando a proposta ao Prefeito Municipal, para propositura de projeto de lei de alteração na Câmara de Vereadores. No caso de criação de cargos junto ao conselho, como contador ou secretário, a ser provido por concurso público, à iniciativa de lei é exclusiva do Chefe do Poder Executivo Local, podendo o Conselho solicitar ao Prefeito a proposição de lei neste sentido.

3.3. Atribuições do Conselho Municipal de Saúde

Para que se possa cumprir o que a Lei determina, o Conselho deve exercer o controle social do SUS. Isso significa dizer que cabe ao Conselho participar da fiscalização e planejamento das políticas de saúde, propondo a forma de emprego dos recursos destinados a estas.

Os projetos previstos no plano municipal de saúde deverão ser objeto de inclusão no Orçamento do Município, através das Leis Orçamentária, de Diretrizes Orçamentária e do Plano Plurianual.

Do mesmo modo o Conselho deve exercer o controle, o planejamento e a fiscalização do Fundo Municipal de Saúde, unidade orçamentária para onde são destinados os recursos a serem gastos com a saúde no Município.

Atua, portanto, na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das Políticas de Saúde, inclusive, nos seus aspectos econômicos e financeiros, através do exercício de atribuições, como as seguintes:

- I- Fortalecer a participação e o Controle Social no SUS, mobilizar e articular a sociedade de forma permanente na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS;

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

- III- Discutir, elaborar e aprovar propostas 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 deliberar sobre o seu conteúdo, conforme as diversas situações epidemiológicas e a capacidade organizacional dos serviços;
- VI- Anualmente deliberar sobre a aprovação ou não do relatório de gestão;
- VII- Estabelecer estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados, a exemplo dos de seguridade social, meio ambiente, justiça, educação, trabalho, agricultura, idosos, criança e adolescente e outros;
- VIII- Proceder à revisão periódica dos planos de saúde;
- IX- 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;
- X- A cada quadrimestre deverá constar dos itens da pauta o pronunciamento do gestor, das respectivas esferas de governo, para que faça a prestação de contas, em relatório detalhado, sobre andamento do plano de saúde, agenda da 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 a Lei Complementar no 141/2012;

- XI- Avaliar, explicitando os critérios utilizados, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde do SUS;
- XII- Avaliar e deliberar sobre contratos, consórcios e convênios, conforme as diretrizes dos Planos de Saúde Nacional, Estaduais, do Distrito Federal e Municipais;
- XIII- Acompanhar e controlar a atuação do setor privado credenciado mediante contrato ou convênio na área de saúde;
- XIV- Aprovar a proposta orçamentária anual da saúde, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias, observado o princípio do processo de planejamento e orçamento ascendentes, conforme legislação vigente;
- XV- Propor critérios para programação e execução financeira e orçamentária dos Fundos de Saúde e acompanhar a movimentação e destino dos recursos;
- XVI- Fiscalizar e controlar gastos e deliberar sobre critérios de movimentação de recursos da Saúde, incluindo o Fundo de Saúde e os recursos transferidos e próprios do Município, Estado, Distrito Federal e da União, com base no que a lei disciplina;
- XVII- Analisar, discutir e aprovar o relatório de gestão, com a prestação de contas e informações financeiras, repassadas em tempo hábil aos conselheiros, e garantia do devido assessoramento;
- XVIII- Fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde e encaminhar denúncias aos respectivos órgãos de controle interno e externo, conforme legislação vigente;
- XIX- 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;

- XX- Estabelecer a periodicidade de convocação e organizar as Conferências de Saúde, propor sua convocação ordinária ou extraordinária e estruturar a comissão organizadora, submeter o respectivo regimento e programa ao Pleno do Conselho de Saúde correspondente, convocar a sociedade para a participação nas pré-conferências e conferências de saúde;
- XXI- Estimular articulação e intercâmbio entre os Conselhos de Saúde, entidades, movimentos populares, instituições públicas e privadas para a promoção da Saúde;
- XXII- Estimular, apoiar e promover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas na área de saúde pertinente ao desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS);
- XXIII- Acompanhar o processo de desenvolvimento e incorporação científica e tecnológica, observados os padrões éticos compatíveis com o desenvolvimento sociocultural do País;
- XXIV- Estabelecer ações de informação, educação e comunicação em saúde, divulgar as funções e competências do Conselho de Saúde, seus trabalhos e decisões nos meios de comunicação, incluindo informações sobre as agendas, datas e local das reuniões e dos eventos;
- XXV- Deliberar, elaborar, apoiar e promover a educação permanente para o controle social, de acordo com as Diretrizes e a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social do SUS;
- XXVI- Incrementar e aperfeiçoar o relacionamento sistemático com os poderes constituídos, Ministério Público, Judiciário e Legislativo, meios de comunicação, bem como setores relevantes não representados nos conselhos;
- XXVII- Acompanhar a aplicação das normas sobre ética em pesquisas aprovadas pelo CNS;

XXVIII- Deliberar, encaminhar e avaliar a Política de Gestão do Trabalho e Educação para a Saúde no SUS;

XXIX- Acompanhar a implementação das propostas constantes do relatório das plenárias dos Conselhos de Saúde; e

XXX- Atualizar periodicamente as informações sobre o Conselho de Saúde no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS).

Como exemplo de estratégia de atuação e a construção de política de saúde através dos Conselhos na comunidade, tem-se o caso de um Município que inaugurara Posto de Saúde, entretanto, os bairros vizinhos continuavam a apresentar altos índices de infecção e baixo índice de vacinação, além de baixo índice de frequência escolar das crianças. O Conselho de Saúde local, ao indagar a comunidade sobre a situação, obteve a informação de que entre o Posto de Saúde e o bairro havia um córrego a ser cruzado, que gerava aumento de doenças e baixas na frequência escolar, sendo indicada a construção, no plano imediato, de uma ponte, que evitasse o contato com o córrego, o que preveniu a aquisição de nova ambulância para remoções e novo Posto de Saúde, ampliando a frequência à unidade básica de saúde e reduzindo índices de infecção.

3.4. Legislação aplicável

A Constituição Federal, no art.198, dispõe sobre as diretrizes que norteiam as ações e políticas de saúde, prevendo: a descentralização em cada esfera de governo; rede regionalizada e hierarquizada; atendimento integral, priorizando as ações preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e estabelece a participação comunitária.

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

A Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que trata da transparência, visibilidade, fiscalização, avaliação e controle da gestão de saúde, reafirmando a importância da participação da comunidade na saúde e destacando que o incentivo a participação popular garante a transparência e controle preventivo.

O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamentam a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080.

A Resolução CNS nº 453, de 10 de maio de 2012, que aprimora o Controle Social da Saúde no âmbito nacional e atende às demandas dos Conselhos Estaduais e Municipais referentes às propostas de composição, organização e funcionamento, conforme o § 5º inciso II art. 1º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990,

As Leis Municipais específicas e o Regimento Interno de cada Conselho Municipal, elaborados de acordo com a Lei nº 8.142 e Resolução CNS nº 453, assegurarão a autonomia dos Conselhos Municipais, definindo suas estruturas de acordo com as especificidades regionais, porém sempre atentos ao mínimo estabelecido na legislação federal, para desempenho eficiente de suas funções.

3.5. Composição do Conselho Municipal de Saúde

Considerando que o Conselho Municipal de Saúde consubstancia a participação da sociedade organizada na administração da Saúde, como Subsistema da Seguridade Social, propiciando seu controle social, a Legislação deve estabelecer a composição paritária de usuários, em relação ao conjunto dos demais segmentos representados.

Os segmentos, diretamente, ligados ao setor da saúde que devem compor o Conselho Municipal de Saúde são: representantes dos usuários, aqueles que fazem uso dos serviços de saúde; representantes dos trabalhadores de saúde, gestores e prestadores de serviços.

