



6º CENTRO DE APOIO
OPERACIONAL DAS
PROMOTORIAS DE JUSTIÇA DE
TUTELA COLETIVA / SAÚDE



**Ministério Público, Conselhos
Municipais de Saúde e Noções Gerais
Sobre o Sistema Único de Saúde (SUS)**

2º edição



Outubro 2010

Procuradoria-Geral de Justiça do Estado do Rio de Janeiro

Procurador-Geral de Justiça:

Cláudio Soares Lopes

Subprocuradoria-Geral de Justiça de Administração:

Mônica da Silveira Fernandes

Subprocuradoria-Geral de Justiça de Planejamento Institucional:

Carlos Roberto de Castro Jatahy

Subprocuradoria-Geral de Justiça de Atribuição Originária Institucional e Judicial:

Antonio José Campos Moreira

Subprocuradoria-Geral de Justiça de Direitos Humanos e Terceiro Setor:

Leonardo de Souza Chaves

Chefia de Gabinete:

Astério Pereira dos Santos

Coordenadoria de Integração e Articulação Institucional

Sávio Renato Bittencourt Soares Silva

6º Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Tutela Coletiva

Coordenação Geral:

Vinícius Leal Cavalleiro

Coordenação de Saúde:

Carla Carrubba

Centro de Estudos Jurídicos

Coordenadora:

Maria Cristina Palhares dos Anjos Tellechea

Fundação Escola Superior do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro

Diretor Presidente:

Mendelssohn Erwin Kieling Cardona Pereira

Grupo de Apoio Técnico – GATE

Coordenação Geral:

Sávio Renato Bittencourt Soares Silva

Coordenação GATE Saúde:

Carla Carrubba

Sumário

Apresentação	04
1 - O Ministério Público. A atuação e a estruturação do Ministério Público na Tutela da Saúde	05
2 - Noções gerais sobre o Sistema Único de Saúde. Mecanismos de controle social: As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde	16
3 - O Conselho Municipal de Saúde	30
4 - Conselheiros Municipais de Saúde: responsabilidade, direitos e deveres	45
5 - Situações que demandariam a atuação do Conselho Municipal de Saúde. Casuística	49
6 - Os Conselhos Municipais de Saúde no Brasil	50
Referências consultadas	63

Apresentação

O 6º Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Tutela Coletiva, juntamente com os Promotores de Justiça Carla Carrubba, Denise Vidal, Vanessa Katz, Patrícia Hauer, Leandro Navega, Luiz Cláudio Carvalho de Almeida, Renata Neme Cavalcanti e a Técnica Pericial do GATE Tânia Fonseca elaboraram esta cartilha para que sirva como instrumento de apoio para atuação dos conselheiros municipais de saúde e dos membros do Ministério Público, no acompanhamento das ações de saúde em cada município do Estado do Rio de Janeiro.

Além disto, o projeto prevê a realização de vários encontros, nas diversas comarcas do Estado, onde os Promotores de Justiça, juntamente com a Técnica Pericial do GATE, irão apresentar o Ministério Público, a forma de organização da Instituição, a legislação para estruturação dos Conselhos Municipais de Saúde e, nesta primeira etapa, será priorizado o acompanhamento das ações na Atenção Básica à Saúde (responsabilidade municipal).

O projeto será um marco na atuação do Ministério Público na tutela da saúde, visto que abre um canal de diálogo entre os Conselhos Municipais de Saúde e os órgãos locais do *Parquet*, possibilitando uma fiscalização eficiente e ordenada.

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 *Parquet*.

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 do rumo do 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 desenvolvimento 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 e 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 as 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 mister constitucional de defesa da ordem democrática, torna-se o principal instrumento de ligação dos Conselhos Estaduais 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 capacitação dos conselheiros de saúde procurará, principalmente, criar um vínculo entre o membro do Ministério Público da região e os conselheiros, bem como estimular a participação de outros cidadãos nos órgãos de participação popular.

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, incumbendo-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 o Estado tem 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, 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 as 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.

Enquanto estratégia institucional de atuação do Ministério Público, momentaneamente diante da missão constitucional de defesa da sociedade e dos princípios democráticos, é imprescindível a parceria com os Conselhos Municipais de Saúde ante a relevância de suas atribuições.

A informação também é ponto nodal e 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, com o fito de ajudar os Conselheiros na procura do Promotor de Justiça que poderá auxiliá-lo, realizar-se-á uma pequena 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 dois 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 dois órgãos de execução com atribuição exclusiva para tutela da saúde, no Estado do Rio de Janeiro:

- ▶ Promotoria de Tutela Coletiva da Saúde da Capital (cidade do Rio de Janeiro);
- ▶ Promotoria de Tutela Coletiva da Saúde da Baixada Fluminense, com sede na cidade de Nova Iguaçu, órgão que abrange os Municípios de Nova Iguaçu, propriamente dito, além de Nilópolis, Japeri, Mesquita, Queimados, Seropédica, Itaguaí, Magé, Guapimirim, Duque de Caxias, São João de Meriti, Belford Roxo, Paracambi.

Nos demais municípios do Estado, a tutela da Saúde é feita nas Promotorias de Tutela Coletiva, conforme acima esclarecido.

Aqui, há que se fazer, desde logo, uma ressalva, qual seja, a de que não compete ao Ministério Público a defesa de direitos individuais dos pacientes. 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 dimensão social.

Por outro lado, existem, ainda, as Promotorias de Infância e Juventude, a quem cabe a 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.

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

1) Irregularidades na política pública de saúde:

Regra: Promotorias de Tutela Coletiva (somente problemas envolvendo a coletividade);

No Rio de Janeiro e Baixada Fluminense: Promotorias Tutela Coletiva da Saúde;

2) Necessidade de proteção de crianças e adolescentes de 18 anos: Promotorias de Infância e Juventude (direitos coletivos de crianças e adolescentes; excepcionalmente, proteção individual dos menores que não estiverem devidamente representados ou assistidos por seus familiares);

3) Necessidade de proteção de idosos e deficientes: Promotorias do Idoso e do Portador de Deficiência (direitos coletivos de idosos e deficientes; excepcionalmente, proteção individual dos idosos que não possuem família ou estiverem negligenciados por ela).

Outra instituição essencial à justiça é a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, que presta assistência jurídica àqueles que não possuem condições de arcar com as despesas de honorários de advogado. A Defensoria Pública deve ser acionada na hipótese de violação de direitos individuais, em que o lesado pretenda obter o ressarcimento de seus danos, por exemplo, ou ingressar com uma demanda judicial por sua própria conta.

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 Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, editada pelo Ministério da Saúde).

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” (introdução do anexo à Portaria nº 2.526, de 19 de outubro de 2006, do Ministério da Saúde que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa).

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 diária¹.

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 único, 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 único, inciso I, 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 se 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).

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

“3.4 -Grau de Dependência do Idoso

- a) Grau de Dependência I -idosos independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de auto-ajuda;
- 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 assistência 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 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 apregoadado 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).