Abrangem os trabalhadores da saúde, dirigentes de órgãos e unidades de saúde, representantes de hospitais, laboratórios, clínicas, conveniados (filantrópicos e privados), instituições públicas (universidades, escolas, etc.).

O número de conselheiros será indicado pelo Plenário do Conselho e da Conferência Municipal de Saúde, devendo ser definido em Lei.

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 Municipal de Saúde.

É de extrema importância para a manutenção da representatividade da entidade da sociedade civil organizada nos Conselhos, que os conselheiros eleitos pelos segmentos no âmbito da Conferência de Saúde, mantenham permanente e efetivo contato com sua base eleitoral, colhendo suas demandas e prestando contas de seu mandato.

A representação dos usuários, de 50 % do número total de conselheiros, deve ser rigorosamente cumprida, bem como os 25% das vagas destinadas aos trabalhadores da saúde e 25% para gestores e prestadores de serviços conveniados ao SUS.

De acordo com as especificidades locais de cada Município, 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, confederações, conselhos profissões regulamentadas, federações, confederações e sindicatos, obedecendo as instâncias federativas;
- 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.

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

Recomenda-se pela Resolução nº 453/CNS a renovação dos representantes das entidades e movimentos. E que a cada eleição, os segmentos de representações de usuários, trabalhadores e prestadores de serviços, ao seu critério, promovam a renovação de, no mínimo, 30% de suas entidades representativas.

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 alterado o seu Regimento Interno, com homologação pelo gestor.

A Composição, representação e representatividade no Conselho de Saúde é objeto de estudo pelos teóricos, e tem se revelado como tema apresentado pelos conselheiros nos

encontros com o Ministério Público. Este é um problema recorrente. Com frequência, a realidade da composição do Conselho de Saúde não segue o princípio da paridade e os critérios de escolha do representante são mal conhecidos. Ocorrem casos em que um mesmo conselheiro representa segmentos com interesses opostos (por exemplo, usuários e prestadores) ou é um político em cargo eletivo (em geral, vereador). Com a mesma frequência, o conselheiro é indicado pelo Prefeito ou Gestor ou por entidades alheias ao Conselho de Saúde (Ordem dos Advogados do Brasil, clubes de serviço como Rotary e Lions etc.), bem como por agremiações desconhecidas da comunidade.

Já os prestadores privados praticamente não participam porque resolvem seus pleitos diretamente com o gestor, e, quando presentes, é comum verificar o constrangimento dos conselheiros na livre expressão, em particular os do segmento dos usuários.

Segundo Maria Eliana Labra, a abrangência e heterogeneidade dessas representações não conferem o devido relevo à realidade constatada de que predominam as associações de moradores entre os representantes dos usuários nos Conselhos de Saúde, posto que ocupam entre 65% e 75% dos assentos desse segmento, como revelaram pesquisas no Estado do Rio de Janeiro.

Ademais, os usuários de serviços e consumidores em geral têm grande dificuldade para se agrupar porque seus interesses são difusos, de modo que encontram nas associações de vizinhança o canal mais próximo para veicular demandas.

Em relação à representatividade, um fator notado que complexifica a questão consiste na proporcionalidade entre habitantes e conselheiro.

Levantamento do Ministério da Saúde nos Conselhos Municipais de Saúde pesquisados indica que a média de conselheiros titulares é de 15 (quinze), aproximadamente, que duplica nos municípios de mais de dois milhões de habitantes.

Igualmente varia a razão habitantes/conselheiro, que nos municípios pequenos (até cinco mil habitantes) é de 280/1, alcançando 175.187/1 nos de grande porte (dois milhões e mais) (MS/SGP, 2004a), por razões totalmente aleatórias.

O fenômeno se acentua mais ainda ao considerar-se somente os conselheiros do segmento dos usuários, conforme constatou pesquisa realizada junto aos 12 Conselhos de Saúde distritais do município do Rio de Janeiro em 2002. Observou-se uma variação entre o máximo de 48 mil e o mínimo de 08 mil habitantes por conselheiro desse segmento, aumentando a desproporção nas zonas mais carentes e povoadas da cidade (Labra, 2003).

Deve-se levar em conta, por um lado, que a representação dos usuários nos Conselhos de Saúde não é política, e sim de interesses, e que estes usuários são representados mediante uma ampla e variada gama de associações (de vizinhança em primeiro lugar, de necessidades específicas em segundo e outras em terceiro). Por outro lado, não há como estabelecer uma fórmula ou quociente entre o conselheiro e o número de pessoas da comunidade que deveria representar. Uma alternativa para minimizar as distorções seria utilizar a variável população territorial, mas isso significaria instalar um incontável número de conselhos. Desse modo, parece que por enquanto o problema é de solução praticamente impossível⁵.

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 ser reconduzidos, a critério das respectivas representações.

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

⁵ LABRA, Maria Eliana. Conselhos de Saúde Visões “micro” e “macro”. Civitas Revista de Ciências Sociais, 2006, v.6, p. 115.

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

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 Conselho Nacional de Saúde, quando da criação de novo Estado da Federação.

Isto porque, para receberem os recursos do SUS, de que trata o art. 3º da Lei nº 8.142/90, os Municípios deverão contar com:

- I. Fundo Municipal de Saúde;*
- II. Conselho Municipal de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990; III. Plano Municipal de Saúde;*
- III. 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;*
- IV. 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.*

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.

3.6. O que é necessário para a operacionalização do Conselho Municipal de Saúde?

Segundo as diretrizes do Ministério da Saúde, estabelecidas na Resolução nº 543/2012, os Governos Municipais devem garantir autonomia para o pleno funcionamento do Conselho

Municipal de Saúde, o que inclui: dotação orçamentária, secretaria executiva e estrutura administrativa e apoio técnico.

Considerando a previsão constitucional de participação da comunidade na execução do SUS, e a previsão da lei federal nº 8.142/90 do conselho de saúde como instrumento dessa participação, as diretrizes formuladas no âmbito do Conselho Nacional, no qual constam representantes de todos os conselhos, locais e regionais, ensejam o entendimento do Ministério Público acerca do caráter vinculante desses princípios para os gestores locais, analisando-se cada caso concreto e normas municipais à luz da garantia de autonomia do conselho de saúde.

O Plenário do Conselho Municipal de Saúde é a sua instância máxima deliberativa e se reunirá, no mínimo, a cada mês e, extraordinariamente, quando necessário. Funcionará baseado em seu Regimento Interno já aprovado.

Ao Plenário compete, dentre outras funções, debater, analisar, apreciar e deliberar sobre toda e qualquer matéria atinente à saúde, bem como discutir, analisar, apreciar e deliberar sobre toda e qualquer matéria afeta ao funcionamento do CMS. Deve, ainda, informar sobre fatos, eventos, denúncias ou outras questões relacionadas à saúde.

A pauta e o material de apoio às reuniões devem ser encaminhados aos conselheiros com antecedência para a devida preparação de todos.

As reuniões plenárias devem ser abertas ao público, e divulgadas na comunidade. A experiência demonstra que o respeito às funções e garantias dos conselheiros de saúde é diretamente proporcional à sua capacidade de mobilização social.

O Plenário do Conselho deverá manifestar-se por meio de resoluções, recomendações, moções e outros atos deliberativos, que devem ser amplamente divulgados, como todas as demais atividades, nos diários oficiais, em boletins, jornais, cartazes e outros meios de comunicação.

As decisões do Conselho de Saúde serão adotadas, em Plenário, mediante quorum mínimo da metade mais um de seus integrantes.