Cumpre ser destacado, que o Estatuto do Idoso foi mais minucioso que a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que delinea 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 re aquisição 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 já era previsto na Portaria nº 280, de 07 de abril de 1999, do Ministério da Saúde, sendo que tal ato normativo possibilita inclusive o pagamento das despesas do acompanhante por meio da Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

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 - A criança e o adolescente e o direito à saúde

O ordenamento jurídico nacional, em perfeita consonância com a legislação internacional relativa à proteção de direitos infantojuvenis, adotou, quando da promulgação da Constituição da República de 1988, a doutrina da proteção integral, assegurando a crianças - 0 a 12 anos de idade incompletos – e adolescentes – 12 a 18 anos de idade, como dispõe o artigo 2º da Lei nº 8.069/90 – todos os direitos fundamentais necessários a lhes proporcionar pleno desenvolvimento como

2 Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde-SUS: I - a execução de ações:

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

seres humanos (artigo 227 *caput*). Dentre estes direitos fundamentais, destacam-se os direitos à vida e à saúde, sem os quais os demais direitos sequer apresentam relevância.

De fato, consoante o disposto nos artigos 6º, 196, 197, 227, *caput*, da Constituição da República, a saúde é direito de todos e dever do Poder Público, que deve garantir a todos o acesso universal e igualitário, inclusive crianças e adolescentes.

Sabe-se que crianças e adolescentes – por estarem em condição peculiar de pessoas em desenvolvimento – têm direito ao atendimento integral à saúde, com acesso universal e igualitário por meio de políticas sociais públicas, com absoluta prioridade, como prevê o artigo 227 da Constituição Federal, praticamente transcrito pelo artigo 4º do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

De acordo com a referida norma (artigo 4º do ECA), a garantia de prioridade absoluta compreende: a) a primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias; b) a precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública; c) preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas; d) destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude.

O referido diploma legal dispõe, expressamente, acerca de vários outros direitos fundamentais relacionados à saúde da criança, inclusive o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência, sendo assegurado à gestante, através do SUS, o atendimento pré e perinatal (artigo 8º), e que a parturiente será atendida preferencialmente pelo mesmo médico que a acompanhou na fase prénatal (§ 2º).

Como norma específica da área materno-infantil, o Estatuto da Criança e do Adolescente dispõe em seu artigo 9º que tanto o poder público, quanto os empregadores e instituições deverão propiciar condições adequadas ao aleitamento materno, inclusive aos filhos de mães submetidas a medida privativa de liberdade.

Nesta sequência, a Lei nº 8.069/90 prevê que hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde de gestantes – públicos e privados – deverão:

- I - manter registro das atividades desenvolvidas, através de prontuários individuais, pelo prazo de dezoito anos;
- II - identificar o recém-nascido mediante o registro de sua impressão plantar e digital e da impressão digital da mãe, sem prejuízo de outras formas normatizadas pela autoridade administrativa competente;
- III - proceder a exames visando ao diagnóstico e terapêutica de anormalidades no metabolismo do recém-nascido, bem como prestar orientação aos pais;

IV - fornecer declaração de nascimento onde constem necessariamente as intercorrências do parto e do desenvolvimento do neonato;

V - manter alojamento conjunto, possibilitando ao neonato a permanência junto à mãe.

Importante – e muito utilizado – o (artigo 12 do ECA) prevê que todos os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para que um dos pais ou responsável possa, nos casos de internação de criança ou adolescente, permanecer em tempo integral.

Essencial ao bom funcionamento do Sistema de Garantia de Direitos de crianças e adolescentes é o efetivo respeito ao que dispõe o artigo 13 do ECA. De acordo com tal norma, todos os casos de mera suspeita ou confirmação de maus tratos contra criança ou adolescente deverão ser obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar local, sem prejuízo de outras providências legais.

O não cumprimento da determinação acima configura infração administrativa do Estatuto da Criança e do Adolescente – artigo 245 – com a penalização do profissional omissor com multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência.

O Conselho Tutelar, destinatário de tais notificações de maus tratos, é órgão permanente e autônomo, não jurisdicional que tem entre suas atribuições a aplicação de medidas protetivas diversas a crianças e adolescentes em situação de risco (Artigo 136, I, da Lei nº 8.069/90) e tem autorização legal inclusive para “requisitar serviços públicos nas áreas de saúde, educação, serviço social, previdência, trabalho e segurança” (artigo 136, III, a) e “requisitar certidões de nascimento e de óbito de criança ou adolescente, quando necessário” (artigo 136, VIII). (A esse respeito, leia-se o disposto nos arts. 4º, 7º, 8º e 11 do Estatuto da Criança e do Adolescente.)

1.6 - 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 (gestão básica ou gestão plena).

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. Caso não se trate de Município de gestão plena, deve garantir aos municípios refe-

rências a serviços e ações de saúde de média e alta complexidade, na forma da Portaria nº 648/06 (Política Nacional de Atenção Básica).

Importante, portanto, a instauração de inquérito civil público para fiscalizar o regular funcionamento do SUS, 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 saúde.

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:

- ▶ 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 a 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.
- ▶ A apresentação pelo gestor de saúde, trimestralmente, ao Conselho de Saúde e em audiência pública, nas Câmaras de Vereadores, dos dados sobre o montante e a fonte de recursos aplicados, das auditorias concluídas ou iniciadas no período, bem como sobre a oferta e produção de serviços na rede assistencial própria, contratada ou conveniada, conforme disposto no art. 12 da Lei Federal nº 8.689/93.
- ▶ 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 de Gestão Regionais (CGR) 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) constitui o primeiro nível de Atenção à Saúde, de acordo com o modelo adotado pelo SUS. Engloba um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, que envolvem a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação dos pacientes.

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 prolongamento da 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, obstetrícia, 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.

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.

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. O componente federal do financiamento se dá por meio do piso de atenção básica (PAB), composto por uma parte fixa e outra variável.

O PAB Fixo descreve um valor *per capita* anual mínimo de dezessete reais (R\$17,00). O PAB Variável é descrito por um rol de incentivos financeiros que foram criados com o intuito de estimular os Municípios a avançarem nas políticas municipais de saúde. Almeja-se que estes Municípios adotem, assim, determinados modelos organizativos estratégicos na oferta das ações de Saúde à população. Ele é composto por incentivos específicos para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Estratégia Saúde da Família, Programa de Saúde Bucal, Vigilância em Saúde, Farmácia Básica e combate às carências nutricionais. O piso de atenção básica (PAB) constitui-se num montante de recursos financeiros destinados exclusivamente para ações básicas de saúde, independentemente de sua natureza (sejam de promoção, prevenção ou recuperação) que podem ser utilizados tanto para custeio de despesas correntes, como para aquisição de materiais permanentes ou realização de obras de construção ou reformas de unidades de saúde, sendo transferido, mensalmente, do Fundo Nacional de Saúde para os fundos municipais. 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.

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.

2.1.1 - Infra-estrutura para a Atenção Básica:

- ▶ Equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações propostas, de forma a garantir a resolubilidade da Atenção Básica;
- ▶ Garantia dos fluxos de referência e contra-referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar;
- ▶ Existência e manutenção regular de estoque dos insumos necessários para o funcionamento das unidades básicas de saúde, incluindo dispensação de medicamentos pactuados nacionalmente;
- ▶ Para Unidade Básica de Saúde (UBS) sem Saúde da Família em grandes centros urbanos, recomenda-se o parâmetro de uma UBS para até 30 mil habitantes;

- ▶ Para UBS com Saúde da Família em grandes centros urbanos, recomenda-se o parâmetro de uma UBS para até 12 mil habitantes;
- ▶ Definição do território de atuação das UBS;
- ▶ Programação e implementação das atividades, com a priorização de solução dos problemas de saúde mais frequentes, considerando a responsabilidade da assistência resolutive à demanda espontânea;
- ▶ Desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida;
- ▶ Desenvolvimento de ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a manutenção de doenças e danos evitáveis;
- ▶ Assistência básica integral e contínua, organizada à população adscrita, com garantia de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial.