As resoluções serão obrigatoriamente homologadas pelo Prefeito Municipal, em um prazo máximo de 30 (trinta) dias, dando-lhes publicidade oficial. De- corrido o prazo mencionado e não sendo homologada a resolução, nem enviada pelo gestor ao Conselho uma justificativa, com proposta de alteração ou rejeição para ser apreciada na reunião seguinte, as entidades que integram o Conselho Municipal de Saúde podem buscar a validação das resoluções, recorrendo, quando necessário, ao Ministério Público ou ao Poder Judiciário por suas estruturas próprias.

É aconselhável que a atuação dos Conselhos Municipais inclua uma agenda temática, organizada levando-se em conta a pertinência (discussões sobre temas que são atribuições do Conselho), a relevância (temas prioritários e importantes para o Conselho) e a urgência de cada tema proposto, a fim de possibilitar a formulação de estratégias e o controle da execução da política municipal.

A organização desta agenda temática deve contemplar, conforme a realidade e a necessidade de cada Conselho ou da população local, entre outros, os seguintes temas:

1) Organização e funcionamento dos Conselhos Municipais:

- Composição dos Conselhos Municipais: paridade, legitimidade e representatividade dos conselheiros municipais;
- Informações e capacitação continuada dos conselheiros municipais quanto à legislação, à organização da gestão e às políticas e prerrogativas dos Conselhos Municipais;
- Integração com a população por meio de campanhas de divulgação do papel dos Conselhos, de estratégias de valorização na sociedade do papel dos Conselhos para o fortalecimento do controle social, de vínculos com outras instâncias de controle social, de campanhas educativas para democratizar a informação e propiciar a atuação de outras entidades e outros atores sociais no controle social;

- Vínculos entre os diversos Conselhos Municipais, com o objetivo de formular, acompanhar e fiscalizar as políticas intersetoriais;
- Estratégias de criação e fortalecimento de Conselhos Regionais, Distritais e/ ou Locais, destacando-se: criação de ouvidorias nos níveis de atuação de cada conselho, aumento da comunicação entre os Conselhos (fortalecer as Plenárias de Saúde), promoção da capacitação constante dos gestores e conselheiros, aprimoramento do processo de escolha dos conselheiros (observar não só o critério da legalidade, mas também da representatividade e da legitimidade) e avaliação periódica do Controle Social.

2) Gestão da Política Municipal:

- Modelos de gestão;
- Estratégias para a identificação e a definição dos serviços e programas de referência no município e na região;
- Estratégias para a qualificação dos serviços, com humanização do atendimento, gratuidade, universalidade e cumprimento dos demais princípios e diretrizes da política municipal;
- Planejamento de ações Inter setoriais;
- Políticas, projetos e programas específicos;
- Criação de centrais informatizadas que facilitem e democratizem o acesso às políticas municipais.

3) Financiamento:

- Recursos financeiros estáveis e suficientes para o desenvolvimento da política municipal, especificando os provenientes do orçamento municipal e os que serão transferidos pelo Estado e pela União;
- Mecanismos para viabilizar as informações relativas aos fundos municipais, que permitam a efetiva participação dos conselheiros na fiscalização e no controle desses recursos;

- Previsão de recursos e proposta de orçamento específico para o custeio das atividades dos Conselhos Municipais;

4) Recursos Humanos:

- Estratégias de contratação, formação continuada, carga horária e remuneração dos profissionais do Município;
- Estratégias de qualificação que favoreçam a humanização do atendimento e criação de mecanismos para investigação de denúncias de mau atendimento nos serviços municipais;
- Estratégias de ampliação da política de recursos humanos que contemplem melhores salários, o respeito às jornadas de trabalho, a isonomia salarial e o Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS), e estratégias de implantação da política de fixação de profissionais nos Municípios;
- Projetos de qualificação de pessoal com recursos do Fundo de Amparo ao
- Trabalhador - FAT e com a participação das universidades.

5) Estratégias de Informação, Educação e Comunicação com a Sociedade:

- Divulgação dos trabalhos e resoluções dos Conselhos Municipais, em articulação permanente com a mídia;
- Criação e atualização de bancos de dados sobre as políticas municipais, com amplo e livre acesso aos interessados;
- Acesso a informações sobre a gestão da União, Estados e Municípios, inclusive nos aspectos financeiros;
- Divulgação dos planos plurianuais e dos planos, programas e projetos municipais;
- Estratégias de comunicação com a sociedade e agenda de trabalho dos
- Conselheiros, incluindo a realização de campanhas públicas, a participação em fóruns e reuniões locais, com o objetivo de envolver a comunidade e fortalecer os Conselhos Municipais.

Além dos assuntos de dimensão local, também o acompanhamento, a avaliação e a elaboração de propostas sobre questões de interesse geral, estadual e nacionais, tais como: a organização da gestão da política setorial no(s) âmbito(s) estadual e/ou nacional; o financiamento da política setorial: as fontes de recursos, os critérios de distribuição, a proposta e a execução orçamentária; as políticas e os programas prioritários; o cumprimento da legislação; a política de recursos humanos; as decisões tomadas pelos Conselhos Setoriais nessas esferas de poder (estadual e nacional).

Sempre que possível, a estratégia de atuação dos Conselhos Municipais deve incluir as seguintes ações:

- A realização de reuniões descentralizadas nos distritos, bairros e comunidades, com ampla divulgação prévia à população local, a fim de tornar pública a ação do Conselho, de ampliar a interlocução com a sociedade e de aumentar a participação e a mobilização da sociedade;
- A promoção de fóruns intermunicipais, visando à discussão da política municipal em cada região;
- A realização de reuniões itinerantes em bairros e comunidades para alargar a divulgação de informações e a interlocução com a sociedade e aumentar a participação e a mobilização da sociedade, visto que o respeito às deliberações dos Conselhos Municipais também está vinculado à sua inserção social e consequente capacidade de mobilização na sociedade;
- A promoção de audiências públicas para discutir grandes temas sociais, como o financiamento da política municipal, as organizações sociais, entre outros.

3.7. A Chefia do Conselho de Saúde

O Ministério Público recomenda a completa adoção da regra democrática de eleição direta para o cargo de Presidência do Conselho de Saúde, nos termos anteriormente previstos da quarta diretriz, item VII, da Resolução nº 333 do CNS. Ao refletir a necessidade de autonomia do Conselho, esta diretriz importa em observância ao Princípio da Moralidade e ao Princípio Democrático, insculpidos na Constituição da República.

Ademais, considerando que é papel do Conselho de Saúde a fiscalização e controle dos gastos do Fundo da Saúde, bem como o encaminhamento para o seu Plenário e para outras entidades, como Ministério Público e Tribunal de Contas, de notícias de irregularidades na aplicação dos recursos destinados à saúde e na execução da política pública, dentre outras

Funções acima descritas, afigura-se, a princípio, incompatível o exercício da função de Presidente do Conselho pelo Gestor, seja Secretário Estadual ou Secretário Municipal de Saúde, dependendo da esfera. A questão pode ser, é claro, ser objeto de debate e análise no caso concreto.

Historicamente já foram observados vários modelos de chefia do Conselho de Saúde. No Município de São Paulo, por exemplo, a chefia do Conselho de Saúde foi exercida pelo Secretário Municipal de Saúde. Assim, também, no Município de Nova Friburgo (RJ). Mas esta não é uma obrigatoriedade, conforme observado nas diretrizes da Resolução nº 333/03.

No Município de Fortaleza, por exemplo, a chefia do Conselho Municipal de Saúde possuía uma Mesa Diretora do Plenário. Os integrantes desta mesa são eleitos pelos Conselheiros, em reunião do Plenário.

No Município de Porto Alegre, a direção do CMS exercia-se por um Núcleo de Coordenação composto por 08 (oito) membros, todos conselheiros titulares e/ou suplentes de entidades ou Conselhos Distritais de Saúde que compõem o Plenário, os quais desempenharão os cargos de Coordenador, Vice coordenador e 06 (seis) Coordenadores Adjuntos, eleitos pelo Plenário para um mandato de dois anos. A composição do Núcleo de Coordenação contemplava a paridade, sendo 04 (quatro) representantes do segmento dos usuários, 02 (dois) representantes do segmento dos trabalhadores em saúde, 01 (um) representante do segmento dos prestadores de serviço e 01 (um) representante do gestor municipal de saúde, como membro nato.

Neste modelo, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) participa obrigatoriamente como membro nato na SETEC - Secretaria Técnica, com função assessora, que tem por finalidade subsidiar e qualificar as deliberações do Plenário, através de parecer técnico, sendo formada, no mínimo, de 06 (seis) representantes, dos quais pelo menos dois terços seriam indicados por entidades ou Conselhos Distritais de Saúde que compõem o CMS/POA, podendo os demais, a convite do CMS/POA, ser indicados por entidades ou órgãos que têm atuação na área da saúde, desde que garantida à paridade com o segmento dos usuários.

3.8. Secretaria Executiva, Orçamento e Infraestrutura

A Secretaria Executiva deve ser subordinada ao Plenário do Conselho de Saúde, que definirá sua estrutura e dimensão. A esta compete coordenar e executar as atividades administrativas do CMS, bem como zelar pela organização, manutenção e guarda da sua documentação e acervo, dentre outras funções estabelecidas no Regimento Interno de cada Conselho. É fundamental que estes cargos administrativos sejam providos por servidores públicos de natureza efetiva, ou seja, cargos providos por concurso público, assegurando a continuidade das atividades do conselho, sua organização e memória de dados da saúde sob acompanhamento desse espaço institucionalizado.

Segundo as diretrizes da Resolução nº 453/2012, o Conselho de Saúde deve decidir sobre o seu orçamento. Esse orçamento deve ser planejado e ter seu teto definido pelos conselheiros, em votação no respectivo Plenário, segundo as disponibilidades orçamentárias de cada Município.

Dessa forma, caberá ao Conselho empregar os recursos que lhe são destinados na consecução de suas atividades, e manutenção de sua estrutura, na qual se inclui o apoio técnico necessário para a consecução de suas atividades, tais como assessoria jurídica, contábil, de informática e comunicação social, podendo ser viabilizada, através dos governos municipal e estadual ou de consórcios entre Municípios, ou mesmo por qualquer outro meio legal, a contratação desses profissionais.

O Conselho Municipal de Porto Alegre, por exemplo, conta, de acordo com seu Regulamento Interno, com Assessorias Especiais, cuja função é de assessoramento técnico, nas áreas jurídica, contábil, de comunicação social, informática e outras que forem julgadas necessárias e oportunas, e estão subordinadas ao Núcleo de Coordenação (chefia do CMS/POA). As assessorias são exercidas por funcionário designado pela Secretaria Municipal de Saúde, ou através de parceria com as Universidades ou contratadas para atuar diretamente no CMS/POA.

Neste ponto, é importante lembrar o dever do governo municipal de garantir a autonomia do Conselho Municipal de Saúde.

Desta forma, a infraestrutura deve ser garantida pelo respectivo poder executivo municipal, e deverá incluir: instalações físicas para a Secretaria Executiva, Comissões ou Câmaras Técnicas e Assessorias, sala de reuniões, bem como equipamentos, tais como telefone, fax, computador, fotocopadora, transporte para entrega de convocações e material de consumo para o trabalho, e servidores, tecnicamente, capacitados e concursados.

Os Conselhos Municipais devem criar Comissões Temáticas permanentes com livre acesso às informações de que necessitem para discutir e preparar as demandas que lhes são encaminhadas, antes de serem submetidas e votadas nas reuniões dos Conselhos. As comissões devem ser criadas conforme a necessidade de aprofundamento dos temas da agenda dos Conselhos.

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.

Importante ressaltar que a cada três meses, o Gestor do SUS fará a prestação de contas, em relatório detalhado, contendo dentre outros, andamento do plano de saúde, a 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 e com a Lei Complementar nº 141/2012, destacando-se o grau de congruência com os princípios e diretrizes do SUS. Deverá ser assegurado, constando das pautas, o pronunciamento do Gestor Municipal.

3.9. Formação e Capacitação para os Conselheiros Municipais

Os Conselhos Municipais, com apoio das secretarias municipais e/ou de assessorias, devem fazer um cadastro das organizações, instituições e iniciativas voltadas para a formação de conselheiros, promovendo uma permanente retroalimentação dos dados e atualização de cadastros.

Os cursos de capacitação para conselheiros municipais devem envolver também a sociedade civil organizada que não tem assento nos Conselhos, bem como técnicos das prefeituras, e trabalhar mais e melhor a consciência do que é ser um conselheiro municipal.

Os governos municipais devem prever em seus orçamentos os recursos financeiros para os projetos de capacitação, deixando aos Conselhos a coordenação e a implementação dos cursos, seminários e oficinas.

4. Conselheiros Municipais de Saúde: responsabilidades, direitos e deveres

A 10ª Conferência Nacional de Saúde recomendou a realização de capacitação de conselheiros, considerando que as atividades do Conselheiro de Saúde são de relevância pública. Assim, é importantíssimo começar este tópico definindo que a relevância pública de sua atuação deve ser sempre o norte de todo Conselheiro de Saúde.

A relevância dessa função foi inclusive destacada na Resolução nº 453/2012 na Terceira Diretriz, inciso XI que estabeleceu responder o conselheiro, no exercício de sua função, pelos seus atos conforme legislação vigente. E expressamente dispõe no inciso X a relevância pública da função.

O Conselheiro deve atuar com responsabilidade e representar bem aqueles que o elegeram e, para isso, deve, antes de mais nada, conhecer os problemas do serviço de saúde e pensar em maneiras resolvê-los.

Inicialmente todos os Conselheiros devem procurar conhecer quais as necessidades dos segmentos que representam nos Conselhos, qual a realidade do seu bairro e do Município, quais são as demandas da população. Uma boa forma de exercer a função de Conselheiro é buscar saber sempre mais sobre como as pessoas de sua comunidade vivem, adoecem e morrem, além de conhecer um pouco mais sobre as doenças, suas causas e como evitá-las.

Os Conselheiros também precisam conhecer as unidades de saúde responsáveis pelos diversos tipos de atendimento, desde aquelas que atendem os casos mais simples, até aquelas que fazem atendimentos mais complexos.

Além de se informar sobre os problemas, o Conselheiro precisa buscar conhecer as medidas que devem ser tomadas para solucioná-los. Assim, em pouco tempo, o Conselheiro vai compreender quais são as políticas públicas responsáveis pela resolução dessas questões.

Conhecendo os problemas do seu bairro e do seu Município, bem como as políticas públicas necessárias para enfrentá-los, o Conselheiro poderá estabelecer uma escala de prioridades pelas quais irá lutar no Conselho e se sentirá seguro a respeito de suas reivindicações.

É muito importante a ação dos Conselheiros de Saúde nas negociações com o Poder Público quando se trata de escolher e indicar as prioridades que devem ser objeto de políticas públicas.

O Prefeito tem por obrigação discutir propostas, por intermédio do Secretário de Saúde, com o Conselho de Saúde, acatando suas decisões, quando elas forem tomadas democraticamente.

As diretrizes da Política Nacional de Saúde são definidas, no governo federal, pelo Ministério da Saúde com a participação do Conselho Nacional e das Conferências Nacionais de Saúde. No âmbito estadual, elas são definidas considerando a realidade de cada Estado pela Secretaria Estadual de Saúde, com a participação do Conselho Estadual e das Conferências Estaduais de Saúde. Aos Municípios cabe conhecer as diretrizes estaduais e defini-las conforme as realidades locais. Essa escolha é feita pelos Secretários Municipais com a participação dos respectivos Conselhos Municipais de Saúde e vão se transformar nas políticas municipais de saúde.