2.1.2 - Infra-estrutura da ESF:

- ▶ Existência de equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes e composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde;
- ▶ Número de ACS suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família;
- ▶ Existência de UBS inscrita no CNES, dentro da área para o atendimento das Equipes de Saúde da Família que possua minimamente:
 - a) consultório médico e de enfermagem para a Equipe de Saúde da Família;
 - b) área/sala de recepção, local para arquivos e registros, uma sala de cuidados básicos de enfermagem, uma sala de vacina e sanitários, por unidade;
 - c) equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações programadas, de forma a garantir a resolubilidade da Atenção Básica à saúde;
- ▶ Garantia dos fluxos de referência e contrarreferência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar;
- ▶ Existência e manutenção regular de estoque dos insumos necessários para o funcionamento da UBS;

► Realizar e manter atualizado o cadastro dos ACS, dos enfermeiros da equipe PACS e dos profissionais das equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal, bem como da população residente na área de abrangência das equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e ACS, nos Sistemas Nacionais de Informação em Saúde definidos para esse fim.

Dada a 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.

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.

2.1.3 - Indicadores de acompanhamento da atenção básica

Em março de 2006 o Ministério da Saúde publica a PORTARIA Nº 648/ GM DE 28 DE MARÇO DE 2006 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e ratifica o PSF como estratégia prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil e que esta tem “caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam”. A referida Portaria também sugere que:

► Para Unidade Básica de Saúde (UBS) sem Saúde da Família em grandes centros urbanos, recomenda-se o parâmetro de uma UBS para até 30 mil habitantes, localizada dentro do território pelo qual tem responsabilidade sanitária, garantindo os princípios da Atenção Básica.

► Para UBS com Saúde da Família em grandes centros urbanos, recomenda-se o parâmetro de uma UBS para até 12 mil habitantes, localizada dentro do território pelo qual tem responsabilidade sanitária, garantindo os princípios da Atenção Básica.

Também em março de 2006, o MS publicou a Portaria nº 493 de 13 de março de 2006 que “aprova a Relação de Indicadores da Atenção Básica – 2006”, cujos indicadores deverão ser pactuados entre Municípios, estados e o Ministério da Saúde.

A nossa sugestão é que estes sejam os indicadores acompanhados rotineiramente pelo MP e pelo Conselho Municipal de Saúde, até porque todos os programas elencados possuem uma coordenação estadual que poderá fornecer informações sobre a atuação do Município nas áreas específicas.

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.

O quadro com os indicadores da Atenção Básica estão no item 2.1.6 a seguir.

2.1.4 - Financiamento da Atenção Básica

A Atenção Básica constitui o primeiro nível de atenção em saúde a ser ofertado por todos os Municípios, com qualidade e suficiência para a sua população. Contempla o conjunto de ações estratégicas mínimas, necessárias para a atenção adequada aos problemas de saúde mais frequentes na maior parte do território brasileiro.

O Piso de Atenção Básica (PAB): financia um elenco de procedimentos destinados à cobertura das ações básicas, de prevenção de doenças, assistência ambulatorial e das ações correlacionadas aos programas descentralizados pelo Ministério da Saúde.

O PAB, como já dito, é composto por uma parte fixa de recursos (PAB-FIXO) destinados à assistência básica, e de uma parte variável (PAB-Variável), relativo a incentivos para o desenvolvimento dos programas executados nesse nível de atenção.

PAB-Fixo: os recursos são obtidos pela multiplicação de um valor per capita nacional (atualmente em R\$ 17,00) pela população de cada Município e são transferidos direta e automaticamente do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde;

PAB Variável: remunera direta e automaticamente estados e Municípios habilitados à execução de ações previstas em programas e incentivos do Ministério da Saúde, de acordo com a regulamentação específica:

- ▶ Ações básicas de Vigilância Sanitária
- ▶ Assistência Farmacêutica Básica

- ▶ Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- ▶ Programa de Saúde da Família
- ▶ Saúde Bucal;
- ▶ Compensação de Especificidades Regionais;
- ▶ Povos Indígenas;
- ▶ Sistema Penitenciário;
- ▶ Saúde do Adolescente em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória;
- ▶ Outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico.

O valor dos Incentivos Financeiros referentes às Equipes de Saúde da Família, na Modalidade 2, é de R\$ 6.000,00 (seis mil reais) a cada mês, por equipe (Portaria no 2.489, de 21 de Outubro de 2008.)

Os valores de Incentivo Financeiro das Equipes de Saúde Bucal (ESB), nas Modalidades 1 e 2, segundo critérios estabelecidos pela Política Nacional de Atenção Básica (Portaria no 2.489, de 21 de Outubro de 2008):

I - para as ESB na Modalidade 1 (sem Técnico de Higiene Dental) serão transferidos R\$ 1.900,00 (mil e novecentos reais) a cada mês, por equipe; e

II - para as ESB na Modalidade 2 (com THD) serão transferidos R\$

2.450,00 (dois mil quatrocentos e cinquenta reais) a cada mês, por equipe.

OBS: Caso a Saúde Bucal seja da ESF a equipe recebe 50% a mais sobre esses valores.

Para implantação da ESF há um incentivo inicial de R\$ 20.000,00 em duas parcelas, por equipe.

2.1.5 - Legislação relacionada

- ▶ PORTARIA Nº 648/GM DE 28 DE MARÇO DE 2006 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica;
- ▶ Portaria nº 493 de 13 de março de 2006 que aprova a Relação de Indicadores da Atenção Básica – 2006;
- ▶ Portaria N.º 1101/GM Em 12 de junho de 2002, que estabelece os parâmetros assistenciais do SUS:

- ▶ Portaria N.º 2.489/GM, de 21 de Outubro de 2008, que define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para a estratégia de Saúde da Família e de Saúde Bucal, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica.
- ▶ Portaria N.º 3067/GM, de dezembro de 2008, que define os valores do PAB Fixo.

2.1.6 - 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, sob pena de terem o repasse SUS suspenso. Na página da SESDEC-RJ (www.saude.rj.gov.br/docs/gestor/pacto) está disponível a pactuação vigente para todos os Municípios.

Segundo informações do Ministério da Saúde ao Estado, para 2009 seriam mantidas as pactuações de 2008, que seriam revistas em 2010.

Existe também uma pactuação específica para as ações de Vigilância em Saúde (Pactuação das Ações de Vigilância em Saúde – PAVS), que sugerimos que não seja alvo de monitoramento do MP a menos que existam demandas específicas.

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

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 na forma com que são apresentados pela gestão municipal. 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

Complementares	Resultado 2006	Meta Proposta 2007	Unidade
Proporção de Nascidos Vivos com baixo peso ao nascer			/100
Coefficiente de mortalidade neonatal tardia			/1000
Proporção de Partos Cesáreos			/100
Cobertura da Ação coletiva de Escovação Dental Supervisionada			/100
Média de procedimentos Odontológicos Básicos Individuais			Quantidade
Média Mensal de Visitas Domiciliares por Família			Quantidade

INDICADORES DO PACTO PELA SAÚDE			
Principal	Resultado 2007	Meta Proposta 2008	Unidade
Proporção de Nascidos Vivos de mães com 4 ou mais consultas de Pré-Natal			/100
Média Anual de consultas médicas por Habitantes nas Especialidades Básicas			hab/ano
Coefficiente de Mortalidade Infantil			/1000
Razão entre exames Preventivos do Cancer do Colo do útero em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária			razão
Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados			/100
Cobertura da primeira consulta Odontológica Programática			/100
Proporção da População coberta pelo Programa Saúde da Família (PSF)			/100
Cobertura Vacinal por Tetravalente em menores de um ano de idade			/100
Proporção de Imóveis inspecionados para Identificação e eliminação de criadouros de Aedes Aegypti			/100
Taxa de cura de Hanseníase nos anos da Coortes			/100
Taxa de cura de casos novos de Tuberculose Bacilífera			/100
Proporção de Instituição de Longa Permanência para Idosos, inspecionadas			/100
Taxa de Notificação de casos de Paralisia Flácida Aguda - PFA em menores de 15 anos			/100000
Proporção de doenças Exantemáticas Investigadas Adequadamente			/100
Proporção de casos notificados, encerrados oportunamente após notificado, exceto Dengue clássico			/100
Proporção de óbitos não fetais informados ao SIM com Causas Básicas definidas			/100
Coefficiente de Mortalidade Neonatal			/1000
Coefficiente de Mortalidade Infantil por doença diarreica			/1000
Coefficiente de Mortalidade Infantil por Pneumonia			/1000
Razão de Mortalidade Materna			razão
Proporção de Nascidos Vivos de mães com 7 ou mais consultas de Pré-Natal			/100

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 traumatológico-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 contrareferências intermunicipais e das pactuações formais (Programação Pactuada Integrada – PPI) e informais vigentes é fundamental na garantia do acesso. É competência do gestor estadual mediar as 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 população

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 pelo 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 – REMUNE).

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 mu-

nicipais 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.

Viabilizando essa participação, a Lei nº 8.142, de 1990, estabelece como mecanismos 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, efetuarem 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.

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, a 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 Orçamentárias e do Plano Plurianual.

Do mesmo modo o Conselho deve exercer o controle, o planejamento e a fiscalização do Fundo Municipal de Saúde, fundo esse 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. Deliberar sobre estratégias e atuar no controle da execução da Política Municipal de Saúde, inclusive nos seus aspectos nos seus aspectos econômicos e financeiros,

II. Deliberar, analisar, controlar e apreciar, no nível municipal, o funcionamento do Sistema Único de Saúde;

III. Aprovar, controlar, acompanhar e avaliar o Plano Municipal de Saúde;

IV. Apreciar, previamente, emitindo parecer sobre o Plano e aplicação de recursos financeiros transferidos pelos Governos Federal, Estadual e do orçamento municipal consignados ao Sistema Único de Saúde;

V. Apreciar a movimentação de recursos financeiros do Sistema Único de Saúde, no âmbito municipal e pronunciar-se conclusivamente sobre os relatórios de gestão do Sistema Único de Saúde apresentados pela Secretaria Municipal da Saúde;

VI. Acompanhar e fiscalizar os procedimentos do Fundo Municipal de Saúde - FUMDES, através de comissão de análise do FUMDES;

VII. Propor critérios para a criação de comissões necessárias ao efetivo desempenho do Conselho Municipal de Saúde, aprovando, coordenando e supervisionando suas atividades; apreciar os parâmetros municipais quanto a política de recursos humanos para a saúde;

VIII. Promover a articulação interinstitucional e intersetorial para garantir a atenção à saúde constitucionalmente estabelecida;

IX. Solicitar aos órgãos públicos integrantes do Sistema Único de Saúde no Município a colaboração de servidores de qualquer graduação funcional, para participarem da elaboração de estudos, para esclarecimento de dúvidas, para proferirem palestras técnicas, ou, ainda, prestarem esclarecimentos sobre as atividades desenvolvidas pelo órgão a que pertencem;

X. Apreciar a alocação de recursos econômicos financeiros, operacionais e humanos dos órgãos institucionais integrantes do Sistema Único de Saúde;

XI. Estabelecer instruções e diretrizes gerais para a formação dos Conselhos Gestores de nível local, distrital, regional e municipal, nos serviços públicos e nos serviços privados, conveniados e contratados;

XII. Estimular a participação e o controle popular através da sociedade civil organizada, nas instâncias colegiadas gestoras das ações de saúde em nível distrital regional e de unidades;

XIII. Aprovar as diretrizes e critérios de incorporação ou exclusão ao Sistema Único de Saúde, de serviços privados e ou pessoas físicas, de acordo com as necessidades de assistência à população do respectivo sistema local e da disponibilidade orçamentária, a partir de parecer emitido pelos órgãos técnicos da Secretaria Municipal da Saúde, bem como controlar e avaliar sua atuação, com a colaboração dos Conselhos das Administrações Regionais de Saúde e/ou Distritos de Saúde, podendo a qualquer tempo propor exclusões ou incorporações por não atendimento às diretrizes e critérios acima;

XIV. Possibilitar a ampla informação das questões de saúde e o amplo conhecimento do Sistema Único de Saúde à população e às instituições públicas e entidades privadas;

XV. Ter todas as informações de caráter técnico-administrativo, econômico-financeiro, orçamentário e operacional, sobre recursos humanos, convênios, contratos e termos aditivos, de direito público, que digam respeito à estrutura e pleno funcionamento de todos os órgãos vinculados ao Sistema Único de Saúde;

XVI. Manter diálogos com dirigentes dos órgãos vinculados ao Sistema Único de Saúde, sempre que entender necessário;

XVII. Aprovar o regimento, a organização, e as normas de funcionamento da Conferência Municipal de Saúde, reunida, ordinariamente a cada ano, e convocá-la, nos termos da lei;

XVIII. Elaborar, aprovar e alterar o seu Regimento Interno;

XIX. Elaborar propostas, aprovar e examinar quaisquer outros assuntos que lhes forem submetidos, dentro de sua competência.

Como exemplo de estratégia de atuação e a construção de política de saúde

de, 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 Resolução CNS nº 333, de 04 de novembro de 2003 traçou as DIRETRIZES PARA CRIAÇÃO, REFORMULAÇÃO, ESTRUTURAÇÃO E FUNCIONAMENTO DOS CONSELHOS DE SAÚDE, e em sua parte final revogou a Resolução CNS nº 319, de 07 de novembro de 2002.

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 333, 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 partici-

pação 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, sindicatos, federações, confederações e Conselhos de classe;
- m. da comunidade científica;
- n. de entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento;
- o. entidades patronais;
- p. de entidades dos prestadores de serviço de saúde;
- q. de Governo.

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.

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, coíbem a livre expressão dos demais conselheiros, em particular os do segmento dos usuários.

Segundo Maria Eliana Labra, a abrangência e heterogeneidade dessas repre-

sentações 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 (quize), 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 impossível³.

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

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

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.

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;

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

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

VI. Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários

(PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.

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 333/03, os Governos Municipais devem garantir autonomia para o pleno funcionamento do Conselho Municipal de Saúde, o que inclui: dotação orça-

mentária, secretaria executiva e estrutura administrativa.

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 atinente 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 divulgadas, 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. Decorrido 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.