Com o conhecimento dos problemas, das políticas e das prioridades, a função do Conselheiro será apresentar propostas, fiscalizar ações, despesas, cobrar providências, enfim, exercer o Controle Social do SUS em seu Município. Ou seja, além de influir na formulação das políticas de saúde e acompanhar de perto sua implantação, é tarefa do Conselheiro de Saúde fiscalizar as ações, obras e gastos na área de saúde.

Ou seja, além de influir na formulação das políticas de saúde e acompanhar de perto sua implantação, é tarefa do Conselheiro de Saúde fiscalizar as ações, obras e gastos na área de saúde.

Compete ao Conselheiro avaliar o Relatório Anual de Gestão e acompanhar a execução das ações definidas no Plano Municipal de Saúde.

Como esses documentos explicitam o que a Administração Pública pretende realizar ou realizou no sentido de atender aos problemas na área de saúde, assim como os recursos

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

A análise do Relatório de Gestão, como a Prestação de Contas, permite conhecer e fiscalizar o que foi realizado, o que não foi e por que não foi. Dá ao Conselheiro a oportunidade de avaliar justificativas e de participar do processo de acompanhamento da execução do Plano de Saúde aprovado.

Familiarizar-se com esses documentos é parte das habilidades técnicas que o Conselheiro precisa adquirir, para o exercício de sua função, podendo e de- vendo recorrer, sempre que necessário, aos órgãos técnicos da Prefeitura, que têm a obrigação de assessorar o Conselho.

Não raro, esses documentos são enviados na última hora, com prazos exíguos para análise, ou sequer são encaminhados aos Conselheiros.

Os Conselheiros não podem aceitar essa conduta. Só com conhecimento pleno de todas as ações de saúde e do planejamento da Secretaria é que se torna possível participar ativamente desse processo, acompanhando de perto. Evidentemente, esse conhecimento não se adquire com leituras rápidas e superficiais. Os Conselheiros não devem aceitar deliberar sobre documentos ou matérias aos quais não tiveram acesso ou sobre os quais não foram plenamente esclarecidos.

Ao dispor sobre o funcionamento do Conselho, nesse sentido, a Quarta Diretriz da Resolução CNS nº 453/2012 estabeleceu que a pauta e material de apoio às reuniões devem ser encaminhados aos conselheiros com antecedência mínima de 10 (dez) dias.

É comum também que os Conselheiros recebam denúncias que são apresentadas pela população. Essas denúncias devem ser encaminhadas ao Conselho para discussão e deliberação, cabendo a este repassá-las aos órgãos competentes quando for o caso. Se o Presidente do Conselho não o fizer por qualquer razão, os Conselheiros deverão discutir e encontrar um meio de fazê-lo, no Plenário do Conselho, ou então levar essa denúncia ao

Ministério Público. Os Conselheiros de Saúde podem contar com o Ministério Público como aliado em suas reivindicações legais.

Não é função dos Conselheiros o encaminhamento de pessoas aos serviços de saúde ou a tentativa de resolver pessoalmente os problemas apresentados. O Conselheiro não tem função executiva.

Quando o Conselheiro toma a decisão equivocada de tentar resolver pessoalmente essas questões, corre o risco de beneficiar apenas alguns e acabar prejudicando os demais, podendo sofrer acusações de atender a interesses partidários ou a ambições políticas pessoais do próprio Conselheiro.

Também os Conselheiros que representam servidores públicos e prestadores de serviços devem estar atentos para evitar atitudes corporativistas, que privilegiem os interesses de sua classe profissional em detrimento de objetivos mais gerais.

Vale lembrar que o Conselheiro não deve trabalhar para si, atendendo seus interesses pessoais, porque representa uma parcela significativa da sociedade e o interesse das pessoas que o elegeram. Por mais que um Conselheiro, em sua vida pessoal, apoie um partido político com que se identifique ideologicamente, ele representa, no Conselho, os interesses do segmento que o escolheu.

Os Conselheiros nem sempre defenderão propostas semelhantes, mas não devem esquecer que todas elas devem estar norteadas pelo interesse da população. Cabe aos Conselheiros negociar soluções, ou seja, discutir e buscar acordos uns com os outros, visando encontrar as melhores propostas para a saúde do Município.

O Conselheiro deve estar preparado para os conflitos que são inevitáveis e tem que estar disposto a discussões e polêmicas que fazem parte do processo democrático. Por isso, deve buscar agir com habilidade, paciência e perseverança, para evitar armadilhas e perseguir negociações, em nome da obtenção de resultados consensuais, que tornarão os

Conselhos mais produtivos. Deve, acima de tudo, buscar se libertar de interesses pessoais, políticos ou corporativistas, pensando sempre e em primeiro lugar no interesse coletivo.

Não pode o Conselheiro esquecer que, além de direitos, tem também responsabilidades, já que atua na qualidade de agente público. Assim, deve sempre observar em sua atuação os deveres de honestidade, ética, probidade e legalidade. Eventuais atos ilícitos praticados pelos Conselheiros, no exercício de suas funções ou a pretexto de, pode gerar a aplicação de sanções civis e até mesmo penais, sem prejuízo do desligamento do Conselho.

Por fim, devemos ressaltar que o Conselho não guarda nenhuma subordinação com a Secretaria de Saúde, eis que se trata de um órgão independente. O que se espera dos Conselheiros é a insubmissão e o exercício do livre poder de decisão no que diz respeito às suas atribuições. Assim, o Conselheiro não pode se intimidar diante de pressões e conflitos com o Poder Público, porque sua atuação é garantida por lei.

Quando a decisão do Conselho for desrespeitada pelo governo, este fato deve ser comunicado ao Conselho Estadual de Saúde e, principalmente, ao Ministério Público, para que sejam adotadas as medidas cabíveis, inclusive judiciais se for o caso.

O Ministério Público também tem participação nas políticas de saúde do Município. O Ministério Público exerce o controle externo através do acompanhamento das políticas de saúde e da fiscalização do sistema de saúde. Mas, além disso, o Ministério Público dispõe também de mecanismos judiciais de atuação, tais como as ações civis públicas e as ações de improbidade administrativa. Por isso é tão importante a atuação articulada do Ministério Público e do Conselho Municipal de Saúde. Essa ação coordenada fortalece as instituições por potencializar a eficácia de suas funções de controle como um todo.

5. Situações que demandariam a atuação do Conselho Municipal de Saúde. Casuística

Com o objetivo de exemplificar as possibilidades de atuação dos Conselheiros Municipais de Saúde, será apresentado um rol de situações, que possibilitam a intervenção do CMS:

- a) *Verificar se todos os bairros de seu Município possuem serviço de Atenção Básica funcionando de forma satisfatória;*
- b) *Quais são as ações e serviços de Atenção Básica à saúde que estão sendo desenvolvidos;*
- c) *Se existe Programa de Agentes Comunitários de Saúde implantado e que parcela da população abrange;*
- d) *Se existe o Programa de Saúde da Família implantado e qual a cobertura;*
- e) *O número de unidades de saúde e sua localização no Município, sejam policlínicas, postos, centros de saúde, unidades de coleta de transfusão de sangue, unidades de reabilitação e fisioterapia, unidades de reabilitação e fisioterapia, unidades de odontologia, hospitais ou laboratórios;*
- f) *O número de profissionais de saúde por especialização;*
- g) *O número de leitos por clínica, tanto médica, pediátrica, cirúrgica e obstétrica, que o Município tem disponível para o Sistema Único de Saúde-SUS;*
- h) *Se os serviços estão devidamente organizados;*
- i) *Quem autoriza e controla as internações e se existe central de marcação de consultas, exames e internações;*
- j) *De que maneira está organizada a distribuição de medicamentos no Município;*
- k) *De que maneira a população avalia a qualidade dos serviços de saúde, tanto ambulatoriais quanto hospitalares;*
- l) *Se a Vigilância Sanitária está implantada e atuante;*
- m) *De que maneira o Município encaminha a sua população para os Municípios de referência quando necessita de algum serviço disponível, seja rotineiro ou não;*
- n) *Aferir se o Município descumpra a regra do Concurso Público;*

o) *Verificar se o Município/Estado realiza terceirização de serviços médicos;*

6. O Ministério Público e os Conselhos de Saúde

O Ministério Público como indutor de políticas públicas também deve estreitar os laços com os conselhos gestores de políticas públicas, aprendendo a compartilhar decisões e agir de forma integrada e menos personalizada.

No ano de 2014 a Comissão Permanente de Defesa da Saúde (COPEDS) do Grupo Nacional de Direitos Humanos (GNDH), órgão do Conselho Nacional de Procuradores Gerais (CNPJ), aprovou, na II Reunião Ordinária de 2014, realizada nos dias 07, 08 e 09 de maio de 2014, a seguinte redação de Enunciado:

Cabe ao Ministério Público, no que concerne à diretriz constitucional da participação da comunidade, fiscalizar as composições paritárias dos conselhos de saúde, suas estruturas, funcionamento e verbas de custeio. Para tanto, deverá articular com as administrações públicas, movimentos sociais ligados à saúde e os próprios conselhos o cumprimento das disposições da RES. 453 do Conselho Nacional de Saúde, com o fito de agregar maior efetividade aos ditames do Ac. 1660/2011 – TCU (grifo nosso);

O artigo 22 da lei complementar n. 141/12, estabelece que:

Art. 22. É vedada a exigência de restrição à entrega dos recursos referidos no inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal na modalidade regular e automática prevista nesta Lei Complementar, os quais são considerados transferência obrigatória destinada ao custeio de ações e serviços públicos de saúde no âmbito do SUS, sobre a qual não se aplicam as vedações do inciso X do art. 167 da Constituição Federal e do art. 25 da Lei Complementar no 101, de 4 de maio de 2000.

Parágrafo único. A vedação prevista no caput não impede a União e os Estados de condicionarem a entrega dos recursos:

I - à instituição e ao funcionamento do Fundo e do Conselho de Saúde no âmbito do ente da Federação; e

II - à elaboração do Plano de Saúde (grifos nossos).

O Tribunal de Contas da União (TCU), no Acórdão TCU n. 1660/11, também determinou ao Ministério da Saúde que se abstenha de transferir valores aos entes da federação que não observam a paridade na composição dos respectivos Conselhos de Saúde, “[...] de forma a privilegiar as unidades que tenham compromisso com o efetivo controle social, consoante previsto nos incisos II e parágrafo único do art. 4º da Lei nº 8.142/90, c/c a terceira diretriz da Resolução n. 333/2003, do Conselho Nacional de Saúde”, hoje sucedida pela Resolução n. 453 do Conselho Nacional de Saúde.

Assim em 2014, o CAO Saúde disseminou para os Promotores de Justiça com atuação específica na área modelos de Recomendações para que os Prefeitos, as Câmaras de Vereadores e os Conselhos de Saúde, exerçam a iniciativa de lei formal e material para:

(I) criação/regularização da criação do Conselho Municipal de Saúde;

(II) observância, quando da elaboração do projeto de lei, o disposto na legislação acerca da organização, estrutura, funcionamento e financiamento do Conselho Especial de Saúde, em especial o artigo 198 da Constituição da República, as leis federais n. 8.080/90 e 8.142/90, a lei complementar n. 141/12 e a Resolução CNS n. 453/12;

A inobservância da composição paritária pelos Conselhos Municipais de Saúde, ou pelos Conselhos Estaduais de Saúde, ou pelo Conselho de Saúde do Distrito Federal implicará não só o bloqueio dos repasses regulares e automáticos dos recursos dos Fundos de Saúde alocados na cobertura das ações e serviços de saúde, como também implicará em que os recursos concernentes sejam administrados pelos Estados ou pela União, respectivamente (artigo 4º, parágrafo único, da lei n. 8.142/90)

7. Os Conselhos Municipais de Saúde no Brasil

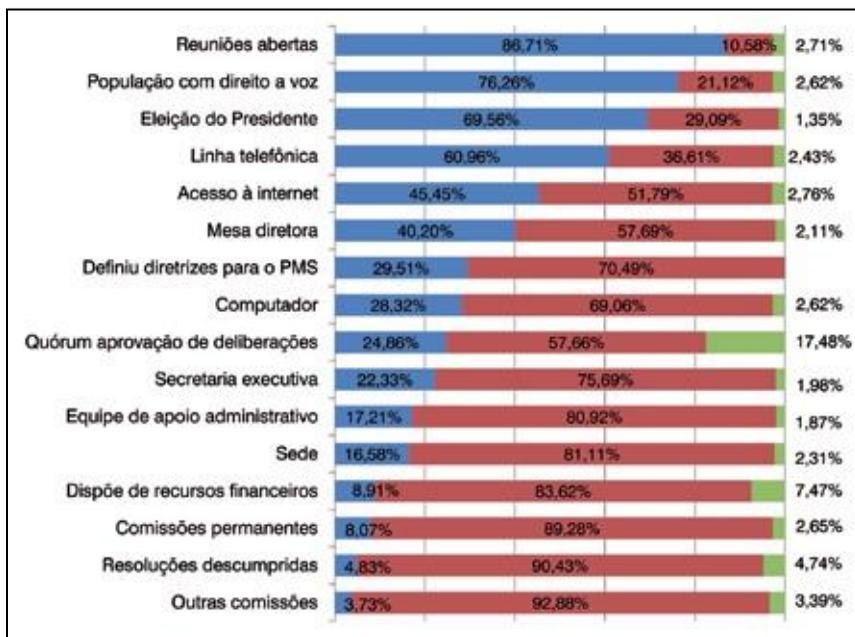
O ParticipaNetSUS (www.ensp.fiocruz.br/participanetsus) é o principal produto da pesquisa Monitoramento e Apoio à Gestão Participativa do SUS, desenvolvida pela equipe DCS/NUPES - DAPS/ ENSP/FIOCRUZ a partir de uma demanda da Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde (SGEP/MS). Seu intuito principal é possibilitar o compartilhamento, a sistematização e a análise de dados e informações constantemente atualizados sobre os Conselhos Municipais de Saúde (CMS), de modo que gestores federais, estaduais e municipais; pesquisadores; conselheiros de saúde; representantes dos órgãos oficiais de regulação, controle e fiscalização; agências de fomento; integrantes de ONGs e OS; bem como todos os interessados no tema disponham e multipliquem subsídios que viabilizem e qualifiquem a participação, o controle social do SUS.

Até dezembro de 2007 estavam coletados e tabulados dados de 5463 cm (98,7% do País), que inicialmente foram analisados a partir do conceito de “pleno funcionamento”, que abrange e lida com as dimensões da estrutura física, da autonomia, da democratização e da capacidade de gestão.

Os dados disponibilizados pelo Participanetsus permitiu compor o perfil de 5.463 CMS:

- Universo: Até 07/11/2007, responderam ao instrumento de pesquisa 5.463 CMS (98,27% dos CMS do Brasil);
- Ano de Criação: a maioria foi criada entre 1991 e 1997 (1991: 24,73%; 1997; 18,36% e 1993:13, 88%);
- Conselheiros: cerca de 72.000 conselheiros, com uma média de 14 conselheiros por CMS;
- Presidente do CMS: idade entre 30 e 49 anos (62,31%); sexo masculino (54,94%); possui nível superior completo e pós-graduação (54,36%); representa o segmento dos Gestores (66,05%).