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 intersetoriais;
- ▶ 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 conseqüente 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 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.

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

No Município de Fortaleza, por exemplo, a chefia do Conselho Municipal de Saúde é exercida pela respectiva 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 é feita 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 deverá contemplar 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 Conselho Municipal, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) terá participação obrigatória 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, e é formada, no mínimo, de 06 (seis) representantes, dos quais pelo menos dois terços serão 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 a 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 333/03, o orçamento do Conselho de Saúde deve ser gerenciado pelo próprio Conselho de Saúde. 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 da agenda de saúde pactuada, relatório de gestão, dados sobre o montante e a forma de aplicação dos recursos, as auditorias iniciadas e concluídas no período, bem como a produção e a oferta de serviços na rede assistencial

própria contratada ou conveniada, de acordo com o art. 12 da Lei n.º 8.689/93, destacando-se o grau de congruência com os princípios e diretrizes do SUS. 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.

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 respon-

sáveis 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 ins-

trumentos 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 devendo 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-o 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.

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, apóie 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;
- l) De que maneira a população avalia a qualidade dos serviços de saúde, tanto ambulatoriais quanto hospitalares;
- m) Se a Vigilância Sanitária está implantada e atuante;
- n) De que maneira o Município encaminha a sua população para os Municípios de referência quando necessita de algum serviço disponível, seja rotineiro ou não;
- o) Aferir se o Município descumpra a regra do Concurso Público;
- p) Verificar se o Município/Estado realiza terceirização de serviços médicos;

6 - Os Conselhos Municipais de Saúde no Brasil

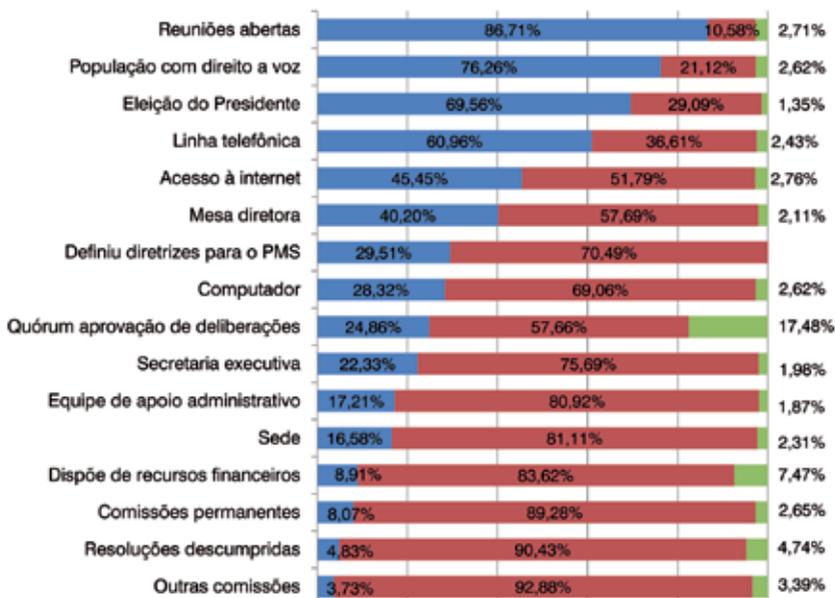
O ParticipaNetSUS (www.ensp.fiocruz.br/participanetsus) é o principal produto da pesquisa Monitoramento e Apoio à Gestão Participativa do SUS, desenvolvida pela equipe DCS/NUPES - DAPS/ ENSP/FIOCRUZ a partir de uma demanda da Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde (SGEP/MS). Seu intuito 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 CMS (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 já permitem compor o perfil destes 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%).

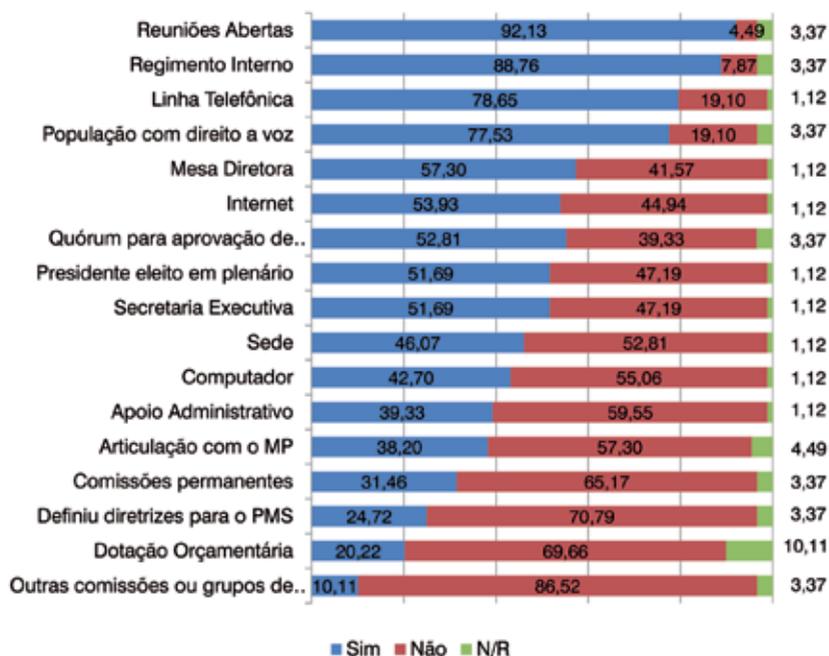
Quadro 1: Indicadores de Pleno Funcionamento dos CMS: Subsídios para Políticas Públicas Participativas



6.1 - Os Conselhos Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro

Até novembro de 2007, foram analisadas as informações de 89 CMS (96,7%) do Estado. Os CMS dos municípios de Aperibé, São José de Ubá e Petrópolis não responderam ao instrumento de pesquisa. Naquele momento, os 89 Conselhos analisados contavam com 1518 conselheiros titulares. O número de Conselheiros variou de 9 (Armação de Búzios) a 48 (Barra Mansa), com uma média de 17 membros por CMS. A grande maioria dos Conselhos, 69 (78,40%), era de pequeno porte, ou seja, com menos de 20 membros; 17 Conselhos (19,31%) eram de médio porte (número de conselheiros entre 21 e 39) e 02 (2,72%) foram considerados de grande porte (número de conselheiros maior ou igual 40), o de Campos e o de Barra Mansa. Havia composição paritária de usuários em relação ao conjunto dos demais segmentos representados (765, 50,39%).

Quadro 2: Indicadores de Pleno Funcionamento dos CMS do Estado do Rio de Janeiro.



Fonte: Participanetsus – www.ensp.fiocruz.br/participanetsus

A Resolução 333/03 tem como uma de suas diretrizes que o presidente do CMS seja eleito em plenária. Tal diretriz é acatada por 51,69% dos conselhos do Estado. Nos demais o secretário municipal de saúde ocupa o cargo e é considerado presidente nato.

A referida Resolução orienta que os governos deverão garantir a autonomia para o pleno funcionamento dos conselhos, dotação orçamentária, Secretaria Executiva e estrutura administrativa. Sob estes aspectos, observa-se que apenas 20,22% dos conselhos possuem dotação orçamentária; 51,69% Secretaria Executiva (cuja existência é fundamental à realização do registro em ata das discussões e decisões do Conselho, à redação de documentos e à construção da memória do Conselho) e 39,33% Apoio Administrativo, em sua grande maioria composto por uma ou duas pessoas. A mesa diretora, requisito importante para a organização e condução das discussões estava presente em 57,30% dos Conselhos e havia sido eleita na maioria deles (em 46 dos 51).

A existência de Comissões e Grupos de Trabalhos (GT) nos Conselhos possibilita a análise das temáticas que são discutidas de forma regular e contínua, verificando se é dedicada atenção maior a aspectos macroestruturais relacionados com a formulação e gestão das políticas estaduais de saúde, micropolítica de organização do processo de trabalho, da fiscalização dos recursos investidos ou de temas relativos às condições de saúde. No Estado, apenas 31,46% dos Conselhos apresentavam Comissão Permanente e Outros Grupos de Trabalho estavam presentes em 10,11% dos Conselhos.

Até novembro de 2007 dos 87 municípios que responderam ao questionamento sobre a definição de diretrizes no Plano Municipal de Saúde - PMS, 13 (14,94%) informaram não possuir PMS, 22 (24,72%) definiram suas diretrizes no PMS e 40 (45,98%) aprovaram o Plano do executivo municipal. Os demais ou não responderam (3) ou apresentaram outra forma de avaliação (9).

Em relação à estrutura física e equipamentos, 46,07% dos Conselhos possuíam sede, sendo que o CMS de Seropédica tinha sede própria, e o de Parati alugada. Os demais ocupavam espaços cedidos pelo poder público, na maioria das vezes, municipal. 78,65% dos CMS possuíam Linha Telefônica, em sua maioria compartilhada, 42,70% possuíam computador e 53,93% possuíam internet.

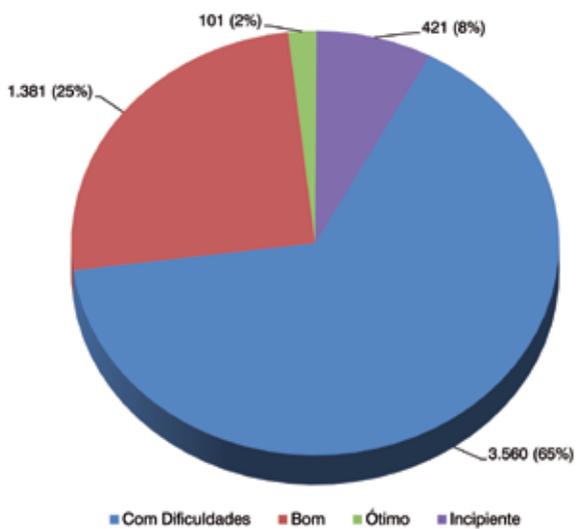
As formas de articulação com o MP, presentes em 38,20% dos Conselhos, foram divididas em três tipos: o MP é convidado para participar de reuniões, fóruns e solicitado em capacitação; o CMS encaminha ao MP denúncias de irregularidades e descumprimento de resoluções, e solicita orientação para assuntos polêmicos e o Conselho participa das audiências do MP quando convocado.

6.2 - Indicadores de Pleno Funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde

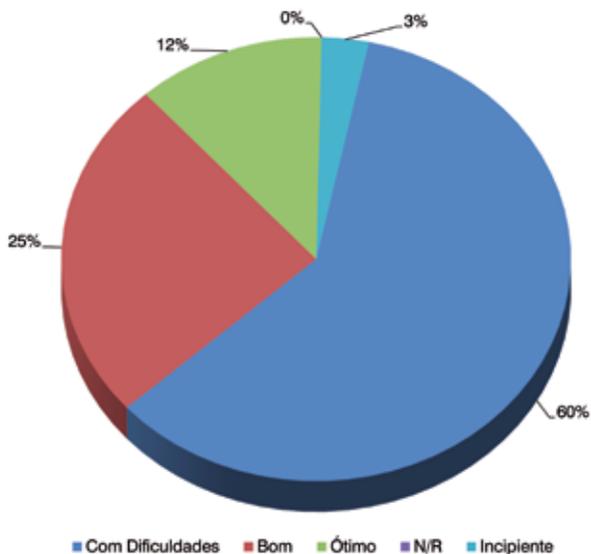
6.2.1 - O Índice de Autonomia dos Conselhos de Saúde, conjuga - IACS:

- a) a capacidade dos Conselhos de gerirem ou administrarem a si mesmos, estipulando suas próprias normas e regras internas, independentemente de influências externas;
- b) a capacidade dos Conselhos de articularem-se com instâncias, órgãos e/ou entidades da sociedade civil e das três esferas da administração pública;
- c) capacitação dos conselheiros; e
- d) condições físicas, materiais (equipamentos) e financeiras para o exercício de suas atividades.

Quadro 3: Índice de Autonomia dos CMS:



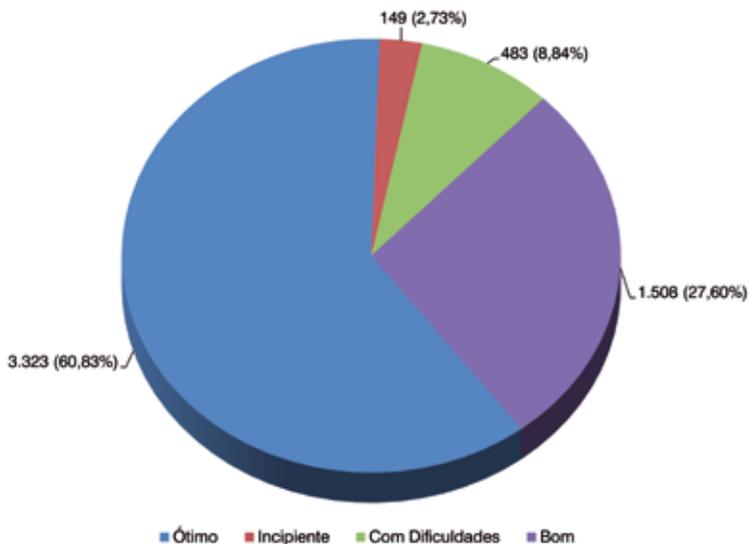
Quadro 4: Índice de Autonomia dos CMS do Estado do Rio de Janeiro



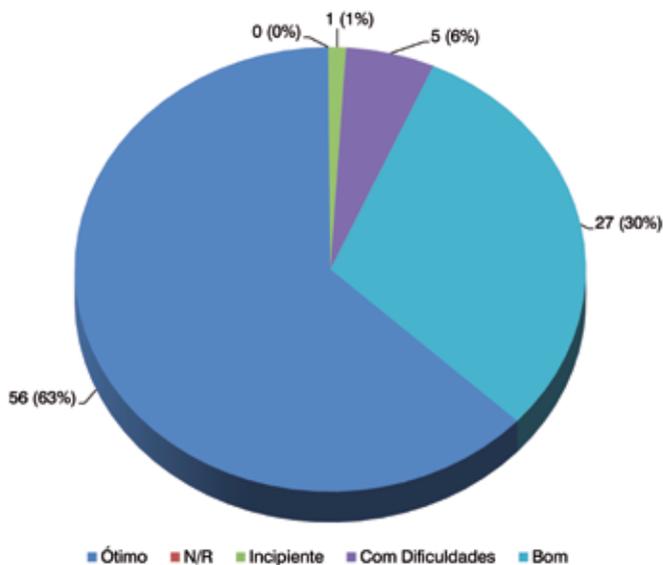
Fonte: Participanetsus – www.ensp.fiocruz.br/participanetsus

6.2.2 - Índice de Democratização dos Conselhos de Saúde - IDCS, cujo conceito consiste na efetiva promoção, por parte dos Conselhos, de condições que atendam aos preceitos da democracia, buscando promover, incentivar, assegurar e resguardar a participação popular e a equidade na representatividade das entidades e segmentos, além de evitar o estabelecimento de hierarquizações, privilégios e encapsulamentos de poder na presidência dos Conselhos de Saúde.

Quadro 5: Índice de Democratização dos Conselhos de Saúde - IDCS



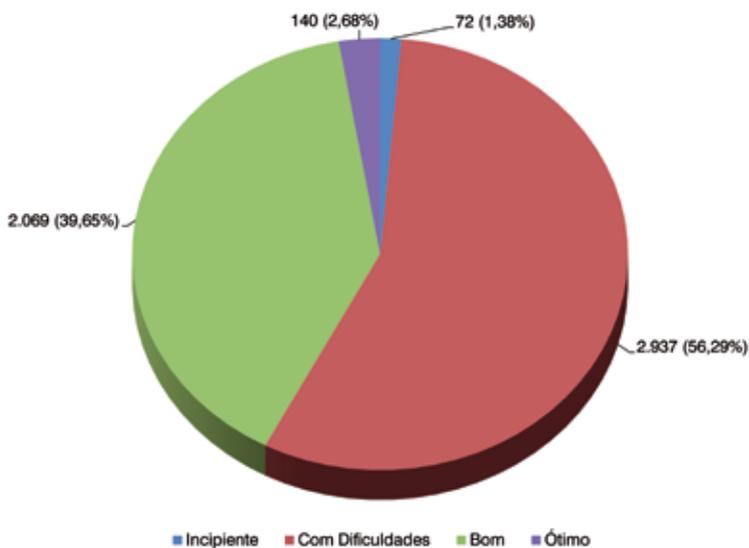
Quadro 6: Índice de Democratização dos Conselhos de Saúde do Estado do Rio de Janeiro



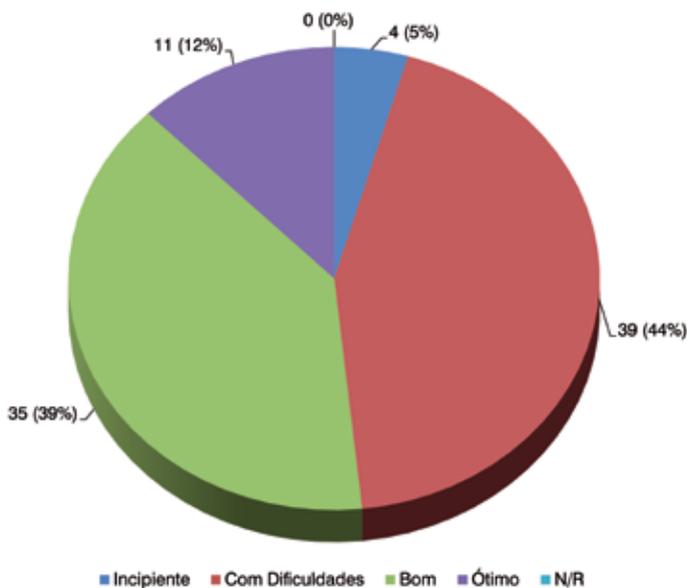
Fonte: Participanetsus – www.ensp.fiocruz.br/participanetsus

6.2.3 - Índice de Gestão dos Conselhos de Saúde - IGCS, cujo conceito consiste na capacidade dos Conselhos em organizarem-se e agirem de maneira tal que estejam garantidas as atividades de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria dos temas tratados em suas reuniões plenárias. Transcende, portanto, a ideia simples de gerência, ao assumir feições operacionais, instrumentais e políticas.

Quadro 7: Índice de Gestão dos Conselhos de Saúde



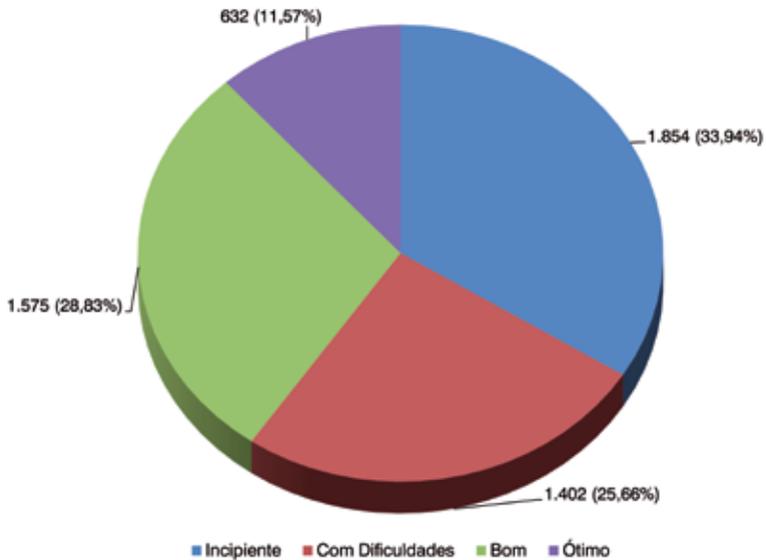
Quadro 8: Índice de Gestão dos Conselhos de Saúde do Estado do Rio de Janeiro



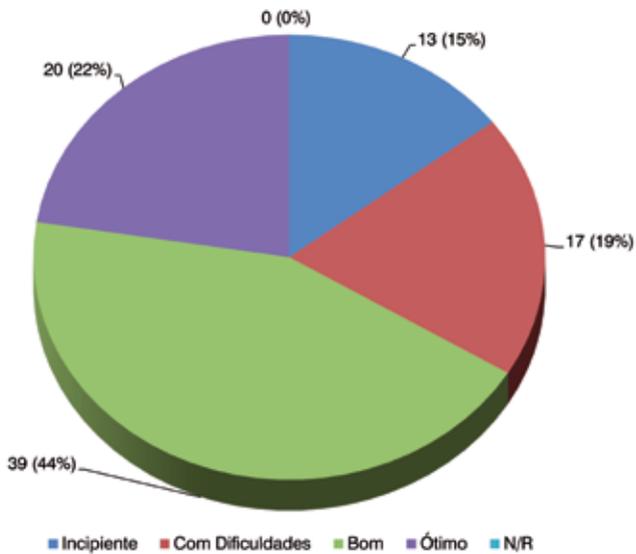
Fonte: Participanetsus – www.ensp.fiocruz.br/participanetsus

6.2.4 - Índice de Estrutura Física e Equipamentos - IEFE, sintetiza a existência e disponibilidade de recursos e elementos materiais (equipamentos), considerados básicos para o funcionamento dos Conselhos de Saúde.

Quadro 9: Índice de Estrutura Física e Equipamentos – IEFE dos CMS



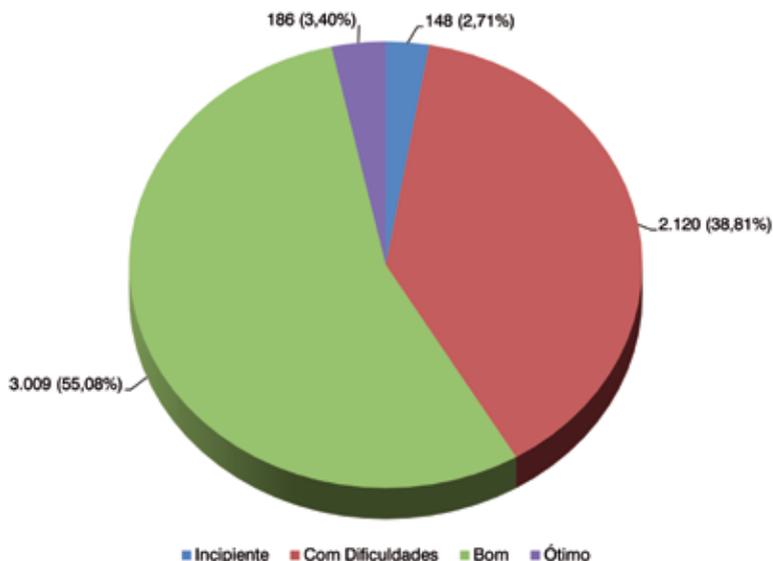
Quadro 10: Índice de Estrutura Física e Equipamentos - IEFE do Estado do Rio de Janeiro.



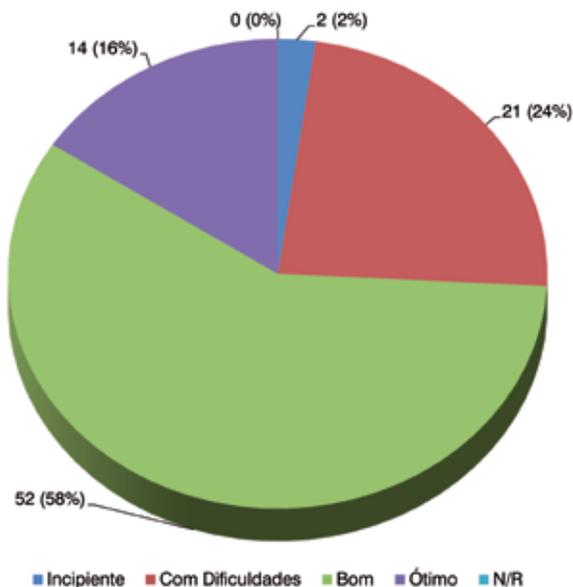
Fonte: Participanetsus – www.ensp.fiocruz.br/participanetsus

6.2.5 - Índice de Pleno Funcionamento dos Conselhos - IPF, resulta da média aritmética dos outros 4 Índices e, portanto, contém todas as 4 Dimensões e os 31 Indicadores. O conceito adotado consiste na funcionalidade/capacidade de funcionamento dos Conselhos, de modo a exercer, na plenitude, suas competências, atuando na formulação, controle e execução das políticas de saúde e, em última análise, gerando condições propícias para a existência, a sustentação e o desenvolvimento da Participação Popular e do Controle Social.

Quadro 11: Índice de Pleno Funcionamento dos Conselhos



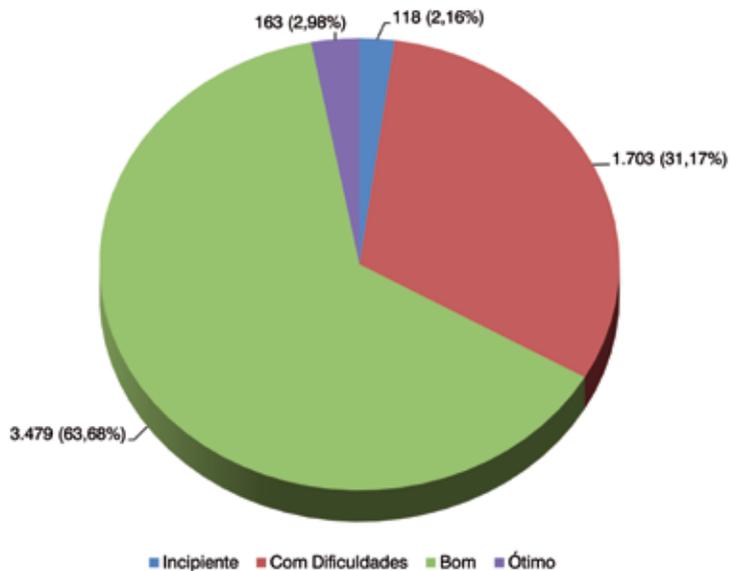
Quadro 12: Índice de Pleno Funcionamento dos Conselhos do Estado do Rio de Janeiro



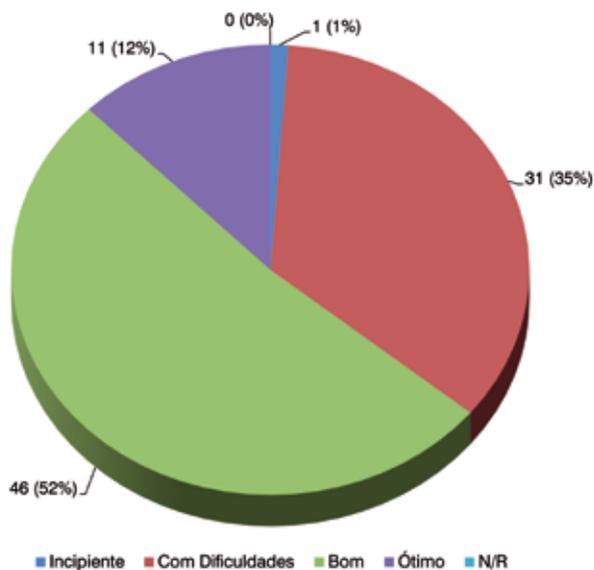
Fonte: Participanetsus – www.ensp.fiocruz.br/participanetsus

6.2.6 - Índice de Adequação à Resolução Nº 333 - que abrange os indicadores relacionados com as normatizações e recomendações sobre o estabelecimento, organização, estrutura, funcionamento e competências dos Conselhos de Saúde, propostas e especificadas na Resolução Nº 333/03 do Conselho Nacional de Saúde. Na Matriz do Ia333, estão relacionados os parágrafos, incisos e seções da Resolução Nº 333/03 que referenciam os respectivos Indicadores componentes do Índice.

Quadro 13: Índice de Adequação à Resolução Nº 333 - Ia333



Quadro 14: Índice de Adequação à Resolução Nº 333 no Estado do Rio de Janeiro



Fonte: Participanetsus – www.ensp.fiocruz.br/participanetsus

Referências consultadas:

1. www.conselho.saude.gov.br;
2. www.conselhodesaude.rj.gov.br;
3. 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.
4. www.dhnet.org.br; A Natureza jurídica dos Conselhos dos direitos e a legislação complementar - Módulo II – Conselhos dos Direitos no Brasil;
5. 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;
6. Pereira, Rosana Araújo de Sá Ribeiro, Promotora de Justiça/PR; O Ministério Público intervindo para execução de políticas sociais visando a promoção, proteção e recuperação da saúde pública; GT Setorial Saúde, do XVI CONGRESSO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO E JUSTIÇA SOCIAL;
7. Pontes, Patrícia Albino Galvão, coletânea Estatuto do Idoso Comentado. Campinas, SP: LNZ. 2006, coordenada pela Naíde Maria Pinheiro.
8. LABRA, Maria Eliana. Conselhos de Saúde Visões “micro” e “macro”. Civitas Revista de Ciências Sociais, 2006, v.6.