Quadro 1: Indicadores de Pleno Funcionamento dos CMS: Subsídios para Políticas Públicas Participativas



Observa-se, ainda, que a desigualdade no plano político, econômico e social é transferida da sociedade para os conselhos, e indicam as assimetrias que afetam o processo de decisão no seu interior, sendo constatado em pesquisas nacionais a baixa perspectiva de inovação dos conselhos nas deliberações de políticas públicas, tornando sua atividade mais reativa que propositiva, o que é decorrente também da resistência dos gestores de compartilhar o poder de decisão, e das dificuldades de se definir a real atribuição deliberativa do conselho, quando se analisa a legislação vigente.

Todavia, com base nas amplas pesquisas realizadas, e na potencialização do papel do controle social em parceria com o Ministério Público acreditamos na viabilidade de novos marcos civilizatórios de participação social e transparência na gestão e planejamento do SUS, com a melhoria dos indicadores acima mapeados.

RESOLUÇÃO Nº 453, DE 10 DE MAIO DE 2012

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Trigésima Terceira Reunião Ordinária, realizada nos dias 9 e 10 de maio de 2012, 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, e pelo Decreto no 5.839, de 11 de julho de 2006, e

Considerando 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;

Considerando a experiência acumulada do Controle Social da Saúde à necessidade de aprimoramento do Controle Social da Saúde no âmbito nacional e as reiteradas demandas dos Conselhos Estaduais e Municipais referentes às propostas de composição, organização e funcionamento, conforme o § 5o inciso II art. 1o da Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990;

Considerando a ampla discussão da Resolução do CNS no 333/92 realizada nos espaços de Controle Social, entre os quais se destacam as Plenárias de Conselhos de Saúde;

Considerando os objetivos 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;

Considerando que os Conselhos de Saúde, consagrados pela efetiva participação da sociedade civil organizada, representam polos de qualificação de cidadãos para o Controle Social nas esferas da ação do Estado; e

Considerando o que disciplina a Lei Complementar no 141, de 13 de janeiro de 2012, e o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamentam a Lei Orgânica da Saúde, resolve:

Aprovar as seguintes diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde:

DA DEFINIÇÃO DE CONSELHO DE SAÚDE Primeira Diretriz:

O Conselho de Saúde é uma instância colegiada, deliberativa e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada esfera de Governo, integrante da estrutura organizacional 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 da saúde promoveu o surgimento de Conselhos Regionais, Conselhos Locais, Conselhos Distritais de Saúde, incluindo os Conselhos dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, sob a coordenação dos Conselhos de Saúde da esfera correspondente. Assim, os Conselhos de Saúde são espaços instituídos de participação da comunidade nas políticas públicas e na administração da saúde.

Parágrafo único. Como Subsistema da Seguridade Social, o Conselho de Saúde atua na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das Políticas de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros.

DA INSTITUIÇÃO E REFORMULAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Segunda Diretriz: a instituição dos Conselhos de Saúde é estabelecida por lei federal, estadual, do Distrito Federal e municipal, obedecida a Lei no 8.142/90.

Parágrafo único. Na instituição e reformulação dos Conselhos de Saúde o Poder Executivo, respeitando os princípios da democracia, deverá acolher as demandas da população aprovadas nas Conferências de Saúde, e em consonância com a legislação.

A 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 entidades, instituições e movimentos representativos de usuários, de entidades representativas de trabalhadores da área da saúde, do governo e de entidades representativas de prestadores de serviços de saúde, sendo o seu presidente eleito entre os membros do Conselho, em reunião plenária. Nos Municípios onde não existem entidades, instituições e movimentos organizados em número suficiente para compor o Conselho, a eleição da representação será realizada em plenária no Município, promovida pelo Conselho Municipal de maneira ampla e democrática.

I- O número de conselheiros será definido pelos Conselhos de Saúde e constituído em lei.

II- Mantendo o que propôs as Resoluções nos 33/92 e 333/03 do CNS e consoante com as Recomendações da 10a e 11a Conferências Nacionais de Saúde, as vagas deverão ser distribuídas da seguinte forma:

- a) 50% de entidades e movimentos representativos de usuários;
- b) 25% de entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde;
- c) 25% de representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos.

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

- a) Associações de pessoas com patologias;
- b) Associações de pessoas com deficiências;
- c) Entidades indígenas;
- d) Movimentos sociais e populares, organizados (movimento negro, lgbt...);
- e) Movimentos organizados de mulheres, em saúde;
- f) Entidades de aposentados e pensionistas;
- g) Entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais;
- h) Entidades de defesa do consumidor;
- i) Organizações de moradores;
- j) Entidades ambientalistas;
- k) Organizações religiosas;
- l) Trabalhadores da área de saúde: associações, confederações, conselhos de profissões regulamentadas, federações e sindicatos, obedecendo às instâncias federativas;
- m) Comunidade científica;
- n) Entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento;
- o) Entidades patronais;
- p) Entidades dos prestadores de serviço de saúde; e
- q) Governo.

IV- As entidades, movimentos e instituições eleitas no Conselho de Saúde terão os conselheiros indicados, por escrito, conforme processos estabelecidos pelas respectivas

entidades, movimentos e instituições e de acordo com a sua organização, com a recomendação de que ocorra renovação de seus representantes.

V- Recomenda-se que, a cada eleição, os segmentos de representações de usuários, trabalhadores e prestadores de serviços, ao seu critério, promovam a renovação de, no mínimo, 30% de suas entidades representativas.

VI- A representação nos segmentos deve ser distinta e autônoma em relação aos demais segmentos que compõem o Conselho, por isso, um profissional com cargo de direção ou de confiança na gestão do SUS, ou como prestador de serviços de saúde não pode ser representante dos (as) Usuários (as) ou de Trabalhadores (as).

VII- A ocupação de funções na área da saúde que interfiram na autonomia representativa do Conselheiro (a) deve ser avaliada como possível impedimento da representação de Usuário (a) e Trabalhador (a), e, a juízo da entidade, indicativo de substituição do Conselheiro (a).

VIII- A participação dos membros eleitos do Poder Legislativo, representação do Poder Judiciário e do Ministério Público, como conselheiros, não é permitida nos Conselhos de Saúde.

IX- Quando não houver Conselho de Saúde constituído ou em atividade no Município, caberá ao Conselho Estadual de Saúde assumir, junto ao executivo municipal, a convocação e realização da Conferência Municipal de Saúde, que terá como um de seus objetivos a estruturação e composição do Conselho Municipal. O mesmo será atribuído ao Conselho Nacional de Saúde, quando não houver Conselho Estadual de Saúde constituído ou em funcionamento.

X- As funções, como membro do Conselho de Saúde, não serão remuneradas, considerando-se o seu exercício de relevância pública e, portanto, garante a dispensa do trabalho sem prejuízo para o conselheiro. Para fins de justificativa junto aos órgãos, entidades competentes e instituições, o Conselho de Saúde emitirá declaração de

participação de seus membros durante o período das reuniões, representações, capacitações e outras atividades específicas.

XI- O conselheiro, no exercício de sua função, responde pelos seus atos conforme legislação vigente.

ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Quarta Diretriz: as três esferas de Governo garantirão autonomia administrativa para o pleno funcionamento do Conselho de Saúde, dotação orçamentária, autonomia financeira e organização da secretaria-executiva com a necessária infraestrutura e apoio técnico:

I- Cabe ao Conselho de Saúde deliberar em relação à sua estrutura administrativa e o quadro de pessoal;

II- O Conselho de Saúde contará com uma secretaria-executiva coordenada por pessoa preparada para a função, para o suporte técnico e administrativo, subordinada ao Plenário do Conselho de Saúde, que definirá sua estrutura e dimensão;

III- O Conselho de Saúde decide sobre o seu orçamento;

IV- O Plenário do Conselho de Saúde se reunirá, no mínimo, a cada mês e, extraordinariamente, quando necessário, e terá como base o seu Regimento Interno. A pauta e o material de apoio às reuniões devem ser encaminhados aos conselheiros com antecedência mínima de 10 (dez) dias;

V- As reuniões plenárias dos Conselhos de Saúde são abertas ao público e deverão acontecer em espaços e horários que possibilitem a participação da sociedade;

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 outras comissões intersetoriais e grupos de trabalho de conselheiros para ações transitórias. As comissões poderão contar com integrantes não conselheiros;

VII- O Conselho de Saúde constituirá uma Mesa Diretora eleita em Plenário, respeitando a paridade expressa nesta Resolução;

VIII- As decisões do Conselho de Saúde serão adotadas mediante quórum mínimo (metade mais um) dos seus integrantes, ressalvados os casos regimentais nos quais se exija quórum especial, ou maioria qualificada de votos;

a) Entende-se por maioria simples o número inteiro imediatamente superior à metade dos membros presentes;

b) Entende-se por maioria absoluta o número inteiro imediatamente superior à metade de membros do Conselho;

c) Entende-se por maioria qualificada 2/3 (dois terços) do total de membros do Conselho;

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, com quórum qualificado, para depois ser alterada em seu Regimento Interno e homologada pelo gestor da esfera correspondente;

X- A cada três meses deverão constar os itens da pauta o pronunciamento do gestor, das respectivas esferas de governo, para que faça a prestação de contas, em relatório detalhado, sobre andamento do plano de saúde, agenda da saúde pactuada, relatório de gestão, dados sobre o montante e a forma de aplicação dos recursos, as auditorias iniciadas e concluídas no período, bem como a produção e a oferta de serviços na rede assistencial própria, contratada ou conveniada, de acordo com o art. 12 da Lei no 8.689/93 e com a Lei Complementar no 141/2012;

XI- Os Conselhos de Saúde, com a devida justificativa, buscarão auditorias externas e independentes sobre as contas e atividades do Gestor do SUS; e

XII- O Pleno do Conselho de Saúde 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 e nem enviada justificativa pelo gestor ao Conselho de Saúde 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 à justiça e ao Ministério Público, quando necessário. 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- Fortalecer a participação e o Controle Social no SUS, mobilizar e articular a sociedade de forma permanente na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS;

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

III- Discutir, elaborar e aprovar propostas 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 deliberar sobre o seu conteúdo, conforme as diversas situações epidemiológicas e a capacidade organizacional dos serviços;

VI- Anualmente deliberar sobre a aprovação ou não do relatório de gestão;

VII- Estabelecer estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados, a exemplo dos de seguridade social, meio ambiente, justiça, educação, trabalho, agricultura, idosos, criança e adolescente e outros;

- VIII- Proceder à revisão periódica dos planos de saúde;
- IX- 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;
- X- A cada quadrimestre deverá constar dos itens da pauta o pronunciamento do gestor, das respectivas esferas de governo, para que faça a prestação de contas, em relatório detalhado, sobre andamento do plano de saúde, agenda da 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 a Lei Complementar no 141/2012.
- XI- Avaliar, explicitando os critérios utilizados, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde do SUS;
- XII- Avaliar e deliberar sobre contratos, consórcios e convênios, conforme as diretrizes dos Planos de Saúde Nacional, Estaduais, do Distrito Federal e Municipais;
- XIII- Acompanhar e controlar a atuação do setor privado credenciado mediante contrato ou convênio na área de saúde;
- XIV- Aprovar a proposta orçamentária anual da saúde, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias, observado o princípio do processo de planejamento e orçamento ascendentes, conforme legislação vigente;
- XV- Propor critérios para programação e execução financeira e orçamentária dos Fundos de Saúde e acompanhar a movimentação e destino dos recursos;

XVI- Fiscalizar e controlar gastos e deliberar sobre critérios de movimentação de recursos da Saúde, incluindo o Fundo de Saúde e os recursos transferidos e próprios do Município, Estado, Distrito Federal e da União, com base no que a lei disciplina;

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

XVIII- Fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde e encaminhar denúncias aos respectivos órgãos de controle interno e externo, conforme legislação vigente;

XIX- 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;

XX- Estabelecer a periodicidade de convocação e organizar as Conferências de Saúde, propor sua convocação ordinária ou extraordinária e estruturar a comissão organizadora, submeter o respectivo regimento e programa ao Pleno do Conselho de Saúde correspondente, convocar a sociedade para a participação nas pré-conferências e conferências de saúde;

XXI- Estimular articulação e intercâmbio entre os Conselhos de Saúde, entidades, movimentos populares, instituições públicas e privadas para a promoção da Saúde;

XXII- Estimular, apoiar e promover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas na área de saúde pertinente ao desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS);

XXIII- Acompanhar o processo de desenvolvimento e incorporação científica e tecnológica, observados os padrões éticos compatíveis com o desenvolvimento sociocultural do País;

XXIV- Estabelecer ações de informação, educação e comunicação em saúde, divulgar as funções e competências do Conselho de Saúde, seus trabalhos e decisões nos meios de comunicação, incluindo informações sobre as agendas, datas e local das reuniões e dos eventos;

XXV- - deliberar, elaborar, apoiar e promover a educação permanente para o controle social, de acordo com as Diretrizes e a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social do SUS;

XXVI- Incrementar e aperfeiçoar o relacionamento sistemático com os poderes constituídos, Ministério Público, Judiciário e Legislativo, meios de comunicação, bem como setores relevantes não representados nos conselhos;

XXVII- Acompanhar a aplicação das normas sobre ética em pesquisas aprovadas pelo CNS;

XXVIII- - deliberar, encaminhar e avaliar a Política de Gestão do Trabalho e Educação para a Saúde no SUS;

XXIX- - acompanhar a implementação das propostas constantes do relatório das plenárias dos Conselhos de Saúde; e

XXX- - atualizar periodicamente as informações sobre o Conselho de Saúde no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS).

Fica revogada a Resolução do CNS no 333, de 4 de novembro de 2003.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

Presidente do Conselho Homologo a Resolução CNS no 453, de 10 de maio de 2012, nos termos do Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006.

Referências consultadas:

1. www.conselho.saude.gov.br;
2. www.conselhodesaude.rj.gov.br;
3. http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/LEG_NORMA_PESQ_CONSULTA.CFM
4. Almeida, Carla; O Marco Discursivo da “Participação Solidária” e a nova agenda de formulação e implementação de ações sociais no Brasil; In A Disputa pela Construção Democrática na América Latina, Carla Almeida, Organizadores Evalina Dagnino Alberto J. Oliveira e Aldo Panfichi, Ed. Paz e Terra.
5. www.dhnet.org.br; A Natureza jurídica dos Conselhos dos direitos e a legislação complementar - Módulo II – Conselhos dos Direitos no Brasil;
6. Piardi, Sonia Maria, Presidente da AMPASA; O Ministério Público em prol da Saúde; In Revista Mosaico, número 5, Revista da Associação do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro;
7. Pereira, Rosana Araújo de Sá Ribeiro, Promotora de Justiça/PR; O Ministério Público intervindo para execução de políticas sociais visando à promoção, proteção e recuperação da saúde pública; GT Setorial Saúde, do XVI CONGRESSO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO E JUSTIÇA SOCIAL;
8. Pontes, Patrícia Albino Galvão, coletânea Estatuto do Idoso Comentado. Campinas, SP: LNZ. 2006, coordenada pela Naíde Maria Pinheiro.
9. LABRA, Maria Eliana. Conselhos de Saúde Visões “micro” e “macro”. Civitas Revista de Ciências Sociais, 2006, v.6.

CAO
SAÚDE
MPRJ

MPRJ
MINSTÉRIO PÚBLICO
DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO