

INCENTIVO À PARTICIPAÇÃO POPULAR E CONTROLE SOCIAL NO SUS

**Textos técnicos para
conselheiros de saúde**



Ministério da Saúde

Ministério da Saúde
Projeto Nordeste
Informação, Educação e Comunicação/IEC

Incentivo à participação popular e ao controle social no SUS

(Textos técnicos para Conselheiros de Saúde)

Brasília
1994

© Ministério da Saúde, 1994

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

Tiragem: 10 000 exemplares

Edição, distribuição e informações:

Coordenação de Informação, Educação

e Comunicação/PNE/MS Esplanada dos Ministérios, bloco G, sala 408

70.058-901 – Brasília – DF

Tel (061) 315-2126

Fax (061) 315-2225

Impresso no Brasil/Printed in Brazil

Elaboração:

Núcleo de Estudos em Saúde Pública

Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares

Universidade de Brasília

SCS Qd 02, Ed. OK, entr. 78, 8º andar

CEP 70.300-500 – Brasília, DF

Tel: (061) 225-2186 Fax: (061) 225-3861

Projeto gráfico e ilustrações: Paulo Andrade

Capa: IEC/Ministério da Saúde

Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de Informação, Educação e Comunicação. Núcleo de Estudos em Saúde Pública – NESP

Incentivo à Participação Popular e Controle Social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde. Brasília: IEC, 1994

1. Saúde Pública – Controle Social 2. Saúde Pública – Financiamento 3. Saúde Pública – Aspectos Jurídicos e Legislação 4. Saúde Pública – Planejamento 5. Participação Comunitária | título

Anexos

- Constituição Federal
 - Capítulo VII - Da Ordem Social
 - Título II - Da Seguridade Social
 - Seção II - Da Saúde
- Lei 8.080
- Lei 8.142
- Resolução nº 33
 - do Conselho Nacional de Saúde
- Resolução nº 36
 - do Conselho Nacional de Saúde
- Resolução nº 52
 - do Conselho Nacional de Saúde
- Decreto nº 1.232

Apresentação	5
A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas <i>Eleutério Rodriguez Neto</i>	7
A Constituição Brasileira e o Sistema Único de Saúde <i>Sueli Gandolfi Dallari</i>	18
O controle social e o processo de descentralização dos serviços de saúde <i>Elizabeth Barros</i>	29
Atribuições dos Conselhos de Saúde e de seus conselheiros <i>Carlos Néder</i>	38
Financiamento setorial do SUS e a questão da municipalização da saúde <i>Elias Antonio Jorge</i>	45
Informações epidemiológicas como instrumento de planejamento e gerência dos serviços de saúde <i>Eleonor Minho Conill e Antonio Carlos Estima Marasciulo</i>	55
Anexo: Legislação básica para o Controle Social	69

O atual estágio de desenvolvimento do SUS, no que diz respeito à questão do controle social, tem mostrado que a despeito do cumprimento das normas legais por parte de estados e grande número de municípios quanto à constituição de Conselhos de Saúde, alguns aspectos, tais como a representatividade e a efetiva participação da sociedade civil ainda estão aquém do que se pode considerar como mínimo indispensável para a consecução plena do direito estabelecido. Isto se torna mais evidente quando se verifica a competência dos Conselhos de Saúde (formulação de estratégias, controle da execução das políticas de saúde, estabelecimento de diretrizes para formulação dos planos de saúde, controle e fiscalização sobre uso dos recursos, definição de diretrizes para alocação dos recursos dos Fundos de Saúde, dentre outras), e se considera a gama de informações que são necessárias para o cumprimento de tais atribuições.

O Ministério da Saúde, preocupado em incentivar a prática de controle social e a participação popular no processo de construção do Sistema Único de Saúde, através do Projeto Nordeste, buscou a articulação dos Núcleos de Saúde Pública ou Saúde Coletiva da Universidade de Brasília e dos Estados da Região Nordeste, para a formação de um *pool* de instituições para executar um projeto que se mostra ambicioso, porém extremamente necessário: a difusão de informações para os Conselheiros de Saúde com a finalidade de que possam desempenhar cada vez melhor as suas atribuições, particularmente o segmento dos usuários.

Nasceu assim o Projeto de Incentivo ao Controle Social e a Participação no Processo de Construção do SUS, uma parceria entre a Coordenação de Informação, Educação e Comunicação, do Projeto Nordeste, e as universidades federais do Distrito Federal e do Nordeste. O objetivo deste projeto é contribuir para o efetivo controle social na construção do Sistema Único de Saúde, através da capacitação de Conselheiros Municipais de Saúde, lideranças comunitárias, técnicos dos serviços de saúde e das secretarias executivas dos Conselhos Municipais de Saúde, difundindo informações sobre os vários aspectos que envolvem a consecução plena das atribuições dos Conselhos, tais como, financiamento, legislação, organização de serviços, informações e dados epidemiológicos.

Coube ao Núcleo de Estudos em Saúde Pública do Centro de Estudos Avançados e Multidisciplinares da Universidade de Brasília – NESP/CEAM/UnB, a coordenação da elaboração do presente caderno de textos para subsidiar as discussões que serão realizadas nas diversas atividades em cada um dos estados envolvidos.

A finalidade deste caderno de textos é de auxiliar os monitores das atividades tanto na questão dos conteúdos das discussões, quanto na exploração dos respectivos temas, sendo possível seu aproveitamento em qualquer opção metodológica. Além disso, outro recurso a ser utilizado é o da "cartilha" que contém de forma objetiva e acessível as informações e conteúdos dos textos, possibilitando a sua utilização por qualquer conselheiro no exercício de suas atribuições nos respectivos Conselhos, bem como em suas discussões com os segmentos que representam.

Os temas abordados foram definidos a partir da identificação dos aspectos mais relevantes e significativos tanto para a atuação dos conselheiros como para o processo de consoli

dação do SUS. A linguagem utilizada para exploração dos conteúdos procurou atender as questões de acessibilidade e objetividade na transmissão de informações.

Para a elaboração dos textos foram contactados profissionais de reconhecida competência em suas respectivas áreas e que estão permanentemente refletindo e contribuindo com suas produções teóricas e técnicas para o avanço do SUS.

Espera-se, com este material, poder contribuir para o cumprimento dos objetivos do Projeto e, principalmente, colaborar com os futuros multiplicadores dessas atividades de capacitação de conselheiros, os quais espera-se sejam identificados no desenvolvimento das atividades que já estão previstas em cada um dos estados, ampliando-se desta forma o alcance do incentivo ao controle social como um dos pilares do processo de construção e consolidação do SUS.

Finalmente cumpre agradecer aos autores dos textos, a seguir devidamente identificados, pela participação no sentido da viabilização do Projeto.

A todos que a partir da utilização deste material, e de outros que venham a ser empregados na realização das atividades de capacitação de conselheiros, nosso desejo de êxito na tarefa de disseminação das informações que são fundamentais para a realização plena das atribuições dos Conselhos de Saúde.

*Coordenação de Informação,
Educação e Comunicação/PNE/MS
Núcleo de Estudos em Saúde
Pública – NESP/CEAM/UnB*

A Reforma Sanitária e O Sistema- Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas

Eleutério Rodriguez Neto *



•Médico, Professor da Universidade de Brasília,
Departamento de Saúde Coletiva
Núcleo de Estudos de Saúde Pública
Assessor Legislativo da Câmara dos
Deputados

1

Introdução o que pretendemos mudar

Todos sabemos que a saúde de grande parte da população brasileira vai mal. E sabemos também que, quando precisamos dos serviços de saúde, eles não funcionam bem e não conseguem resolver adequadamente os nossos problemas de doenças.

Por que isso ocorre?

Primeiramente, com relação à saúde: enquanto todos e cada um não gozarem de uma boa qualidade de vida, em termos de alimentação, moradia, água, esgoto, transporte, educação e lazer, não se pode ter boa saúde. Como ainda estamos longe de fazer todas essas conquistas, é claro que a saúde também está comprometida. Além disso, antes da Constituição de 1988, a saúde não era direito de todos, mas apenas a assistência médica era prometida a quem tinha Carteira assinada e pagava a Previdência Social. Aos outros, só se pagassem ou sobrasse dinheiro para o Ministério da Saúde, os Hospitais Universitários e os Governos Estaduais e Municipais fazerem algum atendimento. Nesse caso, essa população que não podia pagar e não "tinha INPS", era chamada de indigente ou carente.

E por que os serviços de saúde não funcionam bem? Porque faltam recursos, os equipamentos estão quebrados ou funcionando mal, faltam medicamentos, o pessoal é pouco, na maioria despreparado e ganhando mal. Mas principalmente porque o sistema de saúde que hoje temos é o resultado do sistema que foi montado, no tempo da ditadura militar, para atender os interesses daqueles que queriam comercializar a saúde, e não as necessidades da população.

Com isso, houve um grande crescimento dos serviços médicos privados, especialmente hospitais, mal distribuídos e concentrados nas grandes cidades, e que foram todos contratados pelo INAMPS. Por outro lado, como não havia interesse em que o serviço público funcionasse, para favorecer os privados, os hospitais, ambulatorios e Centros de Saúde públicos ficaram desprestigiados e começaram piorar. Isso tudo aconteceu numa época em que a Previdência Social tinha bastante recursos (metade da década de 70).

Rapidamente, a maneira de pagamento dos serviços privados (pagava-se quantos atos fossem realizados) e a falta de controle sobre os mesmos, levaram a numerosas distorções do sistema, com fraudes e corrupção, envolvendo, de um lado, os interessados em ganhar com a doença da população e, de outro, os dirigentes nacionais descomprometidos com a saúde da população e com os recursos públicos, acostumados a usá-los para seus fins clientelistas e eleitoreiros.

Todas essas questões levaram a um sistema de saúde extremamente perverso, pois não só não respondia às necessidades de atendimento da população, como até agravava a sua saúde, na medida em que se fazia o que dava mais lucro, se internava mais do que o necessário e, principalmente, se deixava de gastar em ações de prevenção de doenças e de promoção da saúde, assim como em ações básicas de saúde e saneamento, campos tradicionais do Ministério da Saúde sempre pobre, e de "pires na mão"

Além disso, o sistema de saúde brasileiro tem sido extremamente ineficiente, pois desperdiça os seus poucos recursos, duplica ações por vários órgãos que não se entendem, as decisões são muito centralizadas no nível federal, não deixando autonomia para os Estados e Municípios; que, por sua vez, não destinam mais verbas para a saúde. E, enquanto isso, o único que foi se beneficiando desse descontrole e dessa descoordenação foi o setor privado que, por estar vinculado ao nível federal (INAMPS), não dava satisfações à população que atendia e nem às autoridades locais.

A crise econômica dos anos 80, no entanto, acabou com a época das "vacas gordas" e criou uma nova situação para o Governo, exigindo que este reconhecesse a crise e a necessidade de mudar o sistema de saúde, sob pressão da própria população que

já começava a se reorganizar, lutando pela redemocratização do país.

E, dessa forma, se abriu espaço para se começar a mudar esse sistema de saúde caótico, sem qualidade, ineficiente, autoritário e descomprometido com a saúde da população.

2

Construindo o projeto de mudança: o movimento pela democratização da saúde no Brasil

Desde o começo da década de 70, no entanto, muitos estudos e pesquisas já demonstravam que o modelo de desenvolvimento que o país tinha adotado (na época da ditadura) concentrava renda, não distribuía benefícios sociais e, com isso, prejudicava a saúde das pessoas. Da mesma forma o sistema de saúde que vinha sendo implantado era irracional (gastava mais que os benefícios que obtinha) e não atendia adequadamente às necessidades da população. Não que antes a saúde do povo fosse boa e o sistema de saúde adequado; mas, podendo fazer outras escolhas, o Governo optou pelo caminho mais perverso, ao priorizar os interesses particulares em relação aos públicos, alijando a população de qualquer participação nos seus destinos e criando um sistema de saúde de má qualidade, arraigado nas suas distorções e, por envolver muitos interesses excusos, resistente à mudança.

Entretanto, como se vivia numa época de repressão política e havia censura à imprensa, esses estudos tinham dificuldade de circular e apenas alguns técnicos e professores de universidades tinham acesso a eles. As lideranças políticas que poderiam fazer as denúncias estavam cassadas ou seus partidos viviam na clandestinidade. Só em meados da década é que, sob pressão social, começou a haver algum

tipo de abertura política, com início de eleições em algumas cidades e começo da reorganização do movimento social, em termos de sindicatos, partidos políticos, associações de moradores etc. Na área dos profissionais de saúde surgiu um movimento chamado à época de **movimento sanitário** que, utilizando aqueles estudos e pesquisas feitos nos anos anteriores, começa a denunciar os efeitos do modelo econômico sobre a saúde da população e a irracionalidade do sistema de saúde então implantado. Esse movimento, no entanto, se caracterizou por não apenas fazer denúncias contra a ditadura e os interesses econômicos com ela envolvidos, mas também por apresentar propostas construtivas, apresentando como alternativa um projeto de transformação do sistema de saúde vigente.

O movimento foi-se ampliando, incorporando parlamentares, lideranças políticas, sindicais e populares, promovendo debates e divulgando suas idéias. E até mesmo envolvendo alguns técnicos das instituições oficiais de saúde.

Assim, em 1979, no I Simpósio Nacional de Política de Saúde, realizado pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, o **movimento**, representado pelo CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, apresentou e discutiu publicamente, pela primeira vez, sua proposta de reorientação do sistema de saúde que já se chamava, na época, **Sistema Único de Saúde**. Essa proposta, levando em conta experiências bem sucedidas em outros países, propunha, ao lado da democratização geral da sociedade, a universalização do direito à saúde, um sistema de saúde racional, de natureza pública, descentralizado, integrando as ações curativas e preventivas e democrático, com participação da população.

É claro que a proposta não teve espaço para se impor, naquele momento, ao Governo. No entanto, como já se vivia um período de

crise econômica e crescia a pressão social por melhores serviços de saúde, a proposta passou a servir de base para as reivindicações populares e para profissionais e técnicos comprometidos. E o Governo teve que, a partir daí, levá-la sempre em consideração, adotando, pouco a pouco, muitas das suas idéias.

Foi assim que começaram a se desenvolver várias experiências de reorganização de serviços de saúde, especialmente em nível estadual e municipal e local; algumas até apoiadas e promovidas pelo Ministério da Saúde, como o PIASS - Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento, dirigido para áreas rurais do Nordeste.

Com o agravamento da crise em 1980, o próprio Governo elaborou um projeto de reorientação global do sistema de saúde, a partir da implantação de uma rede de serviços básicos de saúde, conhecido como PREV-SAÚDE e que deveria integrar os Ministérios da Previdência e da Saúde que, no entanto, sofreu muitas pressões e não saiu do papel.

Já em 1982, não suportando mais os gastos da Previdência Social com o INAMPS, o Governo adota algumas medidas de reorientação da sua política de assistência médica, mudando a forma de pagamento do setor privado contratado, pela introdução do pagamento por diagnósticos e não mais por atos e, por outro lado, celebrando convênios com os Estados e Municípios para, repassando recursos, utilizar a capacidade instalada pública das suas instituições que, na época estavam extremamente ociosas. Essas foram as propostas que passaram a ser conhecidas, respectivamente por AIH - Autorização de Internação Hospitalar e AIS - Ações Integradas de Saúde.

A implantação da AIH com seu novo sistema de contas hospitalares deu resultado imediato, diminuindo drasticamente as despesas com internações hospitalares (ainda que, em curto espaço de tempo, começassem a crescer novamente, a partir de novos expedientes que "driblavam" os controles então estabelecidos).

As AIS, por seu lado, representaram, pela primeira vez, a possibilidade de que as instituições públicas de saúde se conhecessem mutuamente e começassem a fazer um planejamento mais articulado e até mesmo integrado. Propiciaram também a criação das Comissões Inter-institucionais de Saúde - CIS e CIMS que acabaram por se constituírem na semente dos atuais Conselhos de Saúde, assim como foram a base para a implantação, mais à frente, dos SUDS - Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde, fase anterior à implantação do SUS - Sistema Único de Saúde.

Com a superação do regime militar e o surgimento da Nova República em 1985, o movimento social se intensificou e foi possível uma discussão maior sobre os rumos que deveria tomar o sistema de saúde. Houve muita polêmica, especialmente sobre a conveniência ou não da unificação do INAMPS com o Ministério da Saúde.

Prevista nos planos do novo Governo e tendo em vista a próxima realização da Assembléia Nacional Constituinte, onde seria discutida a nova ordem jurídico-institucional do país e celebrado um novo pacto entre os vários segmentos sociais, foi convocada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, para discutir a nova proposta de estrutura e política de saúde para o país.

Com uma ampla participação (cerca de

"A proposta da Reforma Sanitária para reorientar o sistema de saúde brasileiro é a implantação do Sistema Único de Saúde - SUS"

Com uma ampla participação (cerca de 5000 pessoas – dirigentes institucionais, técnicos, estudiosos, políticos e lideranças sindicais e populares), a 8ª Conferência discutiu a situação de saúde do país e aprovou um relatório, cujas recomendações passaram a constituir o projeto da **Reforma Sanitária Brasileira**, já então plenamente legitimado pelos segmentos sociais identificados com os interesses populares e que foi levado à Assembléia Nacional Constituinte em 1987, para disputar com outras propostas o que seria inscrito na Constituição sobre a Saúde.

3

O que é a Reforma Sanitária?

A Reforma Sanitária é a proposta para a **democratização da saúde** no país.

O que ela propõe?

Primeiramente, que a saúde seja entendida como resultado das condições de vida das pessoas. Isto é, que a saúde não é conseguida apenas com assistência médica, mas principalmente, pelo acesso das pessoas ao emprego, com salário justo, à educação, a uma boa condição de habitação e saneamento do meio-ambiente, ao transporte adequado, a uma boa alimentação, à cultura e ao lazer; além, evidentemente do acesso a um sistema de saúde digno, de qualidade e que resolva os problemas de atendimento das pessoas quando necessitem.

Isso significa que a conquista da saúde não pode ser uma responsabilidade exclusiva da área da saúde, mas de todo o Governo e da sociedade, por meio de suas políticas econômicas e sociais. É claro que isso supõe uma identificação do Governo com as necessidades e aspirações da maioria da população e que a

saúde seja considerada uma finalidade do desenvolvimento econômico e social e não apenas um meio, como são as outras áreas. Afinal, quem é que não tem como objetivo principal da sua vida viver mais e melhor?

Desse modo, é essencial que a saúde não seja um direito adquirido por meio de contratos e pagamentos de contribuições para a Previdência ou outro tipo de seguro, mas que seja um direito que as pessoas têm pelo simples fato de existirem e serem cidadãos – viverem numa sociedade regida pelas mesmas leis e contribuirem para o seu desenvolvimento. É, pois, um direito humano e de cidadania.

Por consequência, é responsabilidade do Estado - conjunto das instituições e políticas públicas da sociedade – assegurar os meios para que as pessoas tenham acesso aos bens e serviços que lhes assegurem a saúde.

Daí, a idéia de que a **Saúde é direito de todos e dever do Estado**, é um princípio básico da Reforma Sanitária.

Para que isso seja realidade é necessário que, além das políticas gerais de governo que contribuam para a melhoria da qualidade de vida, o setor saúde também se estruture e se organize de modo a zelar para que essas políticas sejam adequadas e produzam efeitos positivos sobre a saúde das pessoas e coletividades; assim como esteja apto a promover as ações que visem à promoção da saúde, a prevenção de doenças e o atendimento adequado em situações de doenças e outros agravos à saúde (acidentes, etc).

A proposta que a Reforma Sanitária faz para reorientar o sistema de saúde brasileiro para cumprir com essas funções (pois hoje, ele não cumpre) é a da implantação do Sistema Único de Saúde – SUS.

4

Como deve ser o SUS?

Primeiramente, o SUS é um **sistema**, ou seja, é formado por várias instituições dos três níveis de governo (União, Estados e Municípios), e pelo setor privado contratado e conveniado, como se fosse um mesmo corpo. Assim, o serviço privado, quando é contratado pelo SUS, deve atuar como se fosse público, usando as mesmas normas do serviço público.

Depois, é **único**, isto é, tem a **mesma** doutrina, a **mesma** filosofia de atuação em todo o território nacional, e é organizado de acordo com uma **mesma** sistemática.

Além disso, o SUS tem as seguintes características principais:

- ❑ Deve atender a **todos**, de acordo com suas necessidades, independentemente de que a pessoa pague ou não Previdência Social e sem cobrar nada pelo atendimento.
 - ❑ Deve atuar de maneira integral, isto é, não deve ver a pessoa como um amontoado de partes, mas como um todo, que faz parte de uma sociedade, o que significa que as ações de saúde devem estar voltadas, ao mesmo tempo, para o indivíduo e para a comunidade, para a prevenção e para o tratamento e respeitar a dignidade humana.
 - ❑ Deve ser descentralizado, ou seja, o poder de decisão deve ser daqueles que são responsáveis pela execução das ações, pois, quanto mais perto do problema, mais chance se tem de acertar sobre a sua solução. Isso significa que as ações e serviços que atendem à população de um município devem ser municipais; as que servem e alcançam vários municípios
- devem ser estaduais; e aquelas que são dirigidas a todo o território nacional devem ser federais. Dessa forma, deverá haver uma inversão na situação atual, quando a maioria dos serviços de saúde que têm sido vinculados ao nível federal, como o INAMPS, devem passar para os níveis estadual e municipal, principalmente para este último, produzindo o que se tem chamado municipalização da saúde.
- ❑ Deve ser **racional**. Ou seja, o SUS deve se organizar de maneira que sejam oferecidos ações e serviços de acordo com as necessidades da população, e não como é hoje, onde em muitos lugares há serviços hospitalares, mas não há serviços básicos de saúde; ou há um aparelho altamente sofisticado, mas não há médico geral, só o especialista. Para isso, o SUS deve se organizar a partir de pequenas regiões e ser planejado para as suas populações, de acordo com o que elas precisam e não com o que alguém decide "lá em cima". Isso inclui a decisão sobre a necessidade de se contratar ou não serviços privados; e quando se decide pela contratação, que o contrato seja feito nesse nível, para cumprir funções bem definidas e sob controle direto da instituição pública contratante. É essencial, conforme o princípio da descentralização, que essas decisões sejam tomadas por uma autoridade de saúde no nível local. É a isso que se chama de **Distrito Sanitário**.
 - ❑ Deve ser eficaz e eficiente. Isto é, deve produzir resultados positivos quando as pessoas o procuram ou quando um problema se apresenta na comunidade; para tanto precisa ter qualidade. Mas não basta: é necessário que utilize as técnicas mais adequadas, de acordo com a realidade local e a disponibilidade de recursos, eliminando o desperdício e fazendo com que os recursos públicos sejam aplicados da melhor maneira possível. Isso implica

necessidades não só de equipamentos adequados e pessoal qualificado e comprometido com o serviço e a população, como a adoção de técnicas modernas de administração dos serviços de saúde.

- Deve ser **democrático**, ou seja, deve assegurar o direito de participação de todos os segmentos envolvidos com o sistema – dirigentes institucionais, prestadores de serviços, trabalhadores de saúde e, principalmente, a comunidade, a população, os usuários dos serviços de saúde. Esse direito implica a participação de todos esses segmentos no processo de tomada de decisão sobre as políticas que são definidas no seu nível de atuação, assim como no controle sobre a execução das ações e serviços de saúde. Embora a democracia possa ser exercida através de vereadores, deputados e outras autoridades eleitas, é necessário também que ela seja assegurada em cada momento de decisão sobre as questões que afetam diretamente e imediatamente a todos. Por isso, a idéia e a estratégia de organização dos Conselhos de Saúde – nacional, estaduais e municipais, para exercerem esse controle social sobre o SUS, devendo respeitar o critério de composição paritária participação igual entre usuários e os demais; além de ter poder de decisão (não ser apenas consultivo).

O SUS, no entanto, não pode ser implantado "da noite para o dia", pois as mudanças que ele propõe são muitas e complexas; assim como os interesses que ele questiona. Dessa forma, o SUS, como parte da Reforma Sanitária é um processo que estará sempre em aperfeiçoamento e adaptação.

Como tem sido esse caminho?



5

Tentando implantar o SUS: seus avanços e suas dificuldades

Em 1988 a Assembléia Nacional Constituinte aprovou a nova Constituição Brasileira, incluindo, pela primeira vez, uma seção sobre a Saúde. Essa seção sobre Saúde incorporou, em grande parte, os conceitos e propostas da 8ª Conferência Nacional de Saúde, podendo-se dizer que na essência, a Constituição adotou a proposta da Reforma Sanitária e do SUS.

No entanto, isso não foi fácil. Vários grupos tentaram aprovar outras propostas, destacando-se duas: a dos que queriam manter o sistema como estava, continuando a privilegiar os hospitais privados contratados pelo INAMPS e a dos que queriam criar no país um sistema de seguro-saúde mais ou menos parecido com o americano (que, todos sabemos, é caro e não atende a todos). Como essas alternativas não tinham muita aceitação, pois uma já tinha demonstrado que não funcionava e a outra era inviável pela questão econômica, a proposta feita pelo movimento da Reforma Sanitária teve chance e acabou sendo aprovada, ainda que com imperfeições. De qualquer forma essa foi uma grande vitória, que coloca a Constituição brasileira entre as mais avançadas do mundo no campo do direito à saúde.

A Saúde foi incluída dentro de um capítulo chamado de Seguridade Social. A Seguridade Social é o conjunto das ações de Saúde, Previdência Social (pensões, aposentadorias e outros benefícios financeiros) e Assistência Social. A idéia é que a Seguridade Social seja um conjunto de políticas e ações dirigidas à proteção social da população, com um financiamento comum. Por isso que a Saúde é financiada pela Seguridade Social, além de outras fontes (Estados, Municípios e outros recur-

dos da União).

A Constituição também previa a elaboração e aprovação das Leis Orgânicas correspondentes a cada uma dessas áreas, num prazo de seis meses, com a finalidade de organizar o funcionamento das mesmas; no caso da saúde, a organização e funcionamento do Sistema Único de Saúde. Aí já começaram as dificuldades, pois o Governo (ainda na época de Sarney) resistia a enviar o Projeto de Lei ao Congresso Nacional, o que acabou acontecendo quase um ano depois (julho/agosto de 1989). A aprovação, no entanto, da Lei Orgânica da Saúde só foi acontecer no segundo semestre de 1990, já com o Governo Collor e após muita negociação do Ministério da Saúde com o movimento da Reforma Sanitária. Com isso, houve um atraso inicial de dois anos, para o começo da implantação do SUS.

Entretanto, mesmo aprovada a Lei Orgânica, o Governo fez muitas manobras para postergar a implantação real do SUS, apesar de sempre declarar que adotava o SUS: resistia à descentralização, não reestruturava o Ministério da Saúde para cumprir suas novas funções, não fazia o repasse automático de recursos para Estados e Municípios, continuava a fazer convênios, negociando politicamente as verbas, entre muitos outros expedientes centralizadores, para facilitar o clientelismo e a corrupção, mais tarde desmascarados.

Apesar de toda essa política que não facilitava a implantação do SUS, o processo não parou e muitas experiências no nível municipal avançaram, assim como a criação dos Conselhos de Saúde, nos três níveis de governo foram se tornando uma realidade irreversível e

dando o toque de novo na política de saúde.

A IX Conferência Nacional de Saúde que deveria se realizar em 1990 também foi sucessivamente adiada e, depois de muita pressão, foi realizada no segundo semestre de 1992. Nessa Conferência não apareceram propostas novas. Todas as discussões, conclusões e recomendações indicavam que o projeto da Reforma Sanitária e do SUS, aprovado na 8ª Conferência (1986) continuava válido e era necessário o Governo cumprir a Lei e colocá-lo em funcionamento.

Contudo, só após o "impeachment" de Collor e a posse do Governo Itamar é que alguns passos mais concretos foram dados, especialmente com a publicação, pelo Ministério da Saúde, da Norma Operacional Básica nº 1, de maio de 1993 que estabeleceu normas e procedimentos para efetivar o processo de descentralização das ações e serviços de saúde, acatando recomendações do Conselho Nacional de Saúde, no sentido de realizar a descentralização para Estados Municípios de forma gradual, a partir do preenchimento de critérios de viabilidade em cada situação, até que cada Município pudesse ficar autônomo na condução e gestão do SUS no seu âmbito.

Também, na mesma época, foi dado um passo importante no processo de reestruturação do nível federal do SUS, com a extinção do INAMPS que, apesar de incorporado ao Ministério da Saúde desde janeiro de 1990, continuava como um órgão quase autônomo, ainda agindo de forma clientelista, autoritária e centralizadora. Foi a "queda" do principal foco de resistência à implementação do SUS.

"O sistema anterior só funcionou para os interesses dos donos de hospital, porque, para a população, nunca funcionou bem"

A NOB nº 1, apesar de aprovada e, ao que tudo indica, da determinação do Ministério da Saúde em implementá-la, passou, entretanto, a ter muitas dificuldades para se tornar realidade. Isso porque o Ministério da Saúde passou a viver uma crise sem precedentes quanto aos seus recursos, devido à falta dos repasses devidos pelo Ministério da Previdência Social, que é o arrecadador das principais receitas da Seguridade Social e às dificuldades de obter recursos alternativos do Ministério da Fazenda.

Com isso, o SUS voltou a viver o impasse de não ter recursos para repassar com regularidade aos Estados e Municípios e, portanto, não poder dar prosseguimento à implementação da NOB nº 1. Os recursos, quando chegam, mal dão para pagar os serviços privados contratados e conveniados que, pela sua força de pressão, continuam a ter prioridade e a ser pagos pelo nível federal, quando já deveriam estar sob o controle direto dos Municípios (contratação e pagamento).

Por outro lado, com a falta de recursos, os serviços públicos continuam desprestigiados e não conseguem dar um salto de qualidade, continuando sucateados, com os profissionais insatisfeitos com os salários e desmotivados.

Essa situação que já se prolonga por vários anos tem levado a que alguns segmentos da população mais organizados e com mais poder de pressão (funcionários públicos, de estatais e trabalhadores mais qualificados) reivindicuem e consigam se utilizar de outros serviços de saúde, como convênios particulares e seguros-saúde. Isso acaba por diminuir a pressão sobre o SUS, pois quem mais teria força para lutar por ele está tentando resolver de forma imedialista seu problema de "falta de atenção". Ainda que isso signifique um peso nos seus orçamentos que está cada vez mais difícil de suportar.

É por tudo isso que se ouve muitas vezes a afirmação de que o SUS "não deu certo" e muitos setores continuam a se aproveitar dessa situação para fazer oposição ao SUS e propor a sua mudança, como aconteceu recentemente por ocasião da frustrada tentativa de revisão constitucional.

Ora, o SUS ainda é muito novo e não conseguiu ainda ter as pré-condições necessárias e suficientes para sua implementação adequada. Portanto, não dá, também, para dizer que não funcionou. Aliás, o sistema anterior só funcionou para os interesses privados dos donos de hospital, porque, para a população, nunca funcionou bem.



6

O SUS pode ser um sucesso!

Apesar de todas as suas dificuldades, o SUS tem se mostrado muito promissor naqueles municípios em que houve um esforço dos dirigentes locais para enfrentar esses problemas e assumir, pouco a pouco, a responsabilidade pela atenção à saúde dos seus cidadãos e cidadãs. Há numerosos exemplos bem sucedidos, especialmente em cidades pequenas e de porte médio.

Os principais elementos para esse sucesso são:

- a possibilidade de exercício do controle social por meio do pleno funcionamento dos Conselhos de Saúde;
- a prioridade política dada ao setor saúde, pela alocação de verbas próprias dos municípios;
- e a criatividade nos métodos de gestão pública, tornando os recursos públicos mais produtivos e os serviços públicos realmente públicos, isto é, voltados para os interesses da população.

Ao lado, no entanto, desses esforços locais, essenciais para o avanço do SUS, ele ainda depende de muitas decisões quanto ao seu funcionamento geral.

As decisões principais, encontram-se na esfera federal e correspondem principalmente a:

- ❑ equacionamento do problema do financiamento, tanto quanto ao volume de recursos que precisa crescer, dependendo, pois, de uma decisão política do Governo, quanto em relação aos repasses de verbas, entre os Ministérios e do Ministério da Saúde para Estados e Municípios; o simples cumprimento da lei, quanto à participação da Saúde na Seguridade Social já seria um avanço importante; é necessário, no entanto, que se promova uma efetiva reforma tributária, de maneira a permitir que os Estados e Municípios possam, de fato assumir responsabilidades maiores quanto ao financiamento das suas próprias ações;
- ❑ reestruturação administrativa do Ministério da Saúde, para cumprir com as suas novas funções, já definidas na lei Orgânica da Saúde e que prevê para ele funções eminentemente normativas, de controle, de financiamento e de cooperação técnica, deixando a execução das ações para estados e municípios, inclusive a contratação e pagamento dos serviços privados contratados quando necessários.
- ❑ incorporação no SUS, de muitos serviços e ações de saúde que hoje estão fora do SUS, ainda que trabalhando com recursos públicos, como os serviços de saúde dos órgãos públicos, os "fundos de pensão", até mesmo Hospitais Universitários pouco integrados ao SUS (como justificar que o serviço público ofereça serviços especiais aos próprios servidores públicos encarregados de prestar os serviços públicos do SUS?).
- ❑ articulação de outras políticas setoriais com o SUS, como a área de saneamento, a de educação, a de meio-ambiente, a de saúde do trabalhador etc.
- ❑ prestação de assessoria aos níveis estaduais e municipais para se reestruturarem administrativamente e se qualificarem tecnicamente para poderem assumir, com competência, suas novas funções;
- ❑ definição de parâmetros e critérios nacionais para as políticas de pessoal, de maneira que não haja as disparidades que, em muitos estados tornaram os trabalhadores da saúde verdadeiros sub-empregados, inviabilizando o serviço público e o SUS; ainda que se respeite a autonomia de gestão de pessoal nos níveis estadual, municipal e local;
- ❑ elaboração e aprovação de projetos de lei que complementem a organização do SUS, especialmente em relação ao Sangue e Hemoderivados (cujo Projeto de lei ainda se encontra pendente) e à regulamentação das atividades privadas em saúde.
- ❑ O nível estadual também precisa assumir suas novas funções, especialmente quanto a:
 - ❑ coordenação da organização da rede de serviços, de maneira a se ter uma rede integrada, sem superposições, com investimentos racionais (não é possível que cada município decida sozinho a construção de um hospital, havendo outro ocioso em município vizinho, por exemplo);
 - ❑ articulação, quando necessário, dos consórcios inter-municipais de saúde;
 - ❑ redefinição e qualificação dos serviços regionais e estaduais de referência;

Quanto à esfera municipal, além do que já foi dito, é necessário que os municípios assumam a organização dos Distritos Sanitários, como base do SUS, exercitando, aí, para cada comunidade específica, as novas estratégias que visem à mudança da qualidade dos serviços de saúde, assumindo a responsabilidade sobre o conjunto das ações de promoção, de proteção e de recuperação da saúde dos seus habitantes.

É essencial, no entanto, para que tudo isso possa avançar, que haja um intenso processo de conscientização da população quanto aos seus direitos em relação à saúde, assim como sobre os caminhos e mecanismos que possam favorecer a sua transformação em realidade. E, assim, a população organizada, possa influir e controlar as políticas e as ações dirigidas a ela, na direção da satisfação de suas necessidades.

Da mesma forma que é essencial um novo pacto entre os trabalhadores de saúde e a população, no sentido de estabelecerem objetivos comuns, sem que os seus interesses imediatos se sobreponham àqueles dos usuários dos serviços de saúde.

Assim se for um projeto consciente de todos, orientado pelos princípios da Reforma Sanitária, na perspectiva de que seja efetivamente uma política pública, não há dúvida que o **SUS pode ser um sucesso!**



DESTAQUES PARA O APROFUNDAMENTO DAS DISCUSSÕES COM OS GRUPOS

A lógica do privilegiamento do setor privado (portanto a lógica do lucro) que caracterizou o sistema de saúde brasileiro.

A luta pela construção de um novo sistema de saúde, voltado para as reais necessidades da população e para a democratização do setor.

O SUS é o resultado da mobilização da sociedade, cujos momentos mais significativos foram a VIII Conferência Nacional de Saúde e o processo Constituinte.

As propostas da Reforma Sanitária:

- O conceito ampliado de Saúde que foi consagrado na Constituição de 1988.
- Saúde como direito de cidadania e responsabilidade do Estado.

As principais características do SUS:

- Universalidade.
- Integralidade da atenção.
- Descentralização.
- Racionalidade - Distrito Sanitário.
- Eficácia e Eficiência.
- Democracia - Controle Social e Participação através dos Conselhos de Saúde.

O processo de construção do SUS:

- A Constituição de 1988.
- A Lei Orgânica da Saúde - Leis nº 8080 e nº 8142 de 1990.
- A IX Conferência Nacional de Saúde e a afirmação da municipalização.
- O processo de municipalização - Norma Operacional Básica 01/93

Constituição Brasileira e o Sistema Único de Saúde

Aspectos legais do SUS

Sueli gondolfi dallari*



1

A Constituição Brasileira e o Sistema Único de Saúde

A Constituição contemporânea é o documento onde ficam registradas as conquistas do povo, especialmente no que respeita aos seus direitos e suas garantias, à organização do governo e aos mecanismos de controle do exercício do poder. Tradicionalmente vem sendo o

* Professor Adjunto, Universidade de São Paulo
Diretor-geral, Centro de Estudos e Pesquisas
do Direito Sanitário

registro histórico do término de períodos revolucionários. Isto explica a necessidade da forma escrita para o documento. Pode explicar, também, a necessidade de Constituições mais longas - com maior número de artigos - uma vez que as funções do governo devem ficar claramente estabelecidas para que todos possam controlar a maneira como o poder é exercido e, igualmente, compreender os limites dos direitos declarados e a extensão de sua garantia¹

O Brasil definiu-se em 1988 como um Estado Democrático de Direito (C.F. art. 1º). Isto significa que foi adotado o princípio básico do chamado Estado de Direito: a Administração Pública está vinculada às estritas previsões legais. Não existe autonomia da vontade quando está em pauta o exercício de um ato administrativo. Assim, enquanto para o indivíduo é lícito fazer tudo aquilo que a lei não proíbe, na administração da coisa pública "só se pode querer o que sirva para cumprir uma finalidade antecipadamente estabelecida em lei"². Sendo que as leis, único instrumento hábil para criar, modificar ou extinguir direitos em um Estado Democrático de Direito, só podem ser feitas pelo povo. Essa expressão supera os conceitos de Estado Democrático e de Estado de Direito, incorporando-lhes um componente de transformação, verdadeiramente revolucionário: o direito há que ser democrático³.

Considerando, então, a afirmação do Estado Democrático de Direito, foram elaboradas as leis que "regulam, fiscalizam e controlam as ações e os serviços de saúde", conformes ao mandamento constitucional. São elas as leis no 8.080, de 19 de setembro de 1990 e 8.142, de 28 de dezembro de 1990, conhecidas como Lei Orgânica da Saúde. Assim, o Sistema Único de Saúde - SUS - é definido legalmente como "o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das funda-

ções mantidas pelo Poder Público" (Lei nº 8.080, art.4º).



2

A Constituição e as competências dos níveis de governo

A distribuição constitucional de competências é uma exigência do federalismo. É fácil imaginar que no momento em que se considerava a Constituição como o documento mais importante – fundamental – do Estado contemporâneo⁴, que deveria conter necessariamente a organização do poder estatal, a distribuição territorial desse poder constaria obrigatoriamente de tal documento.

A Constituição brasileira promulgada em 1891 esclarecia que os Estados (membros) mantinham todos os poderes que não houvessem sido expressamente entregues a outras esferas de governo ou que não lhes fossem de outro modo trazidos (art.65, # 2º). Trata-se da técnica que a doutrina tradicional denomina clássica: enumeram-se as competências da União e atribui-se o poder remanescente aos Estados. Ora, a chamada repartição horizontal das atribuições das diferentes esferas de governo é própria do federalismo dual onde, dada a simplicidade dos assuntos sujeitos ao Poder Político, pode-se delimitar o campo de atuação do nível central – enumerando exaustivamente suas competências – e não permitindo, portanto, qualquer ingerência dos demais governos. E o mesmo acontece com o outro nível, que é o único titular das demais atribuições governamentais (poder residual) e não admite, sob pena de inconstitucionalidade, a participação do poder central.

A experiência histórica é, entretanto, prevalente sobre qualquer modelo teórico. É o que se constata no caso mesmo dessa primeira

Constituição republicana brasileira. Rigorosamente não se pode afirmar ter ela adotado o federalismo dual, uma vez que declara serem três as esferas de poder político, dispondo que os Municípios teriam sua autonomia assegurada em tudo que respeitasse ao seu peculiar interesse (art. 68)⁵. Importa, portanto, delimitar claramente as atribuições de cada uma delas para que ainda se possa falar da teoria clássica de repartição de competências do Estado Federal.

Inicia-se a execução comum das tarefas políticas por um critério que, além de supor o acordo, ou a vontade recíproca do trabalho conjunto, estabelece a prioridade para determinar a disciplina no exercício daquela atividade⁶. É a chamada competência concorrente. Sua caracterização depende, portanto, da existência de uma única tarefa, que será desempenhada por mais de uma unidade federativa, segundo um critério de primazia anteriormente definido⁷. Quando não existe primazia entre os responsáveis pela execução do encargo, mas, ao contrário, supõe-se a igualdade das diversas esferas federativas, que devem agir em conjunto, "sem que o exercício de uma venha a excluir a competência de outra"⁸, fala-se de competência comum.

A Constituição da República Federativa do Brasil promulgada em 1988, decidida a garantir o direito à saúde para todos, disciplinou as atividades governamentais com tal finalidade. Considerando que "cuidar da saúde" é tarefa que a todos deve incumbir, elencou-a entre as competências comuns à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios (art. 23, II) e previu a competência legislativa concorrente sobre a proteção e defesa da saúde, limitando, assim, a União ao estabelecimento das normas gerais, cabendo aos Estados e aos Municípios suplementá-las (art. 24, #s 1º e 2º c/c art.3 0, II). A conclusão inevitável do exame da atribuição de competência em maté-

ria sanitária é que a Constituição federal vigente não isentou qualquer esfera de poder político da obrigação de proteger, defender e cuidar da saúde. Portanto, a saúde -"dever do Estado" (art.196) - é responsabilidade da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios?



3

A Lei Orgânica da Saúde – A regulamentação dos dispositivos constitucionais

A Lei Orgânica da Saúde – LOS – é, como foi anteriormente referido, o conjunto de duas leis editadas para dar cumprimento ao mandamento constitucional de disciplinar legalmente a proteção e a defesa da saúde, prevista como tarefa de competência concorrente. Isto significa que as leis nº 8.080 e 8 142, ambas de 1990 (por motivos ligados às circunstâncias políticas, cada uma dessas leis contem uma parte daquilo que no conjunto se denomina Lei Orgânica da Saúde – LOS), são leis nacionais que têm o caráter de norma geral. Portanto, a LOS contém as diretrizes e os limites que devem ser respeitados pela União, pelos Estados e pelos Municípios ao elaborarem suas próprias normas para garantirem – em seus respectivos territórios – o direito à saúde para seus povos. Conseqüentemente, sempre que uma esfera de poder político atue, seja materialmente, seja normatizando, está obrigada à disciplina imposta na LOS. Assim, todas "as ações e serviços de saúde, executados, isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado" (Lei nº 8.080, art. 1º) são reguladas pela LOS.

A LOS é, portanto, uma Lei–quadro destinada a esclarecer o papel das esferas de governo na proteção e defesa da saúde, orien-

tando suas respectivas atuações para garantir o cuidado da saúde. Assim, buscando organizar as competências distribuídas pela Constituição federal relacionadas à saúde, a LOS deixa claras as tarefas que incumbem aos Municípios. São elas:

- 1 reformular e executar políticas econômicas e sociais que visem a redução de riscos de doenças e de outros agravos;
- 2 estabelecer condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde;
- 3 proporcionar assistência integral à saúde;
- 4 preservar a autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e psíquica;
- 5 garantir o direito à informação sobre sua saúde para as pessoas assistidas;
- 6 divulgar informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- 7 utilizar a epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- 8 prever e implementar mecanismos que garantam a participação da comunidade na gestão do sistema municipal de saúde;
- 9 reunir a Conferência Municipal de Saúde a cada 4 anos para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política municipal de saúde;
- 10 manter um Conselho Municipal de Saúde em caráter permanente para formular estratégias e controlar a execução da política municipal de saúde;
- 11 ter uma secretaria municipal de saúde ou órgão equivalente para dirigir o sistema municipal de saúde;
- 12 integrar a execução das ações da saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- 13 conjugar seus recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos aos da União e do Estado na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- 14 implementar a capacidade de resolução dos serviços de saúde;
- 15 evitar a duplicidade de meios para fins idênticos;
- 16 participar, em articulação com o Estado, do planejamento e da programação da rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde;
- 17 organizar as ações e os serviços de saúde de forma regionalizada e hierarquizada;
- 18 constituir consórcios com outros Municípios, sempre que conveniente e oportuno, para desenvolver em conjunto suas respectivas ações e serviços de saúde;
- 19 criar comissão permanente de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior, com o fim de propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do sistema municipal de saúde e para a pesquisa e a cooperação técnica entre essas instituições;
- 20 implantar um Plano de Carreira, Cargos e Salários para os recursos huma-

- nos vinculados ao sistema municipal de saúde;
- 21 definir as instâncias e os mecanismos de controle, avaliação e fiscalização das ações de saúde;
 - 22 elaborar a/ proposta orçamentária do sistema municipal de saúde conforme ao plano de saúde;
 - 23 administrar os recursos orçamentários e financeiros destinados à saúde;
 - 24 depositar em conta especial – fiscalizada pelo Conselho Municipal de Saúde – os recursos financeiros do SUS;
 - 25 elaborar relatórios de gestão que permitam o controle dos recursos repassados pela União e o Estado para a manutenção do sistema municipal de saúde;
 - 26 aplicar pelo menos parcela igual à que recebe da União e do Estado na manutenção do sistema municipal de saúde;
 - 27 assegurar a gratuidade das ações e serviços públicos de saúde;
 - 28 acompanhar, avaliar e divulgar o nível de saúde da população e as condições ambientais;
 - 29 organizar e coordenar o sistema municipal de informação em saúde;
 - 30 elaborar, complementando a atuação da União e do Estado, normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;
 - 31 elaborar, complementando a atuação da União e do Estado, normas técnicas e estabelecer padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;
 - 32 elaborar, complementando a atuação da União e do Estado, normas técnicas e estabelecer padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;
 - 33 participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;
 - 34 participar na formulação da política e na execução das ações de saneamento básico;
 - 35 executar serviços de vigilância epidemiológica;
 - 36 executar serviços de vigilância sanitária;
 - 37 colaborar com a União e o Estado na execução das ações de vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;
 - 38 executar serviços de alimentação e nutrição;
 - 39 executar serviços de saneamento básico;
 - 40 executar serviços de saúde do trabalhador;
 - 41 colaborar na proteção e recuperação do meio ambiente;
 - 42 colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente municipal;
 - 43 elaborar e atualizar periodicamente o plano municipal de saúde;
 - 44 organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde;
 - 45 gerir e executar os serviços públicos de saúde;
 - 46 elaborar as normas para regulamentar a atividade de serviços privados de saúde;
 - 47 controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;
 - 48 realizar operações externas de natureza financeira de interesse para a saúde, sempre que convenientes e oport-

- tunas e aprovadas pelo Senado Federal;
- 49 requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como jurídicas – assegurando-lhes justa indenização – para o atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou da irrupção de epidemias;
 - 50 implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;
 - 51 gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;
 - 52 propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente;
 - 53 definir e controlar os padrões éticos para a pesquisa, ações e serviços de saúde, em articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil;
 - 54 promover a articulação da política e dos planos de saúde;
 - 55 realizar pesquisas e estudos na área da saúde;
 - 56 definir as instâncias e os mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária;
 - 57 fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial;
 - 58 executar a política de insumos e equipamentos para a saúde;
 - 59 dar preferência às entidades filantrópicas e sem fins lucrativos quando for obrigado a recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada para garantir a cobertura assistencial do sistema municipal de saúde.

As Conferências de Saúde são instâncias colegiadas...(com)... a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes” (Lei nº 8.142, art. 1º). As Conferências de Saúde foram um dos mecanismos pensados para cumprir o mandamento constitucional que exige que o sistema de saúde seja organizado com a participação da comunidade. (C. F., art. 198, III). Ordinariamente elas devem ser convocadas pelo chefe do Poder Executivo em cada esfera de governo e se reunirem a cada quatro anos. Apenas em caráter extraordinário poderão ser convocadas tanto pelo Chefe da Administração quanto pelo Conselho de Saúde daquela esfera de poder.

De modo ideal, as Conferências de Saúde representam o momento adequado para articular internamente as diversas competências sanitárias atribuídas a determinado nível de governo e externamente estas com as demais políticas que interessam à saúde, seja na mesma esfera, seja com as demais, exclusivamente sanitárias ou não.

Os Conselhos de Saúde são o outro mecanismo previsto para assegurar o cumprimento do mesmo mandamento constitucional (participação da comunidade na organização do sistema). Eles têm caráter permanente e deliberativo e são órgãos colegiados integrados por representantes do governo, dos prestadores de serviço, dos profissionais de saúde e dos usuários. Devem atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde – inclusive nos aspectos econômicos e financeiros – da esfera política correspondente e suas decisões serão homologadas pelo chefe do Poder Executivo nessa esfera. Note-se que a LOS estabeleceu, também, a obrigatoriedade de destinar metade das vagas de cada Conselho de Saúde para representantes dos usuários. Esclareceu, assim, que a participação

da comunidade deve privilegiar a representação dos usuários, restando ao governo, aos prestadores de serviço e aos profissionais o preenchimento das demais vagas de representação. A LOS previu, igualmente, que a “organização e as normas de funcionamento...(dos Conselhos de Saúde devem estar)...definidas em regimento próprio aprovado pelo respectivo Conselho” (Lei nº 8 142, art.1º, #5º).

4

Conselhos Municipais de Saúde – uma das formas de exercer o controle social

O Conselho Municipal de Saúde tem as seguintes obrigações gerais – que constam da Constituição Federal e da LOS – e que não podem ser em nenhuma hipótese ignoradas:

- 1 formular estratégias para a política de saúde – inclusive nos aspectos econômicos e financeiros – do Município;
- 2 controlar a execução da política municipal de saúde – inclusive nos aspectos econômicos e financeiros;
- 3 promulgar suas normas de organização e funcionamento, contidas em seu respectivo Regimento;
- 4 aprovar a organização e as normas de funcionamento das Conferências Municipais de Saúde;
- 5 utilizar a epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- 6 participar, em articulação com o Estado, do planejamento e da programação da rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde;
- 7 criar comissão permanente de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e

superior, com o fim de propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do sistema municipal de saúde e para a pesquisa e a cooperação técnica entre essas instituições,

- 8 definir as instâncias e os mecanismos de controle, avaliação e fiscalização das ações de saúde;
- 9 apreciar a proposta orçamentária do sistema municipal de saúde conforme ao plano de saúde;
- 10 fiscalizar a conta especial onde devem ser recolhidos os recursos financeiros do SUS;
- 11 participar na formulação da política de saneamento básico;
- 12 participar da elaboração e atualização periódica do plano municipal de saúde;
- 13 promover a articulação da política e dos planos de saúde.

Além dessas atribuições, o Conselho Municipal de Saúde é responsável pela execução das tarefas que lhe forem porventura determinadas na Lei Orgânica de seu Município, sem qualquer dúvida. Será também necessário examinar com cuidado a Constituição estadual para verificar se nela estão contidas obrigações que - conforme a Constituição Federal - podem ser compreendidas na responsabilidade dos Conselhos Municipais de Saúde do Estado.

Em âmbito administrativo, o Conselho Nacional de Saúde, visando cooperar no processo de implantação dos Conselhos de Saúde, resolveu aprovar algumas “Recomendações para a Constituição e Estruturação de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde”, que figuram na Resolução nº 33, de 23 de dezembro de 1992. Em linhas gerais as competências sugeri-

das nesse documento são semelhantes às que devem, necessariamente, constar do elenco das competências do Conselho Municipal de Saúde – por força de mandamento constitucional – e que foram acima mencionadas.

O Conselho Municipal de Saúde tem os princípios básicos de sua organização previstos na própria LOS, cujo poder vinculante – conforme se verificou – decorre da Constituição Federal. Assim, para organizá-lo é necessário que se possa contar com a participação de representantes do governo, dos prestadores de serviço, dos profissionais de saúde e dos usuários. Tais representantes devem adotar a seguinte distribuição: metade das vagas em cada Conselho será destinada para representantes dos usuários e o preenchimento das demais vagas de representação se fará com representantes do governo, dos prestadores de serviço e dos profissionais.

Reunidos os representantes que formam o Conselho Municipal de Saúde, compete a eles - agora Conselheiros – organizar o Conselho, fixando as normas para seu funcionamento em um documento chamado Regimento do Conselho Municipal de Saúde. Esse texto normativo entra em vigor com a simples aprovação pelo próprio Conselho e sua homologação pelo Prefeito municipal. As competências que poderão ser elencadas no Regimento devem conter aquelas acima referidas, decorrentes da Constituição Federal e da LOS, somadas às eventualmente atribuídas pela Lei Orgânica do Município.

Para orientar a tarefa de organizar o Conselho Municipal de Saúde pode ser bastante útil a referida Resolução nº 33/92 do Conselho Nacional de Saúde. Com efeito ela dispõe sobre a “Estrutura dos Conselhos de Saúde”, onde recomenda comportamentos que podem facilitar essa tarefa, como, por exemplo, fazer constar de lei municipal o ato de

criação do Conselho, sua composição, organização, estrutura e competências. A utilidade de tal comportamento é inquestionável quando se imaginam as hipóteses de conflito entre os poderes executivo e legislativo municipais e o Conselho.



5

Outras formas de controle social

O direito à saúde pode ser garantido legalmente por outros meios de controle social, além da participação da comunidade prevista na organização do sistema sanitário e formalizada nos Conselhos e Conferências de Saúde. Diversos mecanismos foram criados na Constituição de 1988 para operacionalizar a participação popular na gestão do Brasil. Assim, previu-se que a capacidade legislativa pertence aos representantes eleitos e a quem os elegeu (C. F. art. 14). Estes podem propor projetos de lei (C. F. art. 61, # 2º), participar de audiências para debatê-los (C. F. art. 58, # 2º, II), referendar uma lei ou se manifestar, em plebiscito, sobre assuntos considerados relevantes pelo Congresso Nacional (C. F. art. 49, XV). Do mesmo modo, quando organizados em confederação sindical ou entidade de classe ou, ainda, quando pertencendo a partido político, podem pedir a retirada do mundo jurídico de uma lei que contrarie o que ficou estabelecido na Constituição (C. F. art. 103, VIII e IX). E, para que não reste qualquer dúvida sobre a obrigação constitucional do encarregado da Administração pública de obedecer e de fazer cumprir os direitos afirmados, a Constituição define como crime de responsabilidade do Presidente da República os atos que atentem contra o "exercício dos direitos políticos, individuais e sociais" (C. F. art. 85, III).

O **mandado de injunção** é outro instrumento que revela as inúmeras possibilidades de

participação do povo em diversas funções do Poder político. Por meio desse instrumento qualquer pessoa pode pedir que o juiz faça valer o direito criado pelo constituinte e não regulamentado pelo legislador ou nem aplicado pelo administrador (C.F. art. 5º, LXXI). Considerando que as associações também estão legitimadas para utilizar tal instrumento, é fácil imaginar sua utilidade quando o povo se convence de que todos os direitos declarados são, efetivamente, direitos constitucionais.

O poder legislativo é o representante tradicional do povo nas democracias liberais burguesas. Isto quer dizer que todos os direitos podem e devem ser garantidos com a participação dos parlamentares. Assim, tanto as Assembléias Legislativas estaduais – e seus órgãos assessores, como o Tribunal de Contas, por exemplo – quanto as Câmaras de Vereadores têm importante papel na garantia do direito à saúde.

Favorece, de modo especial, o controle popular do governo a organização federativa do Estado brasileiro. De fato, aproximando territorialmente governantes e governados, essa forma de Estado vem sendo julgado a que melhor se adapta às exigências da democracia. Contudo, não se podem esquecer as origens alienígenas das Instituições brasileiras. Sem dúvida elas respondem, em grande parte, pelo tratamento simétrico dispensado à totalidade dos Municípios e Estados-membros da Federação, supondo a homogeneidade deles. Fato esse que é evidente ao mais ingênuo observador da realidade. Assim, a distribuição constitucional de competências e, portanto, de responsabilidades, que trata igualmente entes políticos, cuja desigualdade de condições sócio-culturais e econômicas é óbvia, dificulta o

emprego de instrumentos, em princípio, eficazes. Portanto, é necessário que se reafirme a importância dos legislativos regionais e locais e a possibilidade que detêm de adequar os mecanismos de controle social à realidade para que sirvam efetivamente como instrumentos de garantia de direitos. É bom lembrar, também, que os Tribunais de Contas, apesar de estarem vinculados ao Poder Legislativo – e, conseqüentemente, aos representantes do povo – mantêm com este uma ligação direta, conforme disposição da Constituição Federal. De fato, foi legitimada a capacidade do cidadão, dos partidos políticos, das associações e dos sindicatos para, fiscalizando a contabilidade, os financiamentos, o orçamento das entidades administrativas, denunciarem irregularidades aos Tribunais de Contas (C. F. art. 74, # 2º).

Considerando-se a tradicional teoria da separação de poderes, fundamento do Estado contemporâneo que nasceu das revoluções burguesas, pode-se afirmar que o único Poder que permaneceu impermeável à participação direta das pessoas foi o judiciário. Houve, entretanto, enorme alargamento nas possibilidades de acesso a ele. Assim, de um lado, para proteger direito desrespeitado por autoridade pública ou assemelhados previu-se o mandado de segurança, que pode ser impetrado pelo indivíduo ofendido ou por partido político, organização sindical, entidade de classe ou associação na defesa de seus membros ou associados (C. F. art. 5º, LXIX e LXX); e para garantir o acesso à informação e sua veracidade permitiu-se apenas ao interessado o uso do **habeas data** (C. F. art.5º, LXXII). Só o indivíduo é, também, legitimado para propor ação que vise anular ato lesivo ao patrimônio público amplamente considerado (C. F. art.5º, LXXIII). Por outro lado, pela primeira vez na história constitucional brasileira foram claramente

*“Diversos
mecanismos foram
criados na
Constituição de
1988 para
operacionalizar
a participação
popular na gestão
do Brasil”*

definidas as funções do órgão especialmente voltado para "a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis." (C. F. art. 127 a 130). Trata-se do **Ministério Público** que, junto a qualquer juízo, é o advogado do povo na defesa dos direitos assegurados na Constituição. Ele é, igualmente, um investigador privilegiado, uma vez que ao Ministério Público é garantido o acesso às informações necessárias ao exercício de suas funções, mesmo quando elas estejam sob a guarda da Administração. E foi, também, instituída a **Defensoria Pública** para a "orientação jurídica e a defesa, em todos os graus dos necessitados" (C. F. art. 134).

Especialmente no que interessa à saúde, em virtude da expressão constitucional "**relevância pública**", o Ministério Público está diretamente envolvido. Com efeito, em 4 de outubro de 1991 algumas das mais expressivas figuras do meio jurídico nacional assinaram um documento externando seu entendimento da expressão "relevância pública", adotada na Constituição da República Federativa do Brasil em 1988. Eminentemente professores de Direito, dirigentes das Procuradorias da República e da Justiça do Estado de São Paulo e da Associação dos Magistrados Brasileiros, juizes federais, desembargadores, procuradores da República e promotores públicos concordaram que "a correta interpretação do artigo 196 do texto constitucional implica o entendimento de ações e serviços de saúde como o conjunto de medidas dirigidas ao enfrentamento das doenças e suas sequelas, através da atenção médica preventiva e curativa, bem como de seus determinantes e condicionantes de ordem econômica e social" e que tem o Ministério Público a função institucional de zelar pelos serviços de relevância pública, dentre os quais as ações e serviços de saúde, adotando as medidas necessárias para sua efetiva prestação, inclusive em face de omissão do Poder Público."¹⁰



6

Conclusão

Sem qualquer dúvida, de todo o exposto, se evidencia a conclusão de que o povo organizado é o garantidor, por excelência, dos seus direitos e, em especial, do direito à saúde. A rigor, em todas as hipóteses tratadas neste artigo se percebe, claramente, a importância do papel que as organizações populares podem representar para a garantia do direito à saúde. Existe, como se verificou, espaço para a atuação direta dessas associações junto ao Poder Legislativo e junto à Administração Pública e mesmo no Judiciário. É indispensável lembrar, entretanto, que para agirem de modo legítimo reivindicando direitos na estrutura jurídica as associações devem estar formalmente constituídas e expressamente autorizadas.

Em suma, o Brasil pode ser tão democrático quanto sua Constituição. Não há-necessidade de mudança constitucional para que o povo possa controlar o governo. Isso é verdade especialmente no que se refere ao sistema de saúde, onde a participação popular é indispensável. Entretanto, as mudanças sociais não derivam apenas da criação constitucional dos mecanismos que as possibilitem, mas, principalmente, do uso de tais instrumentos. Uma campanha que torne conhecidas a existência de direitos – que são verdadeiros direitos porque escritos no texto constitucional e por ele garantidos – e as possibilidades de controle popular do governo e que alerte para as vantagens que decorrerão do efetivo envolvimento do Ministério Público e das associações comunitárias na luta pelo respeito aos direitos assegurados na Constituição, pode conduzir à democracia.

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

➡ 1 Para melhor compreensão do tema, inclusive da evolução histórica do conceito, veja-se:

DALLARI, D. A.

Constituição e constituinte. São Paulo, Saraiva, 1982

➡ 2 É clássica a compreensão do conceito de Estado de Direito, bastando citar

BANDEIRA DE MELLO, C. A.

Ato administrativo e direito dos administrados.

São Paulo, Revista dos Tribunais, 1981

➡ 3 O professor JOSÉ AFONSO DA SILVA, em seu *Curso de direito constitucional positivo*

(5º ed. São Paulo, Revista dos Tribunais, 1989), afirma, com percuciência, a origem doutrinária do conceito em Portugal, na Espanha e na Alemanha.

➡ 4 Sem dúvida a obra mais completa sobre o tema, referida pelos constitucionalistas hodiernos, refletindo o caráter das Constituições burguesas conquistadas a partir do século dezoito, é o clássico LOWENSTEIN, K.

Teoría de la Constitución. Barcelona, Ariel, 1964

➡ 5 Algumas obras esclarecem as razões históricas dessa inovação constitucional, indispensável para que se compreenda o critério brasileiro de distribuição de competências na Federação. Por exemplo:

PRADO JR., C.

Evolução política do Brasil e outros estudos.

2º ed. São Paulo, Brasiliense, 1947 e

PIMENTA, E. C.

O Município brasileiro: evolução e crise.

Dissertação de mestrado. Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, 1978 [datilografado]

➡ 6 Esta solução ensinada pela história, aparece disciplinada pela primeira vez em texto constitucional, com o sentido que hoje lhe é atribuído, na Constituição de Weimar (1919). Seu artigo 7º prevê uma série de matérias em que se admite a participação dos Estados e da União para sua execução, sempre que o governo federal não exercesse sua prioridade.

➡ 7 Neste sentido, os doutrinadores brasileiros:

HORTA, R. M.

Reconstrução do federalismo brasileiro,

São Paulo, Revista de Direito Público, vol. 64, out/dez 1982 e FERREIRA FILHO, M. G.

Comentários à Constituição brasileira de 1988. São Paulo, Saraiva, 1990, vol I., entre outros.

➡ 8 Cf. SILVA, J. A.

Curso de Direito Constitucional Positivo.

5º ed., São Paulo, Revista dos Tribunais, 1989., pag.415.

➡ 9 Para melhor compreensão da distribuição constitucional de competências em matéria sanitária ver DALLARI, S. G.

O papel do Município no desenvolvimento de políticas de saúde

Revista de Saúde Pública, São Paulo, 25 (5), 1991

➡ 10 Cf. DALLARI, S. G. et al.

O conceito constitucional de relevância pública. Brasília: Organização Panamericana da Saúde, 1992. (Série direito e saúde, 1)

DESTAQUES PARA O APROFUNDAMENTO DAS DISCUSSÕES COM OS GRUPOS

O significado da Constituição: o registro das conquistas do povo e dos avanços da sociedade

- Direitos e garantias
- Organização do governo
- Mecanismos de controle do exercício do poder

A definição constitucional de Estado Democrático de Direito

A Lei Orgânica da Saúde – Leis nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 e nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990

- A regulamentação do dispositivo constitucional sobre a saúde
- As atribuições de cada nível de governo (recomenda-se a leitura da Constituição Federal – art. 196 a 200 – e das leis nºs 8.080 e 8.142)
- Mecanismos de participação e controle social consagrados na Lei Orgânica:

As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde

Outros mecanismos de controle social:

- Poder Legislativo (Congresso Nacional, Assembleias estaduais e Câmaras de Vereadores)
- Mandados de Injunção e de Segurança
- Ministério Público e Defensorias Públicas

O conceito de relevância pública do setor saúde

O controle social o processo descentralização dos serviços de saúde

Elizabeth Barros*



1

Democracia e Cidadania

A sociedade brasileira tem uma história marcada pelo autoritarismo e pela exclusão. Desde a sua origem, a divisão entre "cidadãos" e "não cidadãos" marcou as relações sociais no país. Ao longo dos anos e das lutas populares pela cidadania muitas conquistas foram alcançadas particularmente no plano dos direitos civis e políticos. Liberdade de locomoção, liberdade de

* Socióloga doutoranda em Políticas Sociais
no Instituto de Economia da UNICAMP
Coordenadora de Projetos Especiais/ DPS/IPEA

crença religiosa, liberdade de associação, igualdade perante a lei. O direito ao voto foi gradualmente estendido aos não proprietários, às mulheres, aos analfabetos e, mais recentemente, aos menores entre dezesseis e dezoito anos.

Mas a cidadania inclui, além dos direitos civis e políticos, os direitos sociais. Os direitos sociais se referem a condições de vida e trabalho e ao acesso a bens e serviços reconhecidos pela sociedade como mínimos indispensáveis a uma vida digna.

A Constituição de 1988, em seu artigo reconhece como direitos sociais dos brasileiros "a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade, a assistência aos desamparados".

Se é indiscutível o avanço no plano do reconhecimento formal de direitos sociais, é grande a distância entre as determinações constitucionais e as condições de efetivo exercício desses direitos para a maior parte da população brasileira. Mais de trinta milhões de brasileiros não têm acesso ao mais elementar dos direitos, o de ter o alimento necessário para garantir a vida saudável. O trabalho em condições dignas de exercício e de remuneração é privilégio de uma parcela restrita da população economicamente ativa. Péssimas condições de habitação e de saneamento básico fazem parte do cotidiano de milhões de brasileiros, por essa razão expostos permanentemente a riscos de doenças. Isso indica que, em matéria de direitos sociais, a maior parte da população está distante do exercício da cidadania.

2

A construção da cidadania

A transformação desse quadro exige mudanças profundas da sociedade e da ação do Estado.

No plano das relações sociais, a eliminação da distância hoje existente entre cidadãos e não-cidadãos tem que começar pelo efetivo reconhecimento dos direitos universais. Cada pessoa tem que **se reconhecer e reconhecer o outro** como portador de direitos.

Esse é um processo que apenas se inicia na sociedade brasileira, que por décadas se acostumou a aceitar os direitos sociais como privilégio de alguns.

Reconhecer cada brasileiro como cidadão significa reconhecer que **todos** têm direito a se alimentar de modo adequado; a morar em uma casa confortável, com água tratada e esgoto; a frequentar uma escola de boa qualidade; a ter um trabalho digno e bem remunerado; a contar com um serviço de saúde eficiente; a gozar seu tempo de lazer de modo agradável e reparador.

Portanto, estamos falando de uma coisa que não depende só da Lei. Está no plano da Ética. Depende principalmente de transformações da visão de mundo e do comportamento das pessoas. E da maneira como se relacionam as pessoas e os grupos sociais.

Temos que ser **sujeitos** políticos e sociais. O sujeito é o ser que atua, que age, que participa das decisões que o afetam, que luta para determinar quais são os seus direitos e exigir o que for necessário para que possa usufruí-los. Ser cidadão não é esperar que outros - seja o Estado, sejam organizações da sociedade - nos concedam ou nos coloquem como alvo ou como **objeto** de suas ações.

A cidadania não pode ser dada por alguém ou oferecida como um favor. Ela exige que cada um saiba dizer "**Eu tenho o direito**" - pois só haverá o efetivo **reconhecimento pelo outro** desse direito se houver ao mesmo tempo o **auto-reconhecimento**.

3

Construir a cidadania é tarefa coletiva

A ação política exige sujeitos coletivos.

É através de organizações nas quais se aglutinam pessoas que têm interesses e objetivos comuns e que, a partir deles, atuam de forma articulada, que nos transformamos em atores respeitados na cena política.

4

Representatividade e legitimidade

Essas organizações têm que ter **representatividade**.

Têm que congregar o conjunto de pessoas desse grupo - o conjunto de moradores de um bairro, o conjunto de usuários de um serviço, o conjunto dos trabalhadores de uma categoria ou de uma empresa - ou pelo menos uma parte expressiva dele, que tenha características ou interesses específicos.

Não basta, porém, criar uma associação. Essa associação tem que ser reconhecida pelos que ela pretende representar.

Esse reconhecimento tem que ser autêntico, verdadeiro. E isso que confere **legitimidade** à representação. Seus membros têm que avalizá-las como entidades capazes de realmente representar seus interesses e suas demandas.

É esse reconhecimento que confere poder à representação. Todos saberão que quando o representante assume uma posição ou apresenta uma demanda, não está falando em seu nome pessoal, apenas. Está sendo o porta-voz de uma coletividade que o reconhece e que dará sustentação às suas decisões.

É esse poder que torna possível a participação e a influência sobre as decisões de maneira a assegurar as ações necessárias para mudar as condições reais de acesso aos bens e serviços no plano econômico, social e cultural, sejam essas ações de responsabilidade do governo, de empresas ou de outras instituições da sociedade.

5

Cidadania e democratização do estado

A construção da cidadania precisa incluir a luta pela democratização dos processos decisórios e o exercício do controle sobre a ação estatal. Ao longo de décadas, os governos submeteram os objetivos de sua ação aos interesses particulares de alguns grupos dominantes, sem qualquer compromisso com o interesse da coletividade (o real interesse público, do povo). Por isso é que se diz que houve no Brasil a "privatização do Estado".

Democratizar o Estado implica reconhecer que existem na sociedade interesses diferentes e contraditórios. Este reconhecimento tem que se materializar na constituição de canais para a expressão dessas múltiplas demandas e em espaços para a negociação de alternativas de ação que as levem em consideração.

6

O SUS como espaço para o exercício democrático e a construção da cidadania

O direito à saúde praticamente se confunde com o direito à vida.

Ter saúde exige alimentação adequada, condições de trabalho saudáveis, moradia digna, saneamento básico eficiente, meio ambiente protegido e bem conservado, possibi-

lidade de lazer, informação. E, portanto, resultado de um conjunto de determinantes. Garantir a saúde da população é tarefa de todas as áreas de governo e de toda a sociedade. Não basta um sistema de saúde funcionando bem para assegurar isso. O sistema de saúde pode ser um espaço de atuação capaz de exigir e provocar as ações de outras áreas.

O SUS é uma proposta nessa direção.

7

O que é o SUS

O SUS - Sistema Único de Saúde foi instituído pela Constituição de 1988. Faz parte de um sistema mais amplo: o sistema de Seguridade Social.

De acordo com o artigo 194 de Constituição, a Seguridade Social "compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade destinadas a assegurar os direitos relativos a saúde, à previdência e à assistência social".

Esse conjunto de ações deve ser oferecido a toda a população, pois o parágrafo único desse artigo determina a "universalidade da cobertura e do atendimento".

O artigo 198 determina que "as ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I. descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II. atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III. participação da comunidade."

No SUS, as ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada segundo a complexidade da atenção. Isto significa que a rede de serviços de saúde deve ser organizada em espaços geográficos definidos - o distrito, o município, o estado - nos quais devem existir todos os serviços de saúde necessários ao atendimento da população da área - postos e centros de saúde, laboratórios, hospitais gerais, hospitais especializados - de modo a assegurar o acesso a todos os níveis de atenção.

Dessa perspectiva, o critério básico para avaliar a necessidade de construir uma unidade de atenção à saúde deve ser não só a existência de um problema de saúde, mas também a possibilidade ou não de acesso ao atendimento necessário em unidades já existentes. Por exemplo, se existe em um município um hospital especializado com capacidade de atender a população de vários municípios próximos, é possível encontrar formas de garantir que essa capacidade seja aproveitada ao máximo através do encaminhamento de pacientes dos diversos municípios vizinhos. Se esses encaminhamentos forem realizados de forma organizada, a população terá resposta para suas necessidades de atenção ao mesmo tempo em que se propicia maior racionalidade para os investimentos em saúde. A esse mecanismo de organização da oferta de serviços é que se chama "sistema de referência".

Essas ações e serviços são de responsabilidade do município, do estado e da União. Cada uma dessas instâncias de governo tem funções específicas e complementares no sistema. É isso que significa a descentralização: todos os níveis de governo têm responsabilidades. A grande diferença entre o SUS e o sistema anteriormente constituído é que, a partir de sua implantação, a maior parte das responsabilidades de prover ações e prestar serviços passa a ser do município.

O município, por ser a instância de governo mais próxima dos cidadãos, tem mais condições de conhecer as necessidades da população e, por essa razão, poderá oferecer serviços mais adequados para atendê-las. Além disso, é mais fácil para a população acompanhar, controlar e fiscalizar as ações, bem como participar de processos decisórios relativos à formulação das políticas e programação das ações, quando as decisões estão sob a responsabilidade do gestor local.

A participação da comunidade e o controle social são outros requisitos do SUS. Em todos os níveis de governo a população tem o direito - e o dever de participar das decisões, propor as linhas de ação e os programas que considera mais importantes, controlar a qualidade e o modo como são desenvolvidos e fiscalizar a aplicação dos recursos públicos.



Os princípios fundamentais dos SUS

UNIVERSALIDADE

Na época em que a assistência/médica e hospitalar estavam sob responsabilidade das Caixas ou Institutos de Previdência, só quem tinha carteira assinada e -seus dependentes diretos tinham direito a esses serviços. O restante da população ou pagava com seus próprios recursos ou dependia de conseguir atendimento em alguma entidade filantrópica, como as Santas Casas de Misericórdia.

O SUS foi criado partindo-se de uma premissa: todas as pessoas têm igual direito à atenção à saúde- Cabe ao Estado garantir as condições para o exercício desse direito, e isso se fará mediante a implantação ao Sistema Unico de Saúde. O que significa dizer que a rede de

serviços do SUS - sejam as unidades estatais, seja o setor privado contratado em caráter complementar - tem o dever de atender ou encaminhar para atendimento em unidades especializadas todas as pessoas que necessitarem, sem estabelecer condições ou exigir pagamento.

EQÜIDADE

Eqüidade é diferente de igualdade.

todas as pessoas têm direito ao atendimento às suas necessidades. Mas as pessoas são diferentes, vivem em condições desiguais e suas necessidades são diversas. Se o SUS oferecesse exatamente o mesmo atendimento para todas as pessoas, da mesma maneira, em todos os lugares, estaria provavelmente oferecendo coisas desnecessárias para alguns, deixando de atender às necessidades de outros, mantendo as desigualdades.

O princípio da equidade significa que a rede de serviços de saúde deve estar atenta para as desigualdades existentes, com o objetivo de ajustar as suas ações às necessidades de cada parcela da população a ser coberta. Em outras palavras; deve tratar desigualmente os desiguais, oferecendo mais o quem precisa mais, procurando reduzir a desigualdade.

INTEGRALIDADE

Uma das mais graves distorções do sistema de saúde que se constituiu no País nas décadas passadas foi a fragmentação institucional da responsabilidade pelas ações de saúde, baseada numa concepção equivocada que entendia poder haver uma divisão entre "saúde coletiva" e saúde individual", entre ações curativas e "ações preventivas".O INAMPS cuidava da hospitalização e da assistência médica. O Ministério da Saúde, da "saúde pública e, mesmo dentro dele, havia subdivisão de responsabilidade sem que houvesse que quer.

esforço de integração. A SUCAM cuidava do controle de endemias e a Fundação SESP tinha sua presença mais forte na área do saneamento e da atenção primária.

Cada um desses órgãos operava através de programas que cuidavam apenas de um ou alguns; aspectos da saúde das pessoas e estas precisavam recorrer a várias instituições, para resolver o conjunto de seus problemas de saúde e, não raro, conseguiam apenas uma parte do atendimento que buscavam.

O SUS, propõe uma mudança profunda nesse modo de organizar as ações e serviços de saúde. O princípio da integralidade se assenta na compreensão de que as pessoas têm o direito de serem atendidas no conjunto de suas necessidades, e que os serviços de saúde devem estar organizados de modo a oferecer todas as ações requeridas por essa atenção integral. Dessa forma o SUS deve desenvolver ações sobre o ambiente e sobre os indivíduos, destinadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como à reabilitação.

Isso não quer dizer que todas as unidades devem oferecer todos os tipos de ações, mas sim que cada uma delas deve estar comprometida com esse objetivo e integrada a uma rede de serviços que assegure o acesso, através de um sistema de referência eficiente, que permita a cada unidade encaminhar sua clientela a outros estabelecimentos para os atendimentos que precisar.

Outra decorrência desse princípio de ação do SUS é a articulação das ações governamentais. O trabalho em diversas frentes de ação é uma exigência para a solução dos problemas sanitários. Não é possível eliminar doenças transmissíveis como a cólera e a esquistossomose sem ações de saneamento básico e ambiental. Não se erradica a Doença de Chagas sem promover condições adequa-

das de habitação e não se assegura saúde sem garantir condições permanentes de alimentação adequada.

Hoje, o sistema de saúde, na maioria dos lugares, ainda não sofreu todas as transformações necessárias para se adequar a esses mandamentos da Constituição e da Lei Orgânica da Saúde. Para assegurar a toda a população o direito à saúde é fundamental a efetiva implantação do SUS, o que significa mudar a lógica segundo a qual vem operando o sistema, melhorando a qualidade do atendimento e os resultados das ações de saúde.

O SUS não é o que está aí. É o que temos que construir.



Participação e controle social

A concepção de gestão pública do SUS é essencialmente democrática. Nenhum gestor é senhor absoluto da decisão. Ele deve ouvir a população e submeter suas ações ao controle da sociedade. A Lei 8.142 é clara quanto a essa determinação: em seu artigo 1º, são instituídos, como instâncias colegiadas, as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde, obrigatoriamente integrantes do SUS. Nenhum gestor, em qualquer nível de governo, pode se recusar a constituir esses foros, pois estará desrespeitando a Lei.

A composição das conferências e dos conselhos deve ser ampla de modo a assegurar às suas deliberações a máxima representatividade e legitimidade. A representação dos usuários deve ser paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos (governo, prestadores privados e profissionais de saúde). Isto significa que o número de vagas para as entidades ou orga-

nizações representantes dos usuários deve ser exatamente a metade do total de participantes das Conferências e dos Conselhos.

As **Conferências de Saúde** são foros com representação dos vários segmentos sociais que se reúnem a cada quatro anos "para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde" (Lei 8.142/90, artigo 1º, parágrafo 1º). Devem ser realizadas em todas as esferas de governo, convocadas pelo Poder, Executivo ou, extraordinariamente, pelo Conselho de Saúde. Através das Conferências a população tem a oportunidade de discutir quais são os seus problemas de saúde mais importantes e indicar para os governantes como quer que sejam resolvidos.

As resoluções das Conferências de Saúde devem servir de orientação para as decisões dos gestores e dos Conselhos de Saúde.

Os **Conselhos de Saúde** são órgãos colegiados de caráter permanente e deliberativo, com funções de formular estratégias, controlar e fiscalizar a execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros (Lei 8.142/90, artigo 1º, parágrafo 2º).

As decisões dos Conselhos têm que ser homologados, isto é, confirmadas ou aprovadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo. Por ser um órgão que tem que deliberar sobre o que precisa ser feito e fiscalizar as ações do governo, os Conselhos precisam estar permanentemente informados sobre quais são os problemas de saúde da população, quais os recursos disponíveis para a área da saúde, onde e como estão sendo aplicados. Os gestores não podem se recusar a dar as informações que os conselheiros precisam para avaliar e tomar decisões.

O Conselho de Saúde deve ter representantes do governo, dos prestadores de serviços de profissionais de saúde e dos usuários. A representação dos usuários deve ser diversificada, de maneira a permitir que os vários interesses e os diversos tipos de organizações - associações de moradores, sindicatos, associações de portadores de patologias ou de portadores de deficiências, organizações de consumidores, entidades civis que se dedicam a estudos ou à análise das condições de saúde, entidades científicas etc - possam apresentar suas demandas e fazer suas avaliações sobre a política de saúde desenvolvida pelo governo, em todos os níveis.

É importante que a lei sempre se refere a "representantes" dos usuários. Representação significa delegação de poderes conferidos pela população a certas pessoas a fim de que exerçam em seu nome alguma função. Os representantes dos usuários não podem ser escolhidos pelos governantes. Só serão representantes legítimos se forem escolhidos e indicados pelos membros do grupo ou da entidade da qual fazem parte.

"Ser representante implica assumir o compromisso de respeito e defesa daqueles que o indicaram e também prestar contas junto aos representados"

Ser representante implica em, assumir o compromisso junto àqueles que o indicaram, de respeitar as posições de seus representados e defendê-las no Conselho. Implica também em ler que informar e prestar contas de suas ações aos seus representados.

Os Conselhos e as Conferências não são as únicas formas de participar do SUS, embora sejam as únicas obrigatórias para todo o país, por serem previstas em lei Federal. A medida que se avança na democratização da gestão, outros mecanismos podem - e devem - ser cria-

dos nos estados e nos municípios para ampliar as possibilidades de participação e tornar as decisões mais próximas da população. É o caso dos conselhos distritais e dos conselhos gestores nas unidades de atenção à saúde, já existentes em muitos municípios.

10 Parceiros na construção da cidadania e na luta pelo SUS

O exercício da cidadania e do controle social, como já vimos, exige que lutemos por nossos direitos. Muitas vezes, as dificuldades que encontrarmos exigirão que tenhamos que recorrer a meios legais para exigir o cumprimento das Leis. Por isso é importante conhecer os recursos de que dispomos e os parceiros com os quais podemos contar para alcançar os resultados que buscamos.

Vamos destacar duas das mais importantes instituições às quais podemos recorrer para assegurar o cumprimento das leis e o respeito aos nossos direitos: o Ministério Público e o PROCON.

O Ministério Público é uma instituição permanente, existente na União e nos estados, incumbida da “defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis” (art. 127 da Constituição Federal).

O Ministério Público atua através dos Promotores de justiça e dos Procuradores de Justiça, estaduais e federais. Quando identificarmos o não cumprimento da Lei devemos procurar o Promotor de justiça, que irá verificar se está havendo mesmo desrespeito e deverá comunicar ao juiz caso isso tenha sido constatado.

O Juiz pode, com base em proposta do Promotor ou de solicitação direta de qualquer entidade de representação ou associação que

exista legalmente há pelo menos um ano; promover uma Ação Civil Pública. São muitas as razões que podem conduzir a uma ação dessa natureza. O mau funcionamento dos serviços por falta de profissionais, a má conservação ou inexistência de materiais e equipamentos, a má administração ou o mau uso ou desvio dos recursos públicos destinados à saúde podem ser motivos para responsabilizar os gestores públicos e solicitar a Ação Civil Pública.

O não cumprimento comprovado da Lei que determina a criação dos Conselhos de Saúde ou a obstrução ou impedimento ao seu funcionamento também são razões que podem justificar a Ação Civil Pública.

Outra instituição importante à qual podemos recorrer na defesa dos direitos é o PROCON, órgão de proteção e defesa do consumidor. A Constituição Federal, em seu artigo 5º, inciso 32, estabelece que “o Estado promoverá, na forma da lei, a defesa do Consumidor”. A Lei 8.078, de 11 de setembro de 1990, aprovou o Código de Proteção e Defesa do Consumidor, que define as situações e condições nas quais o PROCON deve ser acionado. Em geral, as pessoas pensam que o PROCON só se dedica ao consumidor de bens ou objetos. Mas o código também prevê a proteção ao consumidor de **serviços**: o mau atendimento nos postos de saúde ou hospitais, as condições precárias de funcionamento dos serviços de saúde devem ser notificadas ao PROCON, que irá, uma vez recebida a denúncia, verificar e exigir as providências necessárias para resolver o problema.

Se o problema é o mau atendimento, o descaso ou a irresponsabilidade de profissionais de saúde a população pode ainda recorrer aos Conselhos Profissionais da categoria. Por exemplo, se um médico recusou-se a atender ou provocou danos por atendimento errado ou inadequado, o usuário deve denunciar, com-

provando o fato, ao Conselho Regional de Medicina, que é responsável pela fiscalização e controle do exercício profissional dos médicos. Há também conselhos profissionais de diversas outras categorias: Enfermeiros, Assistentes Sociais, Odontólogos (dentistas).

Todas essas instituições só podem intervir mediante denúncia. Isto significa que a população precisa se acostumar a realizar o registro do ocorrido sempre que for desrespeitada nos seus direitos.

Outro recurso que deve ser utilizado é a denúncia através dos meios de comunicação - rádio, jornais, televisão. No nosso País não é fácil conseguir espaço para defender os direitos da população em muitos meios de comunicação, principalmente se a denúncia envolve autoridades públicas ligadas aos grupos que são proprietários dos mesmos. Mas há muitos que abrem espaço para isso. É importante descobrir quais são esses e buscar informar corretamente para que a denúncia pública se transforme em instrumento de pressão na defesa dos direitos de cidadania.

Construir cidadania dá trabalho. Mas também dá bons resultados



DESTAQUES PARA O APROFUNDAMENTO DAS DISCUSSÕES DOS GRUPOS

A questão da cidadania e sua construção Controle Social e Conselhos de Saúde

Representatividade e legitimidade

Os princípios fundamentais do SUS e sua relação com a cidadania

- Universalidade
- Equidade
- Integralidade

Os parceiros na garantia da cidadania e do Controle Social

- Ministério Público
- Órgãos de defesa do consumidor
- Os meios de comunicação
- Entidades representativas dos segmentos sociais organizados (sindicatos, associações comunitárias, conselhos profissionais)

- Os Conselhos de Saúde

Atribuições dos Conselhos de Saúde e de seus conselheiros

visando a municipalização
dos serviços de saúde

Carlos Néder*



1

Democratização do estado e participação da sociedade

A luta contra o regime autoritário no Brasil representou o questionamento do Estado burocrático e centralizador das decisões, colocado a serviço dos interesses privados. O Movimento pela Reforma Sanitária propôs mudanças profundas na Saúde e na Previdência Social, exigindo que o desenvolvimento do País fosse

*Médico Cirurgião,
ex-Secretário Municipal de Saúde de São Paulo

acompanhado de justiça social e da democratização do Estado. Buscava-se com isso recuperar a autonomia política dos municípios, do legislativo, enfim da sociedade para que pudessem formular políticas públicas no interesse da maioria da população.

A Constituição de 1988 refletiu, com seus avanços e também concessões aos interesses privados e corporativos, o acordo que foi possível naquele momento histórico.

A defesa do SUS e de um Estado descentralizado, democratizado, eficiente e com forte poder regulador, para enfrentar as causas e conseqüências das desigualdades sociais, depende do fortalecimento da organização própria da sociedade civil, para que seus segmentos tenham representatividade, força e independência em sua atuação nos espaços institucionais. Por outro lado, sabendo que o poder público exerce grande influência no funcionamento dos Conselhos, é fundamental que a capacitação dos conselheiros envolva também seus representantes, para reforçar seu compromisso com o interesse público.



2

A legislação ao SUS

A Constituição Federal incorporou significativas conquistas quanto à garantia dos direitos sociais como é o caso da seguridade social, que integra as ações relativas à saúde, à previdência e à assistência social.

Os textos legais reconheceram que a saúde, entendida como direito de todos e dever do Estado, depende de diversos fatores (alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, entre outros) e que deve ser garantido mediante políticas sociais e econômicas.

Portanto, valorizou-se um conceito abrangente de saúde individual e coletiva, bem como as múltiplas causas do processo saúde/doença e a necessidade de ações intersectoriais que integrem as políticas públicas.

A rede pública de saúde passou a constituir, de forma regionalizada e hierarquizada, um Sistema Único no qual as instituições privadas podem participar de forma complementar. As ações e serviços de saúde são de relevância pública, cabendo ao Ministério Público zelar pelo efetivo respeito aos direitos assegurados na Constituição. Os poderes públicos, e conseqüentemente os conselhos de saúde, devem dispor sobre a regulamentação, fiscalização e controle inclusive dos serviços privados de saúde, associados ou não ao SUS.

Na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90) observamos que a descentralização político-administrativa é enfatizada na forma da municipalização dos serviços e ações de saúde, que significa redistribuição de poder, competências e recursos em direção aos municípios. A organização dos distritos sanitários é uma das estratégias propostas para mudar o modelo assistencial e as práticas de saúde, com efetiva participação social.

A Lei n 8.142/90 dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e condicionou o recebimento de recursos financeiros à existência de Conselho Municipal de Saúde funcionando de acordo com a legislação.

O SUS representa uma inovação, uma verdadeira reforma do Estado brasileiro, no sentido de recuperar sua função pública. Porém, enfrenta problemas em sua implantação que se prendem ao fato da reforma estar praticamente restrita ao setor da saúde e muito dependente da iniciativa governamental.



3**A mudança do modelo assistencial pode colaborar para que a participação seja efetiva**

A municipalização da saúde, com apoio dos demais parceiros do Sistema, dará condições para que o município exerça integralmente o seu papel de gestor e a oportunidade dele organizar os serviços em distritos sanitários, na perspectiva dos sistemas locais de saúde. O objetivo central é a descentralização do poder até o nível local com reorientação das práticas de saúde dentro de uma nova ética da função pública, que passa pelo compromisso de todos com os direitos do cidadão.

A adoção pelo poder público do planejamento e de ações de vigilância à saúde, com a participação dos profissionais de saúde, dos usuários, de entidades e movimentos da sociedade civil, atuando no reconhecimento da realidade que se pretende mudar e na definição de prioridades, contribui para conferir ao Conselho uma nova dinâmica que supera a rotina burocrática e administrativa e o caos da saúde.

Experiências deste tipo tornam os Conselhos mais atuantes em sua função política, como espaços de exercício de parcela de poder pela sociedade, mais visíveis e legítimos. Provocam um repensar das práticas dos serviços de saúde, na medida em que estes ficam permeáveis à crítica da comunidade local, que deseja atendimento de boa qualidade, que haja transparência nos atos do governo e na sua relação com o setor privado, que as políticas de saúde incluam as ações coletivas sobre o meio ambiente, os locais de trabalho e de moradia, bem como o acesso às informações e o direito de participar das decisões

4**Para que servem os Conselhos de Saúde?**

A legislação federal estabeleceu as normas gerais que orientam a participação da comunidade na gestão do SUS, através das Conferências e conselhos de saúde. Ambos são paritários, pois os usuários têm direito a metade dos representantes, e sua organização e funcionamento são definidos em regimento próprio aprovado pelo Conselho.

As Conferências de Saúde têm caráter consultivo, servem para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes da política de saúde em cada nível de governo. Os Conselhos de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, devem atuar na aprovação das diretrizes e no controle da execução da política de saúde, inclusive no aspecto econômico e financeiro.

Os Conselhos de Saúde buscam participar da discussão das políticas da saúde e ter uma atuação independente do governo, embora façam parte da estrutura do Estado. São órgãos colegiados do SUS, onde se manifestam, com maior ou menor representatividade, os interesses dos diferentes segmentos sociais e que possibilitam a negociação de propostas que pretendem direcionar os recursos para prioridades diferentes.

5**Organização e competências dos Conselhos de Saúde**

Respeitadas as normas legais, cada Conselho tem a liberdade de se organizar de acordo com a realidade do estado ou município. Os Conselhos Municipais de Saúde devem cumprir o que ficou estabelecido na Lei Orgânica do

Município, desde que esteja coerente com a legislação federal. O ato de criação do conselho de saúde, bem como sua composição, organização, estrutura e competência deverão ser estabelecidos por lei ordinária, de iniciativa do Poder Executivo e/ou do Poder Legislativo. Sua constituição tem caráter transitório quando ocorre através de decreto do Executivo.

O Ministério da Saúde afirma que não há unanimidade sobre como organizar os conselhos de saúde e a Resolução nº 33, de 23/12/92, do Conselho Nacional de Saúde contém apenas recomendações para sua constituição e estruturação. Os documentos ressaltam que a escolha dos conselheiros deve ser feita pelos respectivos segmentos, não cabendo veto ou impugnação no ato de sua nomeação pelo Poder Executivo. Este deve garantir plenas condições de funcionamento ao Conselho, incluindo espaço físico, recursos materiais, humanos, técnicos e financeiros necessários.

A paridade na representação dos usuários deve ser rigorosamente observada, bem como os 25% das vagas destinadas aos trabalhadores da saúde. Preferencialmente os trabalhadores da saúde não devem ocupar vagas dos usuários do SUS e, se houver representação do legislativo, ela deve ocupar vaga do poder público.

O Conselho Nacional de Saúde recomenda que o presidente do Conselho seja eleito entre os seus membros, em reunião do colegiado pleno, e que não haja coincidência de mandatos entre o Conselho e os Governantes. O argumento principal dos que aceitaram que a presidência ficasse com o secretário da saúde foi que assim o poder público estaria for-

dependem de sua homologação. O dirigente de saúde tem informações sobre o conjunto das iniciativas do Governo e deve compor o Conselho, mas não será de forma burocrática e regimental que conseguiremos o seu compromisso com o SUS. Nossa proposta passa pelo convencimento político, inclusive junto ao secretário da saúde, sobre a necessidade de democratizarmos a gestão começando pela coordenação dos trabalhos do conselho de saúde.

Parte das decisões do Conselho - Resoluções - precisará ser homologada pelo chefe do Executivo e, como elas nem sempre coincidem com a orientação do governo, existe a possibilidade de impasse no momento de sua homologação, que poderá ser superado através da negociação política, de ação judicial ou acionando o Ministério Público.

As decisões do Conselho que tenham o caráter de recomendação ou que sejam relacionadas ao seu próprio funcionamento, como a realização de pesquisas, estudos, investigações e eventos, não se confundem com as deliberações normativas e, portanto, não requerem homologação.

O órgão dirigente do SUS é importante na atuação do Conselho e deve participar sempre das reuniões, sendo que a adoção de medidas administrativas para a execução das decisões é de sua exclusiva competência. Os demais membros do Conselho não devem se acomodar no papel de só trazer reivindicações, deixando de formular propostas e de tomar iniciativas. Como vimos o Conselho tem atribuições políticas e para exercê-las deve bus-

... "o Conselho tem atribuições políticas e para exercê-las deve buscar a capacitação de seus membros junto com o poder público..."

çosamente se comprometendo com as resoluções do Conselho, sobretudo aquelas que

car a capacitação dos seus membros, através de uma interação com o poder público, na qual ambos se modificam e assumem a responsabilidade pela gestão da política de saúde.



6

Áreas de atuação dos Conselhos e atribuições dos conselheiros

Os Conselhos não devem se limitar a acompanhar aquilo que é predominante no SUS: a assistência médico-individual curativa. O conceito ampliado de saúde e a busca da integralidade das ações justificam a atuação dos conselhos de saúde em todas as áreas, seja para a obtenção de informações, seja discutindo, propondo, fiscalizando ou decidindo dentro de suas competências legais.

Temas como orçamento da saúde, relação com o setor privado, organização dos serviços, política de recursos humanos, epidemias, saneamento básico, ações de vigilância à saúde e tantos outros devem ser discutidos de forma organizada no Conselho. O fundamental é que estejam articulados ao enfrentamento dos problemas locais, priorizados no processo de planejamento participativo, uma vez que eles exigem resposta concreta e imediata do SUS.

Não devemos permitir que as discussões no colegiado se tornem repetitivas, exageradamente técnicas, impostas de cima para baixo e dissociadas da realidade local. As diretrizes de elaboração e a aprovação do plano municipal de saúde são responsabilidade dos conselheiros, visando compatibilizar o diagnóstico epidemiológico com as prioridades, metas e recursos disponíveis; o orçamento deve ser traduzido em suas intenções de gastos para que todos o compreendam; o controle sobre o Fundo Municipal de Saúde deve identificar se as prio-

ridades estão de fato orientando a destinação dos recursos. Suas atividades de controle da gerência técnico-administrativa devem contemplar a realização de visitas e investigação da qualidade e resolutividade dos serviços públicos e privados, para aprimorar o SUS.

O controle social tem como um dos pressupostos básicos o acesso às informações e o dever dos Conselhos de prestarem conta de suas atividades à sociedade. As informações devem ser obtidas junto ao poder público, através de sistema descentralizado que forneça os dados epidemiológicos; os dados sobre o desempenho dos serviços e o impacto esperado das ações de saúde. O próprio Conselho tem o direito de produzir suas informações, através de visitas, pesquisas e outros meios, além de exigir a democratização dos canais de comunicação e informação existentes na sociedade.

No Conselho, espera-se que cada membro represente o segmento a que pertence e não se limite a dar as suas próprias opiniões. As decisões do Conselho de Saúde são resultado de negociação política que exige representatividade de seus membros, o respeito à pluralidade democrática, à liberdade de organizar, mobilizar e expressar essas diferenças e também de realizar alianças e somar esforços pelo SUS. As atividades dos conselheiros são consideradas de relevância pública e devem se pautar pela ética. Os conselheiros não têm direito a remuneração e nem a privilégios.



7

Como estão os conselhos Municipais de Saúde hoje?

O Conselho Nacional de Saúde promoveu a pesquisa "Avaliação do Funcionamento dos Conselhos Estaduais e Municipais de

Saúde” cujos resultados são ainda pouco conhecidos da maioria dos conselhos de saúde. Procurou-se avaliar em que medida os Conselhos são, de fato, instrumentos de controle social sobre o processo de formulação e implementação das políticas de saúde. Existem outros estudos, por iniciativa dos conselhos de saúde, dos movimentos sociais, das universidades, que precisam ser conhecidos.

Há uma relação entre o funcionamento dos Conselhos e como foi o seu processo de formação. Existem Conselhos que foram criados apenas para receber recursos do Governo Federal, basicamente por iniciativa do Executivo Municipal e sem a preocupação de estimular a participação da sociedade. Neste caso, se a sociedade não reage ou não muda a disposição do governo, os conselhos se tornam dependentes, se reúnem com pouca frequência e só quando convocados, suas pautas atendem aos interesses exclusivos do Governo, acabam por legitimar políticas que vão contra as suas próprias necessidades e não têm uma agenda pública de intervenção no cotidiano dos serviços e da cidade.

Em geral há maior legitimidade nos Conselhos cuja criação foi precedida ou vem sendo acompanhada de luta social pela saúde. A existência de organizações autônomas na sociedade, como os conselhos populares de saúde eleitos diretamente, movimentos populares, associações de moradores; sindicatos e outros, e sua articulação em Plenárias de Saúde têm servido de apoio ao funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde. Existem experiências de Conselhos com Ouvidoria Geral para receber as reclamações e sugestões e outros com as reuniões abertas a todos os interessados, inclusive com direito a voz. Está se tornando frequente a utilização de boletins, cartilhas, atividades culturais e educativas, técnicas de dramatização, assessorias de comunicação e imprensa e outros meios para um diá-

logo permanente com a população e sua participação organizada.

A relação do Conselho com o gestor municipal depende, portanto, da forma como foi constituído, do grau de representatividade dos seus membros, de como está organizado e da atitude do poder público. Na forma mais avançada, alguns Conselhos exigem e são estimulados a participar efetivamente das decisões, participam da definição das grandes questões do SUS, sem deixar de enfrentar os problemas concretos da realidade em que atuam. Fazem parte da dinâmica social do seu município, ocupam espaço político nos meios de comunicação e na sociedade, apoiando ou propondo caminhos alternativos para as políticas governamentais.



8

Como melhorar a prática dos Conselhos de Saúde?

Apresentamos, a seguir, algumas sugestões para tornar o controle social mais efetivo:

- ❑ Abrir a discussão sobre o ato legal (Lei Municipal, Decreto, Resolução do Secretário) que constituiu o Conselho, para chegar a um novo acordo com o Governo Municipal, que será submetido à Conferência Municipal e/ou ao colegiado pleno do Conselho e depois à Câmara Municipal. Neste caso é importante conhecer a legislação do SUS e a experiência de outros municípios;
- ❑ Assumir como prioridade a capacitação dos membros dos conselhos de saúde, de forma a tornar efetiva a sua atuação dentro de uma nova dimensão ética, política

e educativa, ressaltando o compromisso que devem ter com aqueles que representam. Esta iniciativa deve ser acompanhada de uma nova qualidade da prática dos Conselhos e dos Serviços de Saúde;

- ❑ Garantir apoio político, técnico e administrativo, inclusive dotação orçamentária, de forma que o Conselho participe das decisões, tenha liberdade de iniciativa para definir sua pauta de reunião, suas atividades públicas e o plano de trabalho do colegiado;
- ❑ Exigir que seja respeitado o direito de acesso às informações, com transparência nos atos do governo e visibilidade nas ações do Conselho. Apoiar a produção, troca e divulgação de materiais educativos entre os Conselhos;
- ❑ Estimular a organização de entidades autônomas que representem os interesses dos cidadãos e sua articulação em Plenárias de Saúde, para a produção de políticas públicas e a defesa de objetivos comuns.

Os Conselhos de Saúde são um elemento estratégico para a reforma sanitária brasileira. Mas, há ainda uma longa distância para concretizarmos o SUS e o controle social em toda a sua plenitude.

O SUS que queremos depende sobretudo de vontade política para mudar verdades estabelecidas, culturas e comportamentos. Deve ser radicalmente democrático e plural, para atender aos anseios da maioria da população, hoje excluída das políticas sociais e sem acesso aos serviços públicos essenciais, entre eles o da saúde. Deve construir uma nova ética da função pública, através da aliança solidária entre trabalhadores da saúde e usuários e de uma nova relação entre Estado, governos e sociedade.



DESTAQUES PARA O APROFUNDAMENTO DAS DISCUSSÕES COM OS GRUPOS

A Legislação do SUS e o Controle Social

- O papel dos Conselhos com instâncias deliberativas

A Organização e as competências dos Conselhos:

- O caráter permanente e deliberativo
- Os aspectos legais que envolvem a criação dos Conselhos
- O processo de municipalização e a dinâmica dos Conselhos

A importância do Regimento interno dos Conselhos

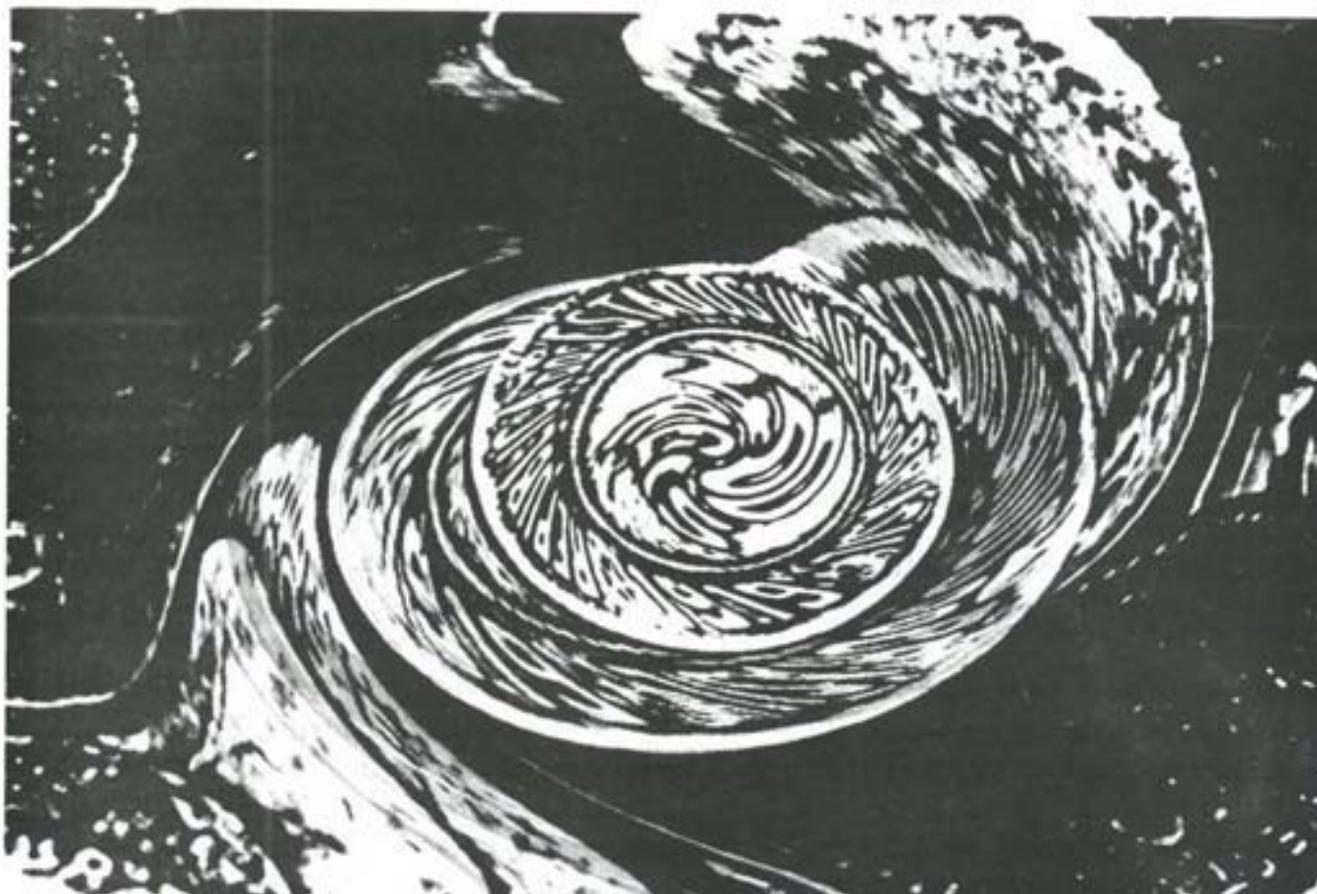
A representatividade dos Conselhos e conselheiros como critério fundamental para consolidar o SUS

A importância das relações entre os Conselhos e a Sociedade

A importância da existência de Fóruns permanentes de discussão de aperfeiçoamento dos conhecimentos dos conselheiros.

Financiamento setorial do SUS e a questão da municipalização saúde

Elias Antonio Jorge *



1 INTRODUÇÃO

Antes de mais nada é preciso desfazer uma grande confusão sobre o que é **público**.

É comum, no Brasil, considerar o que é público como aquilo que é de ninguém, ou ainda aquilo que é do governo.

Público é o que é de todos, público é o que é do povo.

* Doutor em Educação na USP
Assessor técnico do Conselho Nacional de Saúde
para a Área de Financiamento e **Orçamento**

Portanto, quando se falar em:

- ❖ Dívida Pública
- ❖ Patrimônio público
- ❖ Escola pública
- ❖ Saúde pública
- ❖ Dinheiro público

Devemos entender como:

- ☞ Dívida do povo, de todos
- ☞ Patrimônio do povo, de todos
- ☞ Escola do povo, de todos
- ☞ Saúde do povo, de todos
- ☞ Dinheiro do povo, de todos

Outra confusão que é preciso desfazer é sobre o que é **gratuito**.

Não existe escola gratuita, existe escola **paga com dinheiro público** (dinheiro do povo).

Não existem serviços de saúde gratuitos, existem sim serviços de saúde **custeados com o dinheiro público** (dinheiro do povo, de todos).

Por fim, uma outra confusão muito comum é achar que o governo tem dinheiro, escola, hospital etc...

Não existe dinheiro do governo, existe sim dinheiro público, dinheiro do povo, dinheiro de todos que o governo administra.

É com o dinheiro do povo, que o governo constrói e faz funcionar, escolas, hospitais, creches etc.

Portanto, não é nenhum favor do governo prestar contas ao povo do que ele faz com o dinheiro do povo, sejam obras ou prestação de serviços, ou ainda, pagamento de salário dos funcionários **públicos** (médicos, enfermeiros, serventes, professores, engenheiros).

Não constitui também nenhum favor o atendimento médico em hospitais ou postos de saúde ou as aulas que a professora dá na escola pública.

Na verdade os funcionários públicos são pagos com o dinheiro público, quer dizer com o dinheiro do povo.

Portanto, apesar de o salário do funcionário público ser em geral muito baixo, qualquer cidadão pode exigir sempre um bom atendimento e muito respeito, pois afinal é com o dinheiro do povo que os salários, mesmo ruins, estão sendo pagos.

Por outro lado, quando se arrebenta um telefone público, o prejuízo não é do governo é do povo. Da mesma forma quando se quebra uma carteira, uma vidraça de prédio público, o prejuízo é do povo.

Quando fica uma luz acesa uma torneira aberta, ou um funcionário não vai trabalhar e recebe assim mesmo, quem paga a cota é o governo, mas com o dinheiro de quem? Do povo.

Só quando o povo aprender que o que é público é o que é do povo, o governo federal, estadual, ou municipal, vai parar de agir como dono do dinheiro público.

O dinheiro público (do povo) dá origem aos orçamentos públicos do Distrito Federal, Estados, Municípios e União.



2

O que é orçamento

Um orçamento deve ser visto como um processo e não como um produto. Quer dizer, o que interessa não é apenas quantidade de recursos para cada área ou setor (Lei Orçamentária – Produto), o importante mesmo; é o processo de construção da lei orçamentária e sobretudo a sua execução.

Em geral um orçamento, seja ele municipal, estadual ou federal, é uma simulação, quer dizer, um faz de conta que.

Se ocorrerem determinadas receitas (ingresso de recursos, arrecadação), então o poder executivo fica autorizado a fazer determinadas despesas (gastos, aplicações dos recursos em obras e serviços).

Quando existe inflação o que seria simulação passa a ser uma ficção (parece que é mas não é) e quando, além disso, não existem regras para execução, a ficção torna-se uma farsa (mentira pura).

No Brasil existem em funcionamento 5000 farsas que são os orçamentos dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União, pois em geral não existem regras de execução orçamentária e os orçamentos são executados em moeda corrente o que perde totalmente o seu significado.

Caso o real se consolide como uma moeda estável (isenta de efeitos inflacionários), voltaremos a ter apenas a simulação em que as despesas ficarão dependendo das receitas eliminando-se a ficção e a farsa que têm caracterizado os processos orçamentários do setor público.

3

O que é processo orçamentário?

O processo orçamentário envolve:

- a execução do orçamento do ano em que estamos;
- a discussão da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), quer dizer, das regras para a elaboração do orçamento do ano seguinte;
- a elaboração da proposta orçamentária do ano seguinte com base nas regras da LDO;
- a tramitação (discussão e aprovação) no poder legislativo (Câmara de Vereadores, Assembléia Legislativa ou Congresso Nacional) da proposta orçamentária do ano seguinte;
- a aprovação do Poder Executivo (Presidente, Governador, Prefeito) com ou sem vetos à proposição de Lei Orçamentária, saída do Legislativo que só assim será a Lei Orçamentária Anual (orçamento do próximo ano).

4

O que é acompanhar o processo orçamentário?

Acompanhar o processo orçamentário significa:

- controlar a execução do orçamento do ano em que estamos;
- elaborar emenda e acompanhar a tramitação das diretrizes orçamentárias do ano seguinte no poder Legislativo;

- ❑ analisar a proposta do Executivo de lei orçamentária para o ano seguinte encaminhada ao Legislativo;
- ❑ elaborar proposta de emenda e analisar as emendas apresentadas pelo Parlamento ao orçamento do ano seguinte;
- ❑ fazer contato com o Relator-Geral, com os relatores setoriais e com membros da Comissão de Orçamento;
- ❑ analisar os vetos do Executivo, tanto à Lei de Diretrizes Orçamentárias quanto à Lei Orçamentária Anual (orçamento), e finalmente avaliar a execução orçamentária de um ano comparativamente ao ano anterior e à proposta do ano seguinte, tanto no que respeita à quantidade de recursos quanto às metas físicas (objetivos, ações e programas), tanto no aspecto quantitativo quanto no aspecto qualitativo.

5

Como se constitui um orçamento?

Todo orçamento tem como componentes:

- ❑ fontes de receita;
- ❑ os órgãos ou unidades para as quais serão destinadas essas receitas;
- ❑ os objetos de gasto que serão realizados pelos órgãos ou unidades.

Uma boa forma de representar o orçamento é através de um sistema de abastecimento de água. Imaginemos uma série de canais, tubos e canos que alimentam uma caixa d'água. Teríamos aí as fontes que geram o conjunto dos recursos ou das receitas orçamen-

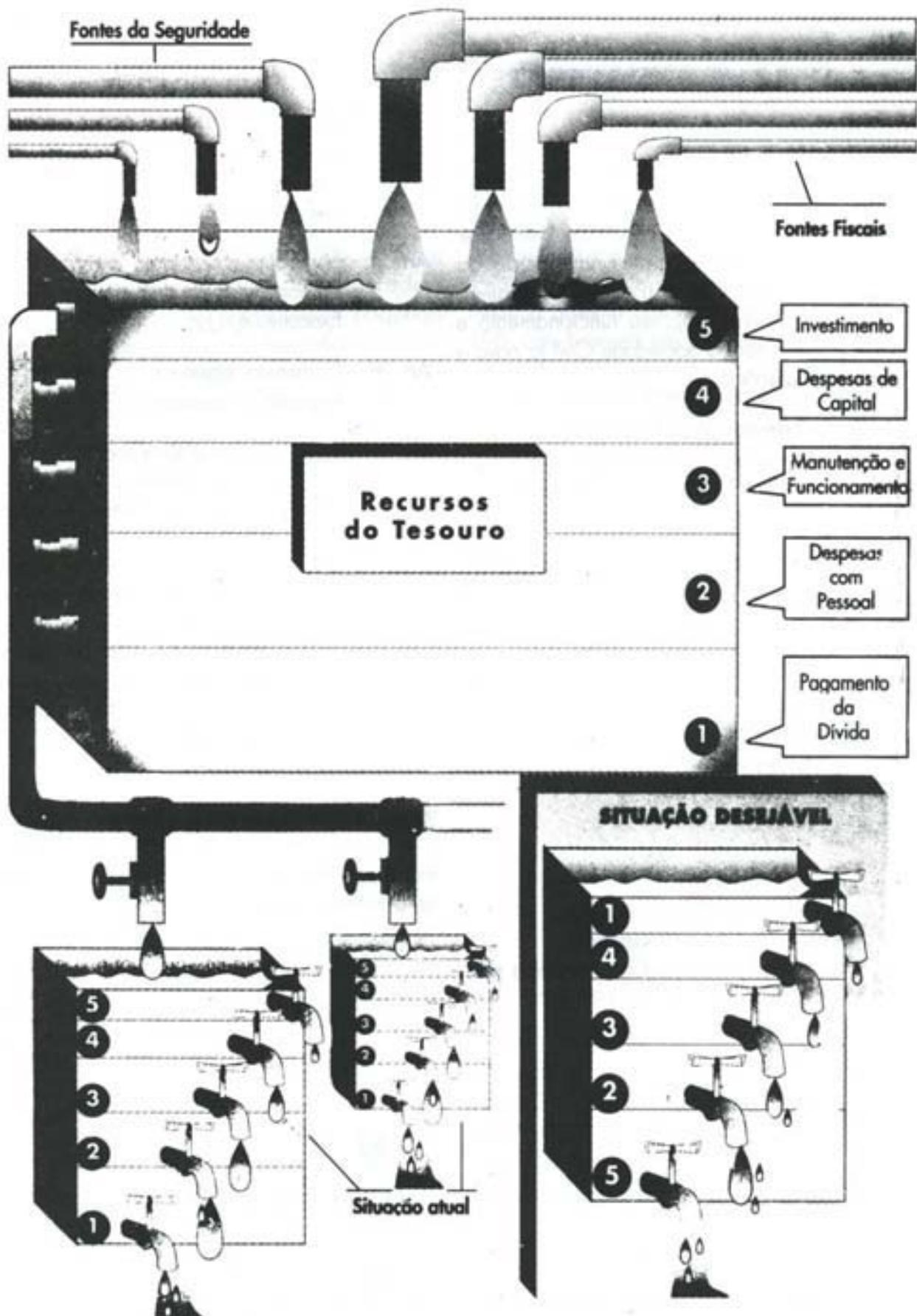
tárias. Desta caixa d'água sairão vários canos direcionados a outras caixas d'água menores localizadas nos órgãos ou unidades. Em cada órgão ou unidade teremos canos que saem de suas caixas d'água direcionados para determinados tipos de despesas.

Poderíamos dizer que **várias fontes** de água distintas chegarão a uma **caixa d'água central** (Tesouro nacional, estadual ou municipal). Desta caixa d'água central haverá **distribuição para outras caixas médias** ou para reservatórios médios que são os órgãos, unidades ou sub-unidades. Nas últimas caixas dessa sequência serão instalados **pontos de saída** com torneiras que representarão os vários objetos de gasto ou despesa; é interessante notar que **o privilégio dos gastos determina a altura que fica cada torneira na caixa d'água**.

A legislação acerca do orçamento estabelece maior importância de alguns gastos em relação a outros. Assim sendo, a mais alta importância é dada aos pagamentos da dívida, o que significa que a torneira da dívida é a do cano que fica no lugar mais baixo da caixa d'água, quer dizer, mesmo tendo pouca água fica garantido o pagamento da dívida. Na sequência de importância, acima deste nível da dívida, vem pessoal, depois outros custos (manutenção e funcionamento), depois vem despesa de capital (equipamento) e finalmente perto da bóia da caixa d'água a saída para investimento. Quer dizer, **só se faz investimento quando a caixa está completamente cheia**.

Para mudar significativamente este quadro e tirar o país da crise, seria fundamental mudar a torneira da dívida e do investimento de lugar.

Além disso, há diferença significativa nas bocas de saída: a boca da dívida (A) é grossa e localiza-se embaixo – seu registro está sempre aberto; a do investimento (E) é fina e em cima e seu registro está quase sempre fechado



6

O que é Constituição de um país?

Quando se decide formar um país seja por resultado de guerra, de revolução, de descobrimento ou de colonização, a primeira providência é constituir-lo, isto quer dizer, estabelecer um conjunto de regras fundamentais da organização do Estado (Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário), seu funcionamento e suas relações com a Sociedade Civil (o povo e suas organizações).

Na constituição são estabelecidos os direitos, os deveres, as garantias fundamentais de cada cidadão isoladamente e de seu conjunto, o povo.

O Brasil foi constituído como País pela primeira vez em 1822, ano da Independência, pois até então ele era uma colônia de outro país, Portugal.

Desde então o Brasil teve várias constituições (re-constituições), sendo a última a Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de outubro de 1988.

7

Quais são os princípios fundamentais da Constituição do Brasil desde 05/10/1988?

Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos:

- I – a soberania;
- II – a cidadania;
- III – a dignidade da pessoa humana;

IV – os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa;

V – o pluralismo político.

Parágrafo único. Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição.

Art. 2º São Poderes da União, independentes e harmônicos entre si, o Legislativo, o Executivo e o Judiciário.

Art. 3º Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil:

I – construir uma sociedade livre, justa e solidária;

II – garantir o desenvolvimento nacional;

III – erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais;

IV – promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.

Para garantia destes princípios fundamentais, sobre os quais se reconstitui o Brasil, foram estabelecidas normas constantes da própria constituição e outras daí derivadas.

Dentre essas normas destacaremos aqui aquelas relativas à ordem social que constam do Título VIII, Art. 193 a 232, com destaque para o Capítulo II deste Título, que trata da Seguridade Social, Art. 194 a 204.

8

O que é Seguridade Social?

Segundo a Constituição de 1988 “a Seguridade Social compreende um conjunto

integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinados a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.” (Artigo 194)

Por esta nova definição passam a ter direitos à saúde, previdência e assistência todos os cidadãos brasileiros.

Até a Constituição de 1988 só eram assegurados estes direitos aos **segurados**, aqueles cidadãos que contribuíam pagando diretamente taxas ou descontos sobre o salário para a previdência social.

Entenderam os legisladores que não era possível castigar duplamente o cidadão brasileiro, homens e mulheres, que por não possuírem carteira de trabalho ou por estarem desempregados não contribuíam para o sistema de seguro e portanto lhes era negado **além do direito ao trabalho** os outros direitos fundamentais de cidadania.

Segundo a Constituição Parágrafo Único do Artigo 194: “Compete ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos:

- I – **universalidade da cobertura e do atendimento;**
- II – **uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;**
- III – **seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;**
- IV – **irredutibilidade do valor dos benefícios;**
- V – **equidade na forma de participação no custeio;**
- VI – **diversidade da base de financiamento;**
- VII – **caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados.**



O que é o SUS?

Ao criar o conceito de Seguridade Social (saúde, assistência e previdência) com o objetivo de garantir os princípios fundamentais sobretudo relativos à cidadania e à dignidade da pessoa humana (Art. 1º da Constituição de 1988), o legislador determinou que seria construído o Sistema Único de Saúde – SUS, Art. 198, com base em três principais alicerces:

- ❑ descentralização com direção única em cada esfera de governo (Federal, Estadual e Municipal);
- ❑ atendimento integral com prioridades para as ações preventivas (vacinação, medicamento e saneamento básico) sem prejuízo dos serviços assistenciais (postos de saúde, hospitais e ambulatórios);
- ❑ participação da comunidade (decidindo o que é mais importante para ser feito e controlando o uso do dinheiro público, do povo).

Ainda na Constituição ficou estabelecido que o Sistema Único de Saúde deve:

- ❑ controlar e fiscalizar procedimentos gerais na área da saúde;
- ❑ executar ações de vigilância para dar condições de saúde e prevenir doenças;
- ❑ opinar na formação de trabalhadores no setor.
- ❑ participar da programação e da execução das ações de saneamento básico;
- ❑ aumentar o desenvolvimento científico e tecnológico na área;

- fazer a fiscalização de alimentos;
- colaborar na proteção do meio ambiente, nele incluído o ambiente de trabalho.

Já que não existe nada gratuito, para financiar essas ações do SUS serão destinados recursos do orçamento da Seguridade Social da União, dos Estados, do Distrito Federal, dos Municípios além de outras fontes.

10

Como são financiados o SUS e a Seguridade Social?

A saúde é considerada pela Constituição como direito de todos e dever do Estado, isto significa que o cidadão não está obrigado a fazer pagamento direto pelos serviços que ele receba no SUS, o que não quer dizer que os serviços são gratuitos, ou seja, os serviços serão custeados com recursos públicos (recursos do povo).

Para garantir esses recursos o Governo arrecada do povo impostos e contribuições destinados à Seguridade Social (saúde, previdência e assistência).

Os recursos das contribuições para a Seguridade Social só podem ser usados em despesas da Seguridade Social (saúde, previdência e assistência), conforme diz a Constituição. Já os impostos podem ser utilizados nas outras despesas que o Governo faz, mas também para completar o financiamento da Seguridade Social, quer dizer, dinheiro de imposto pode pagar despesa da Seguridade Social, mas dinheiro da Seguridade Social não pode pagar despesa que não seja da Seguridade Social.

As principais fontes de recursos destinadas só para a Seguridade Social são:

- das empresas sobre os salários pagos, as vendas e o lucro;
- dos trabalhadores sobre os seus salários;
- da venda das loterias.

Quem arrecada essas contribuições é o Governo Federal, mas elas não são dinheiro do Governo, elas constituem dinheiro público (dinheiro do povo).

11

Como acompanhar e fazer o controle orçamentário do SUS?

Este dinheiro do povo deverá ser usado para pagar despesas relativas a previdência, assistência e saúde, seja através do próprio Governo Federal que arrecada ou dos governos dos Estados e dos Municípios.

Quando se fala em descentralização dos serviços significa que a maioria dos serviços deverá ser de responsabilidade dos Municípios, das Prefeituras, alguns dos Estados e outros da União. Portanto a União arrecada, mas tem a obrigação de repassar para os Estados e sobretudo para os Municípios com a finalidade de custear os serviços públicos de saúde e assistência.

Quando o serviço é prestado pela Prefeitura fica mais fácil para a população controlar o uso dos recursos públicos que foi arrecadado através de impostos e contribuições desta mesma população.

Por isso é importante a construção de Conselhos Municipais de Saúde, formados com representantes da comunidade, para garantir a determinação constitucional da descentralização e da participação popular.

A formação de Fundos Municipais de Saúde, para onde serão encaminhados os

recursos públicos destinados a custear as despesas de saúde, facilita o controle da população sobre esses recursos e impede que eles sejam mal utilizados ou desviados.

De todas as novidades da Constituição talvez as duas mais importantes tenham sido a idéia de Seguridade Social (garantia de direito a todos os cidadãos) e a participação popular na definição e controle das ações e dos recursos. Isso garante o exercício direto do poder do povo, conforme o Art. 1º da Constituição.

Isto não vai acontecer por um passe de mágica. É necessário todo um esforço da população para aprender a exercer esse direito e esse poder. O exercício pleno desse poder será obtido quando a população for capaz de acompanhar o processo orçamentário público federal, estadual e municipal.

Da mesma forma que a União arrecada impostos e contribuições junto ao povo, fonte para encher sua caixa d'água (tesouro Nacional), também os Estados e Municípios arrecadam do povo impostos, taxas e contribuições para encher suas caixas d'água (tesouros Estaduais e Municipais).

Dois dos principais impostos que a União arrecada, o Imposto de Renda (IR) e o Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) são repartidos com os Estados e com os Municípios, quer dizer, a União arrecada, fica com a metade e manda uma parte para os Estados e a outra parte para os Municípios. Quanto maior a população do Estado e do Município, maior a parte que ele recebe.

Por sua vez, o Estado também arrecada o Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS), fica com uma parte e manda o restante para os Municípios. A repartição é baseada na população.

Já os Municípios têm os seus próprios impostos, sendo os dois mais importantes em geral o Imposto sobre a Propriedade Territorial Urbana (IPTU) e o Imposto Sobre Serviços (ISS), além de outras taxas.

Dessa forma são constituídas as fontes de recursos dos Estados, da União e dos Municípios, a partir dos quais são elaborados os orçamentos da União, dos Estados e dos Municípios.

Uma boa forma de começar a exercer plena cidadania é organizar-se para opinar na elaboração e controlar a execução dos orçamentos públicos. Só com este controle, que deve ser exercido pelos representantes da população, vereadores, deputados estaduais, deputados federais e senadores, será possível evitar corrupção, desvio e desperdício.

Mas não é só o Poder Executivo que deve ser controlado pela população, também o Poder Legislativo deve ser cobrado e sempre que possível a população deverá exercer o controle direto dos recursos que dela vieram e que, portanto, a ela pertencem.

Para tanto é necessário compreender como se constrói um orçamento e como funciona o Poder Legislativo. Só a permanente fiscalização sobre o Poder Legislativo poderá obrigá-lo a exercer a função de controle e fiscalização do Executivo.

É o Poder Executivo o responsável pela fase mais importante do processo orçamentário, que é a execução dos gastos, execução das despesas, ou seja, a liberação dos recursos.

Se o Poder Legislativo não for diretamente controlado pela população, os acordos políticos entre o Executivo e o Legislativo permitirão o uso dos recursos públicos do povo como se fossem do Governo, dos políticos. Isto é o que

tem acontecido, isto pode deixar de acontecer. Basta que a população se organize. Basta que a população exija prestação de contas mensal junto do Executivo, junto ao Poder Legislativo, em sessão pública, o que permitirá a presença da população.

No caso específico da saúde é necessário que o Conselho Municipal exija que todos os recursos, sejam eles do Município, do Estado ou da União, passem pelo Fundo Municipal de Saúde e que mensalmente sejam prestadas contas do que foi recebido e no que foi gasto. Da mesma forma o Conselho Estadual de Saúde deve exigir que todos os recursos sejam eles do Estado, ou provenientes de repasses da União, passem pelo Fundo Estadual de Saúde e que haja prestação de contas mensal. Também é necessário que o Conselho Nacional de Saúde exija que todos os recursos, inclusive os provenientes de empréstimos internacionais, sejam contabilizados no Fundo Nacional de Saúde e que haja prestação mensal de contas da execução orçamentária do Fundo Nacional de Saúde, com apresentação do fluxo de caixa (receita/despesa), dia a dia, todo mês.

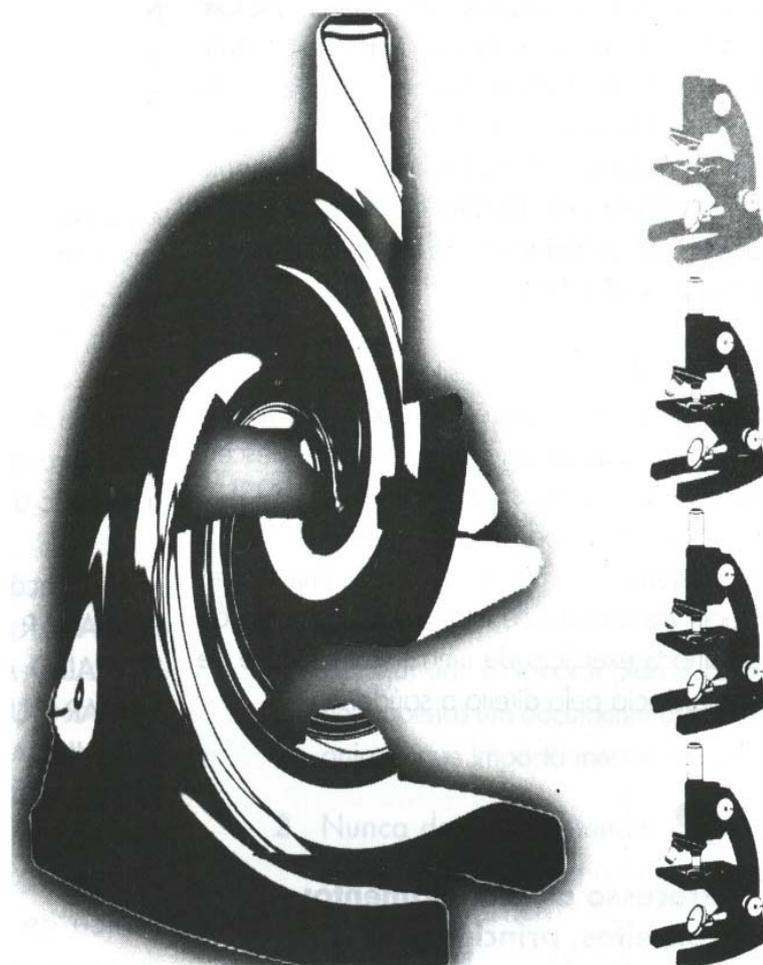


DESTAQUES PARA O APROFUNDAMENTO DAS DISCUSSÕES COM OS GRUPOS

- O conceito de **PÚBLICO** – principalmente no que se trata de recursos públicos e gastos públicos
- O que é Orçamento e Processo Orçamentário
- Como se constrói um Orçamento e como se faz o seu acompanhamento
- A Seguridade Social e o financiamento do SUS
- A importância das relações entre os Conselhos e a Sociedade
- O papel dos Conselhos nas discussões que envolvem o financiamento do sistema de saúde
- O papel dos Conselhos no processo orçamentário – elaboração, aprovação e execução orçamentária

Informações epidemiológicas como instrumento de planejamento e gerência dos serviços de saúde

Eleonor Minho Conill * e Antonio Carlos Estima Marasciulo **



1

Uma breve introdução:
planejar a que será
que se destina?

- * Médica, Doutora em Política e Programação, Professora adjunta, Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC
- ** Médico, Mestre de Saúde Pública, Epidemiologista do Hospital Universitário, UFSC

A participação na elaboração e no acompanhamento da implantação e implementação de Planos de Saúde é provavelmente uma das atividades nas quais os Conselhos de Saúde podem melhor explicitar seu papel de

elemento propulsor de formas administrativas novas e mais democráticas.

Isto se deve ao caráter abrangente do Plano Municipal de Saúde onde são detectados e analisados o conjunto dos problemas da população definindo-se propostas e ações para seu encaminhamento. A situação é equacionada como um todo estabelecendo-se um ACORDO sobre o que queremos e podemos resolver. Esta noção de Plano enquanto instrumento de acordo entre os principais grupos que influenciam uma determinada realidade é bastante recente. Advém do reconhecimento de que o processo de planejamento é ao mesmo tempo TÉCNICO e POLÍTICO.

Além de um pré-requisito necessário à captação de recursos, exigência dos órgãos federais e/ou estaduais para o processo de descentralização dos serviços de saúde (MS, 1993), o Plano Municipal pode ser um guia das mudanças desejadas, um banco de dados importante, um bom instrumento de luta. Enfim, permitirá ao Conselho o exercício de uma fiscalização e de uma vigilância pelo direito a saúde.

2

Processo de planejamento: conceitos, princípios e tendências

□ Mais um Plano?

Planejar é **PENSAR ANTES DE AGIR**, é o contrário de improvisar. E não improvisamos por pelo menos, três grandes razões:

- 1 quando temos um objetivo em vista e estamos interessados em realizá-lo;
- 2 quando diferentes pessoas ou organismos participam da ação;

3 quando não se dispõe de muitos meios para realizar os objetivos (Ferreira, 1978).

O método de planejamento e o Plano são apenas meios, para chegar-se aos objetivos. O que importa mesmo são as ações e a sua sua permanente adequação. No caso de uma pessoa, planejar e agir ficam juntos, por isso é mais fácil. Estamos quase que permanentemente, reavaliando nossos passos para não perder o rumo e obter o que desejamos. Quando se trata de várias pessoas, vários interesses, muitas ações ou atividades complexas, torna-se mais difícil. Surge uma divisão de trabalho entre os que planejam e os que executam, entre os que pensam a ação e os que agem ou sofrem as conseqüências dela. Começa aí uma das grandes complicações da administração pública, espaço no qual se situa a atuação dos atuais Conselhos.

Atenção, porque **“PLANEJAR SIGNIFICA PREPARAR E ORGANIZAR BEM A AÇÃO, SOMADO A ACOMPANHÁ-LA PARA CONFIRMAR OU CORRIGIR O DECIDIDO, SOMADO AINDA A REVISÁ-LA E A CRITICAR A PREPARAÇÃO FEITA, DEPOIS DA AÇÃO TERMINADA”** (Ferreira, 1978: 19). Além da contribuição no levantamento e análise da problemática de saúde, os Conselhos podem e devem acompanhar as ações fiscalizando os resultados. Acompanhar não significa ouvir ou ler relatórios mas, ter a capacidade real de influenciar, de interferir, para realizar mudanças necessárias a obtenção dos objetivos acordados. As vezes, é preciso também rediscutir os objetivos.

Esse poder é garantido na Lei Orgânica de Saúde (Lei nº 8080 e nº 8142 de 1990), com a qual devem estar em consonância as demais Leis Orgânicas estaduais e municipais. Em seu parágrafo 2º a Lei nº 8142/90 define

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

O Plano aparece como o melhor instrumento para essa tarefa. Caso contrário corre-se o risco do Conselho submergir nas chamadas “queixas de varejo” ou constituir-se num espaço de amortecimento de conflitos que a administração preferirá delegar.

Mas, planejamento e gerência não são atividades técnicas, ramo das ciências administrativas, que demandam profissionais cada vez melhor qualificadas? É verdade, e esse aspecto técnico deve ser bem aproveitado, na sistematização das informações, na atividade gerencial, entre outros. Entretanto, isto é somente uma parte do processo. O que pretendemos demonstrar é que o planejar é um método de trabalho aplicável por quem quiser e que, no caso do planejamento social ou de saúde, teremos muito mais chances de sucesso, quanto maior for o envolvimento daqueles verdadeiramente interessados nas ações.

Os Planos Municipais, conforme determina a Lei nº 8142/90, são hoje exigências do processo de descentralização de verbas federais, de acordo com as regras da chamada Norma Operacional Básica, SUS nº 01 (Ministério da Saúde, 1993), que estabelece a apresentação anual à Comissão Bipartite (Estado/Município) do Plano Municipal atualizado, como um pré-requisito das condições denominadas de gestão parcial e semi-plena, com seus benefícios financeiros.

Como recuperar o crédito no processo de planejamento, a profusão e o fracasso de tantos planos econômicos, promessas políticas não cumpridas e, da tendência em ver o Plano Municipal de Saúde como mais uma exigência burocrática na obtenção de verbas públicas para o nível local? Enfim, uma trabalhadeira para juntar dados, uma correria para datilografar, reproduzir e pronto lá está um “Documentão”, com chances de ficar esquecido por pelo menos quatro anos!

Aqui vale a pena repetir a importância do papel dos Conselhos de Saúde para fazer valer as decisões sobre o que é necessário e importante para a saúde dos cidadãos, e que deverá estar contido no Plano.

Encerramos este tópico sobre a estrutura fundamental do método, sintetizando alguns princípios discutidos por FRANCISCO WHITAKER FERREIRA em seu livro intitulado Planejamento, Sim e Não (1978), que nos parecem sempre úteis e atuais:

- 1 **Planejar não é elaborar planos. O plano é apenas um documento escrito, um guia, o que importa mesmo é a ação;**
- 2 **Nunca deve-se pretender elaborar planos definitivos. Plano é algo que está em elaboração permanente. É preferível um documento sintético de fácil divulgação para promover a leitura e discussão junto aos grupos interessados;**
- 3 **Planejar não implica em ver as coisas de uma única maneira. A mesma realidade sobre a qual se está agindo pode ser explicada de diferentes modos. A variação não vem de estar planejando ou não, mas da posição de cada um nessa realidade e face a ela;**

4 Quando não queremos improvisar, temos que estar dispostos a ir até o fim, mas só vai até o fim quem está realmente interessado nos resultados da ação, ou seja, nas mudanças pretendidas na situação de saúde do município;

5 É aconselhável escolher poucos objetivos que sirvam de referência fundamental.

Sobre o documento e os momentos do processo

A noção de planejamento como espaço de comunicação, busca de consenso, de entendimento ou de interação entre grupos com interesses diversos e, do Plano enquanto expressão de um acordo, é bastante recente. Isto colocou em discussão duas grandes correntes de planejamento. Uma que dá ênfase aos aspectos técnicos denominada de planejamento normativo, por apostar na NORMA para a realização das ações e outra, que incorpora elementos políticos, denominada planejamento estratégico-situacional/PES, que aposta no balanço das diversas forças sociais para pensar as ações possíveis.

É preciso ter cuidado para não haver mistificação de nenhuma dessas tendências. Qualquer que seja o método escolhido o importante é que o processo de planejamento contemple pelo menos três momentos em permanente interação, preparação, acompanhamento e revisão crítica dos resultados, buscando-se sempre estratégias viabilizadoras (caminhos para que facilitem a realização do que foi previsto).

Existem diversos modelos para a elaboração de um Plano sendo provável que a equipe técnica municipal possua um de sua escolha. Transcrevemos no Quadro I, um exemplo de

roteiro da tendência normativa. Como o Plano é elaborado para um período de governo, neste modelo sugere-se anexar anualmente ao documento uma Programação-Orçamentação/PROS que explicita, geralmente em forma de quadros, o número preciso de ações e os meios necessários, em função de cada problema a ser enfrentado.

Na tendência estratégico-situacional, o processo de planejamento é organizado em 4 MOMENTOS (IBAM, 1992):

1 Momento de determinação dos problemas ou momento explicativo:

Corresponde ao diagnóstico do roteiro anterior, onde são analisadas o conjunto das informações, sobretudo as epidemiológicas. Nesse momento é importante uma correta delimitação do problema, enunciando claramente onde ele ocorre, como ocorre, qual sua relação com outros fatores e o grupo populacional que o apresenta. Isto é feito sob uma forma chamada REDE EXPLICATIVA, uma espécie de “brincadeira de porquês” onde parte-se das causas mais aparentes até os condicionantes mais sociais. Escolhem-se **NÓS OU PONTOS CRÍTICOS**, ou seja, causas que sendo objeto de intervenção auxiliam a resolver o problema mais facilmente. O Quadro II apresenta um exemplo de rede explicativa para o problema de falta de consultas especializadas, no município de São Gonçalo no Rio de Janeiro. Na escolha dos problemas a serem priorizados deve-se levar em conta a gravidade, valor (importância para comunidade, governo, serviços) e as possibilidades de solução, entre outros.

2 Momento de definição das operações ou das ações para o enfrentamento dos problemas e pontos críticos:

Corresponde ao chamado **momento normativo**, pois é necessário estabelecer uma lista das operações com as ações que as compõem, determinando produtos, resultados e responsáveis;

3. Momento de definição das operações ou das ações para o enfrentamento dos problemas e pontos críticos:

Refere-se a identificação dos possíveis obstáculos à implementação do Plano que são em geral de três ordens: POLÍTICOS, ECONÔMICOS E ORGANIZATIVOS. É feita uma análise do grau de apoio ou rejeição dos diversos grupos ao Plano, em função do contro-

le sobre os recursos necessários. Um opositor que não detenha nenhum recurso (técnico ou financeiro) dificilmente será um obstáculo;

4 Momento de implementação das operações:

Diz respeito ao acompanhamento concreto do que foi previsto e aos mecanismos de gerência. Os quadros de programação/PROS do modelo anterior podem ser úteis nesse momento.

QUADRO 1

SÍNTESE ADAPTADA DO ROTEIRO DE UM PLANO DE SAÚDE

- ☛ I - Identificação

- ☛ II - Introdução/justificativa

- ☛ III - Princípios e diretrizes políticas que orientam o Sistema de Saúde

- ☛ IV - Diagnóstico
 - ✓ 1 Características
 - ✓ 2 Aspectos demográficos
 - ✓ 3 Aspectos sócio-econômicos e de infra-estrutura
 - ✓ 4 Diagnóstico epidemiológico
 - morbidade
 - mortalidade
 - vigilância epidemiológica
 - ✓ 5 Diagnóstico dos Serviços de Saúde
 - Rede física instalada
 - Recursos humanos
 - Produção dos serviços
 - ✓ 6 Recursos Financeiros

- ☛ V - Programação: discussão das prioridades, objetivos, estratégias de ação
 - ✓ Ações individuais e coletivas
 - ✓ Ações de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e atuação sobre o meio ambiente
 - ✓ Ações de atenção a grupos populacionais e programas específicos
 - ✓ Recursos humanos
 - ✓ Recursos físicos
 - ✓ Recursos financeiros

- ☛ VI - Controle e avaliação

Fonte: Estado de Santa Catarina, Secretaria de estado da saúde - Municipalização da Saúde, Caderno 1, 1993

QUADRO 2

EXEMPLO DE REDE EXPLICATIVA: PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO GONÇALO



Fonte: CONILL, E. (organiz.), UFRJ, 1993

As fontes destacadas foram as escolhidas como nós críticos (NC1, NC2, NC3)

Mas, qualquer que seja a tendência adotada, as informações epidemiológicas são centrais para a determinação, explicação dos problemas, estabelecimento de prioridades e acompanhamento gerencial. Por esta razão descreveremos em detalhe no tem a seguir, quais são essas informações e as questões envolvidas com o seu uso.

3

Informações epidemiológicas para a gerência e o planejamento

□ O que é Epidemiologia?

Muito embora a epidemiologia não se restrinja ao estudo das epidemias, ficou conhecida com este nome por sua origem ligada ao estudo da cólera (na Inglaterra) e de outras doenças contagiosas. Atualmente, Almeida Filho e Rouquayrol (1992:8) ampliam o conceito de epidemiologia para "a ciência que estuda o processo saúde-doença na sociedade, analisando a distribuição populacional e os fatores determinantes das enfermidades, danos à saúde e eventos associados à saúde coletiva, propondo medidas específicas de prevenção, controle ou erradicação das doenças e fornecendo indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, administração e avaliações das ações de saúde" (grifo nosso).

Da mesma maneira que não se deve mistificar o método de planejamento, é preciso precauções com as informações epidemiológicas. Não apenas pelos problemas de disponibilidade ou de erros na coleta e sistematização dos dados, mas porque revelam apenas uma parte do problema. É importante complementá-las com informações qualitativas oriundas da própria população, agentes de saúde, profissionais ou dos próprios Conselheiros. E nem sem-

pre é preciso esperar diagnósticos ou estudos sofisticados para elaborar um Plano. Muitas vezes estes trabalhos nos dizem de forma mais organizada aquilo que já é percebido pela própria comunidade. O que é desejável do ponto de vista gerencial é ter dados iniciais daqueles problemas principais sobre os quais resolvemos intervir para medir/avaliar se ocorreram mudanças ou não.

Em termos metodológicos a epidemiologia busca suas informações em duas principais fontes de dados. Naquelas provenientes de pesquisas de campo, em geral, inquéritos, censos ou outras formas de busca ativa de informações ou a partir de registros demográficos, de mortalidade e morbidade, encontrados em publicações periódicas ou bancos de dados do IBGE, Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais, entre outras. Diferem estas duas fontes em precisão, qualidade, custo, complexidade e tempo de obtenção das informações.

Embora tenhamos como objetivo a saúde da comunidade, muitas vezes os dados que dispomos referem-se a fenômenos de não saúde: morte ou doença. Assim em epidemiologia, **MORTALIDADE** (do que morrem) e **MORBIDADE** (do que adoecem) são as principais medidas do estado de saúde da população, sendo denominadas de **INDICADORES**.

□ O uso da Epidemiologia no Plano de Saúde: o exemplo do município de Bem-Estar

As informações são muitas vezes apresentadas sob forma de figuras, gráficos e tabelas, usados para facilitar a apresentação visual e a interpretação dos dados. Na figura 1, exemplificamos a distribuição populacional de Bem Estar por sexo e idade. O fato da maior parte dessa população ser composta por pessoas em

idade produtiva (15-49 anos) sugere a necessidade de políticas e programas de atenção à saúde da população adulta.

Já o gráfico 1 mostra a evolução da mortalidade infantil em Bem Estar de 1980 a 1992 (série histórica), onde pode-se observar dois picos (1987 e 1990). Seria importante verificar eventuais mudanças do sistema de registro, ou investigar os óbitos ocorridos. Em se tratando de um município pequeno, qualquer oscilação anual no número de mortes, altera significativamente o padrão do indicador de mortalidade. Caberá ao técnicos a análise e interpretações dessas situações.

Os indicadores de mortalidade são construídos tendo como base os atestados de óbito e as estimativas da população, trazendo consigo as distorções do registro dessas duas fontes de informação. São utilizados na avaliação do estado sanitário de uma comunidade principalmente através da comparação com diferentes localidades e no conjunto do país. Vale a pena concentrar atenção na mortalidade infantil (nº de óbitos de crianças menores de 1 ano pelos nascidos vivos naquele ano numa determinada área) e na mortalidade por causas segundo grupo de idade (aparelho circulatório, câncer, doenças infecto-parasitárias, acidentes, etc). No caso das mortes infantis é importante separar aquelas que ocorrem em torno do nascimento, também chamado período perinatal, daquelas que ocorrem mais tarde. As primeiras podem estar relacionadas com as condições da gravidez e do parto.

Quanto à morbidade, a realização de inquéritos (questionários aplicados nos domicílios) pode dar uma idéia dos problemas de saúde apontados pela população. É o que se denomina de **MORBIDADE REFERIDA**, ou seja, do que as pessoas dizem sofrer. Razões provavelmente pelas quais gostariam de ser atendidas.

Pode-se ainda realizar ESTUDOS de DEMANDA, através do levantamento das causas de consultas e/ou internações nos serviços.

Conforme apresentamos no quadro III, a seguir, em Bem Estar foi possível comparar esses três níveis de informações: do que sofrem (morbidade referida), porque procuram o serviço (demanda) e de que morrem (mortalidade geral por causas e mortalidade infantil). Isto demonstra a necessidade do Plano ser abrangente o suficiente para dar conta destes distintos níveis da problemática.*

É importante lembrar ainda os dados de VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, cujos serviços ficam mais conhecidos durante períodos de epidemia. Embora suas atividades se apliquem na detecção de qualquer condicionante do processo saúde-doença da comunidade. Historicamente suas atividades têm se restringido ao grupo de doenças contagiosas (preveníveis por vacina ou não) cuja detecção requer a notificação compulsória pelos profissionais (tuberculose, doença meningocócica, hepatite, cólera, etc).

Atualmente, encontra-se em implementação pelo Ministério da Saúde (1993), a organização das informações disponíveis em grandes bancos de dados disponíveis à gestão local, cujas características, entre outras, são:

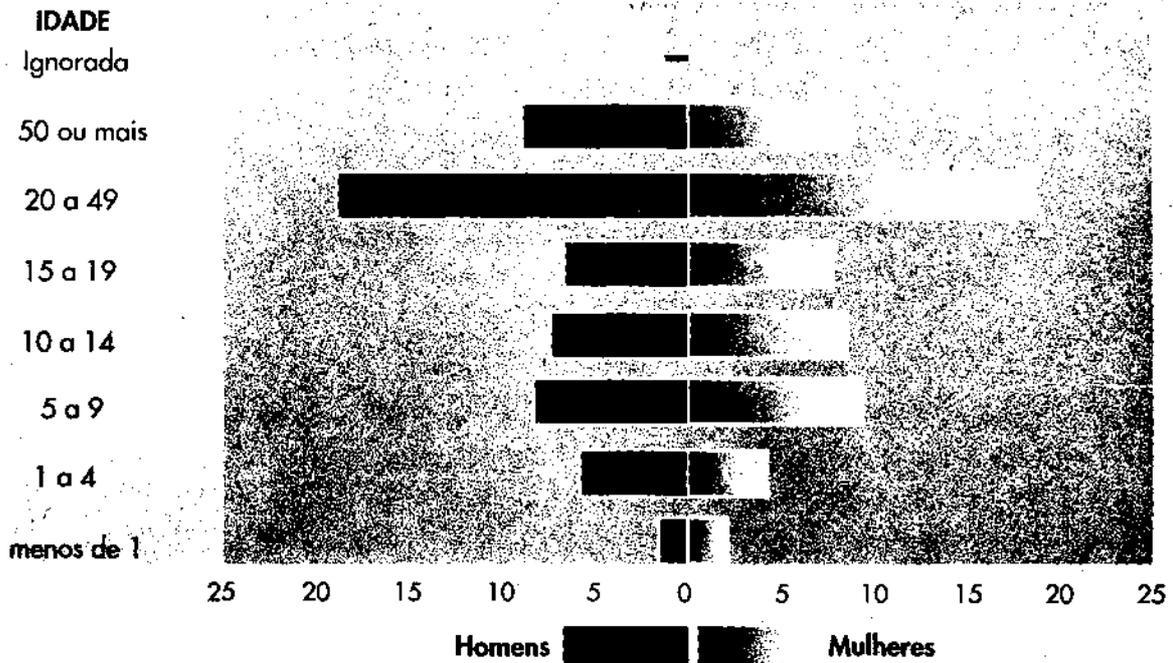
☞ **SIA/SUS - SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL**

(cadastro de unidades/prestadores, tipo de produção, pagamentos), possibilita a obtenção de relatórios de cobertura de programas e funcionamento dos serviços, por exemplo;

** Embora hipotético esse exemplo referencia-se à região na qual trabalhamos. Deve ser entendido apenas como estímulo a discussão, inclusive do padrão diferenciado saúde/doença em cada espaço geográfico.*

FIGURA 1

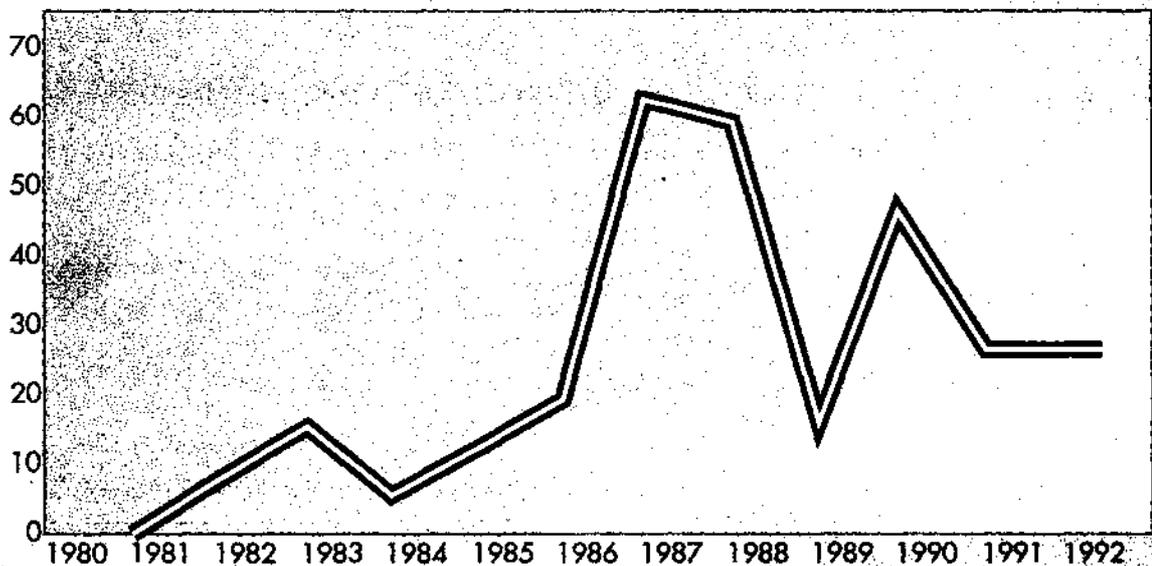
DISTRIBUIÇÃO POPULACIONAL DE BEM-ESTAR, 1993



Fonte: Gerência de Estatística e Informática, 1994

GRÁFICO 1

EVOLUÇÃO DOS COEFICIENTES DE MORTALIDADE INFANTIL, BEM-ESTAR, 1980/92



Fonte: Gerência de Estatística e Informática, 1994

QUADRO 3

**QUADRO COMPARATIVO DAS MANIFESTAÇÕES DO PROCESSO
SAÚDE/DOENÇA NA POPULAÇÃO DO
MUNICÍPIO DE BEM ESTAR,
1991/1992**

'De que sofrem" Morbidade referida	Porque procuram os serviços Estudo de Demanda *	De que morrem Mortalidade geral por causas **	De que morrem Mortalidade infantil **
● 1 - Gripe (42%)	1 - Problemas relacionados à saúde da mulher (22%)	1 - Aparelho circulatório (37%)	1 - Anomalias congênitas (50%)
● 2 - Bronquite (42%)	2 - Infecções respiratórias agudas (20%)	2 - Neoplasias (20,8%)	2 - Afeções do período perinatal (20,8%)
● 3 - Febre (7%)		3 - Causas externas (15%)	3 - Doenças do sistema nervoso e órgãos do sentido (25%)
● 4 - Garganta (7%)		4 - Sintomas, sinais e afeções mal-definidas (9%)	
● 5 - Pressão alta (4%)			

Fonte: * Estudos específicos, 1991/1992

** Gerência de Estatística e Informática/Secretaria Estadual de Saúde, 1994

☛ **SIH/SUS - SISTEMA DE INFORMAÇÃO HOSPITALAR**

organizado a partir das conhecidas AIH'S (Autorizações de Internações Hospitalares) permite importantes informações sobre as causas de internações e funcionamento do Hospital;

☛ **SIM - SISTEMA DE MORTALIDADE**

permite o conhecer as mortes no tempo, espaço geográfico, causas, idades e sexo;

☛ **SINASC - SISTEMA DE NASCIDOS VIVOS**

facilita o acompanhamento dos programas relacionados com a gestante e a criança (gravidez, condições do nascimento);

A difusão e o acesso a estes bancos exigirá a incorporação pelos municípios dos recursos de informática, treinamento e sensibilização dos profissionais. Facilitará certamente a qualidade da gestão local e das ações. Podem gerar excelentes relatórios para controle e ava-

liação que serão tanto mais úteis quanto mais as informações, agora melhor organizadas, circulem e sejam divulgadas. O Conselho constitui-se num excelente espaço para isto.

□ **Epidemiologia e modelo assistencial**

De nada servirá o conhecimento, a análise e o acompanhamento desse conjunto de dados ou, qualquer um dos métodos de planejamento utilizados, se o Plano Municipal não imprimir ao modelo assistencial uma direção no sentido de: melhoria do acesso, integralidade (ações individuais, coletivas, preventivas e curativas), garantia de atenção do nível básico ao mais complexo, (consultas, hospitalizações, exames especializados), com busca de qualidade.

Para concluir o exemplo, transcrevemos os eixos de programação estabelecidos no Plano Municipal de Saúde de Bem-Estar e que visam correlacionar a informação, ações e modelos assistencial.

Nesse caso a atuação foi definida nas seguintes linhas básicas:

1 Meio Ambiente

água, esgoto, lixo, educação ambiental

2 Assistência à Saúde

2.1 Ações individuais:

assistência universal (para todos) e integral apoiada num sistema de encaminhamento na microrregião com adoção de prontuário familiar.

2.2 Ações coletivas (exemplos)

Odontologia sanitária

Programa de atenção integral à saúde da criança e do ado-

lescente/PAISCA

Programa de atenção integral à saúde da mulher/PAISM

Programa de identificação e controle da hipertensão arterial doenças sexualmente transmissíveis/ DST, tuberculose, raiva, hanseníase. Saúde mental.

2.3 Implantação de sistema de coleta de material de patologia clínica.

2.4 Construção de postos de saúde e aquisição de ambulância para ampliação da rede e da oferta de serviço.

3 Educação em Saúde

Este programa foi dividido em dois eixos:

3.1 Educação e cidadania: visa articular representações locais e fortalecer o Conselho Municipal de Saúde;

3.2 Educação e assistência: visa o desenvolvimento de um programa educativo articulado as ações específicas como saúde da mulher, saúde da criança e do adolescente e saúde do idoso.

4 Desenvolvimento Institucional e de Recursos Humanos

4.1 Desenvolvimento institucional: objetiva a implantação de um sistema de informações, para a avaliação quanti-qualitativa dos serviços prestados e de uma estrutura de gerenciamento das Unidades Básicas de Saúde.

- 4.2** Desenvolvimento de recursos humanos: objetiva a implantação de um programa de desenvolvimento de recursos humanos desde a promoção de atividades sociais entre os funcionários, implementação do plano de cargos e salários até a ampliação do quadro de acordo com as necessidades do Sistema de Saúde.

4 Conclusão

Mostramos como o Plano de Saúde pode ser um guia prático para o exercício da fiscalização da política de saúde através do Conselho, poder este que está garantido, na Lei Orgânica de Saúde. É sabido que entre o poder formal (das regras, das Leis) e o poder real há uma enorme distância. Os caminhos a serem percorridos na construção de uma esfera pública democrática são certamente longos e tortuosos. A prática da prestação de contas, é essencial para a consolidação de comportamentos institucionais responsáveis e, para que o conceito de cidadania saia da retórica ou do papel. Para isso recomendamos que o Conselho não esqueça o Plano na gaveta ou em seus arquivos, estabelecendo claramente, formas de acompanhá-lo. Não faltam informações para isto, sendo possível pensar junto com os técnicos, tópicos mínimos para um Relatório de Acompanhamento.

Finalmente, na lista bibliográfica assinalamos àquelas publicações que podem complementar de forma acessível os aspectos aqui discutidos (sem nenhum demérito às demais).

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

Para melhor compreensão do tema, ver:

- ALMEIDA FILHO, N., ROUQUAYROL, M. Z. Introdução à Epidemiologia Moderna 2ª Edição, CoopMed/APCE/ABRASCO, 1992
- CARVALHO, G.I., SANTOS, L. Sistema Único de Saúde: Comentários à Lei Orgânica de Saúde (Leis 8.080 e 8.142/90) SP. Ed. Hucitec, 1992
- CONILL, E. (Organiz.) Plano Municipal de Saúde de São Gonçalo, contribuição metodológica para o planejamento estratégico situacional Núcleo de Pesquisa e Publicação do Serviço Social UFRJ, 1993
- ESTADO DE SANTA CATARINA Secretaria de Estado da Saúde Municipalização da Saúde, Caderno I, 1993
- FERREIRA, F. W. Planejamento Sim e Não RJ, Paz e terra. 1979
- GIOVANELLA, L. (Organiz.) Planejamento estratégico, programação e orçamentação em saúde Texto de Apoio, RJ/SDE/ENSP/FIOCRUZ, 1992
- INSTITUTO BRASILEIRO DE ADMINISTRAÇÃO MUNICIPAL, IBAM - Núcleo de Saúde A Saúde no município: organização e gestão RJ, IBAM/UNICEFF, 1992
- MINISTÉRIO DA SAÚDE Descentralização das ações e serviços de saúde: A ousadia de cumprir a lei Brasília, Cia Brasileira de Artes Gráficas, 1993

⇒ **ROTEIRO SÍNTESE PARA DISCUSSÃO**

1 O que é planejar? É pensar antes de agir, é o contrário de improvisar.

“PLANEJAR SIGNIFICA PREPARAR E ORGANIZAR BEM A AÇÃO, SOMADO A ACOMPANHÁ-LA PARA CONFIRMAR OU CORRIGIR O DECIDIDO, SOMADO AINDA A REVISÁ-LA E A CRITICAR A PREPARAÇÃO FEITA, DEPOIS DA AÇÃO TERMINADA”

(Ferreira, 1978:19).

2 Não improvisamos por pelo menos três grandes razões:

- Quando temos um objetivo em vista e estamos interessados em realizá-lo;
- Quando diferentes pessoas ou organismos participam da ação;
- Quando não se dispõe de muitos meios para realizar os objetivos

(Ferreira, 1978).

3 No processo de planejamento a situação de saúde do município é equacionada como um todo, estabelecendo-se um **ACORDO** sobre o que queremos e podemos mudar. A noção de Plano enquanto instrumento de **ACORDO** é recente e advém do reconhecimento de que o processo de planejamento é ao mesmo tempo **TÉCNICO** e **POLÍTICO**.

4 Qualquer que seja o método de planejamento adotado temos em geral, 4 momentos:

- EXPLICAÇÃO DA SITUAÇÃO COM DETERMINAÇÃO DOS PROBLEMAS;
- DEFINIÇÃO DAS AÇÕES PARA ENFRENTAR ESSES PROBLEMAS OU PONTOS CRÍTICOS;
- ANÁLISE DOS OBSTÁCULOS PARA IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO COM ESTABELECIMENTO DE ESTRATÉGIAS (CAMINHOS) PARA SUPERÁ-LOS;
- IMPLEMENTAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DAS AÇÕES PROPRIAMENTE DITAS.

5 As informações epidemiológicas são importantes nesses momentos. Mas o que é **epidemiologia**?

Para além do estudo das epidemias onde se situa sua origem histórica, epidemiologia pode ser conceituada como “a ciência que estuda o processo saúde-doença na sociedade, analisando a distribuição populacional e os fatores determinantes das enfermidades, danos à saúde e eventos associados à saúde coletiva, propondo medidas específicas de prevenção, controle ou erradicação das doenças e fornecendo indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, administração e avaliação das ações de saúde”

(Almeida Filho e Rouquayrol, 1992:8, grito nosso).

6 Em epidemiologia **MORTALIDADE** (do que morrem) e **MORBIDADE** (do que adoecem) são as principais medidas do estado de saúde da população, denominados indicadores. Da mesma maneira que não se deve mistificar o método de planejamento, é preciso precauções com as informações epidemiológicas. Não apenas por problemas de erro nos dados mas porque representam apenas uma parte do problema sendo útil complementá-los com informações qualitativas oriundas da população, agentes de saúde, profissionais ou dos próprios Conselheiros.

7 Os indicadores epidemiológicos devem ser comparados com outras localidades e com o conjunto do país e ao longo do tempo (séries históricas). No caso da mortalidade vale a pena concentrar atenção na mortalidade infantil (nº de óbitos de crianças menores de 1 ano pelos nascidos vivos naquele ano numa determinada área) e na mortalidade específica por grupo de idade (aparelho circulatório, câncer, doenças infecto-parasitárias, acidente, etc), por exemplo.

8 Através de estudos específicos pode-se conhecer do que as pessoas sofrem (**MORBIDADE REFERIDA**) e porque procuram os serviços (**ESTUDOS DE DEMANDA**) verificando os diversos níveis da problemática da saúde.

9 Atualmente os seguintes bancos de informações estão sendo implementados pelo Ministério

a Saúde, estando disponíveis para a gestão local:

- ▼ SIA/SUS - SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL
(cadastro de unidade/prestadores, tipo de produção, pagamentos), possibilita a obtenção de relatórios de cobertura de programas e funcionamento dos serviços, entre outros;
- ▼ SIH/SUS - SISTEMA DE INFORMAÇÃO HOSPITALAR
organizado a partir das conhecidas AIH's (Autorizações de Internações Hospitalares) permite importantes informações sobre as causas de internações e funcionamento dos hospitais;
- ▼ SIM - SISTEMA DE MORTALIDADE
permite o conhecer as mortes no tempo, espaço geográfico, causas, idades e sexo.
- ▼ SINASC - SISTEMA DE NASCIDOS VIVOS
possibilita o acompanhamento dos programas com a gestante e a criança (gravidez, condições do nascimento).

10 O papel dos Conselhos é fundamental na construção de uma esfera pública democrática (Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8142 de 28/12/90) e deve permitir a relação dessas informações com a melhoria do modelo assistencial. O Plano aparece como um excelente instrumento para isso, permitindo o exercício da prestação de contas e de comportamento institucionais responsáveis. Para isso os dados devem ser divulgados e acompanhados.

ANEXO

Legislação Básica para o Controle Social

CONSTITUIÇÃO FEDERAL

Título VII – Da ordem social Capítulo 11- Da Seguridade Social Seção II - Da Saúde

- Art. 196** A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.
- Art. 197** São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.
- Art. 198** As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:
- I- descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
 - II- atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
 - III- participação da comunidade.
- Parágrafo Único. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do artigo 195, com recursos da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.
- Art. 199** A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.
- § 1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.
 - § 2º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.
 - § 3º É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no país, salvo nos casos previstos em lei.
 - § 4º A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.
- Art. 200** Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:
- I- controlar e fiscalizar procedimento, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
 - II- executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
 - III- ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

- IV- participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
- V- incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;
- VI- fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
- VII- participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- VIII- colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

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

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

TÍTULO I

Das Disposições Gerais

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

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

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

Art.3 A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

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

TÍTULO II

Do Sistema Único de Saúde

Disposição Preliminar

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

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

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

CAPÍTULO I

Dos Objetivos e Atribuições

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

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

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

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

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

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

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

- § 3º Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:
- I- assistência ao trabalhador vítima de acidente de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;
 - II- participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde – SUS, em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho,
 - III- participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde – SUS, da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentem riscos à saúde do trabalhador;
 - IV- avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;
 - V- informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas, sobre os riscos de acidente de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;
 - VI- participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;
 - VII- revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e
 - VIII- a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo o ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

CAPÍTULO II

Dos Princípios e Diretrizes

- Art. 7** As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde - SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda os seguintes princípios:
- I- universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
 - II- integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
 - III- preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
 - IV- igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

- V- direito à informação, às pessoas assistidas sobre sua saúde;
- VI- divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII- utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII- participação da comunidade;
- IX- descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X- integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI- conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, na geração de serviços de assistência à saúde da população;
- XII- capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII- organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

CAPÍTULO III

Da Organização, da Direção e da Gestão

- Art. 8** As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde - SUS, seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.
- Art. 9** A direção do Sistema Único de Saúde - SUS é única, de acordo com o inciso I do artigo 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:
- I- no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;
 - II- no âmbito dos estados e do Distrito Federal, pela respectiva secretaria de saúde ou órgão equivalente; e
 - III- no âmbito dos municípios, pela respectiva secretaria de saúde ou órgão equivalente.
- Art. 10** Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver, em conjunto, as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.
- § 1º Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância.
- § 2º No nível municipal, o Sistema Único de Saúde - SUS poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.
- Art. 11** (VETADO)
- Art.12** Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.
- Parágrafo Único. As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendi-

das no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

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

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

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

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

CAPÍTULO IV

Da Competência e das Atribuições

Seção 1

Das Atribuições Comuns

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

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

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

SEÇÃO II

Da Competência

- Art. 16** À direção nacional do Sistema Único de Saúde - SUS compete:
- I - formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;
 - II - participar na formulação e na implementação das políticas:
 - a) de controle das agressões ao meio ambiente;
 - b) de saneamento básico; e
 - c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho;
 - III - definir e coordenar os sistemas:
 - a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;
 - b) de rede de laboratórios de saúde pública;
 - c) de vigilância epidemiológica; e
 - d) de vigilância sanitária.
 - IV - participar da definição de mecanismos de controle, com órgãos afins, de agravos sobre o meio ambiente, ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;
 - V - participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador;
 - VI - coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica;
 - VII - estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos estados, Distrito Federal e municípios;
 - VIII- estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano;

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

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

Art. 17 A direção estadual do Sistema Único de Saúde - SUS, compete:

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

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

Art. 18

A direção municipal do Sistema Único de Saúde - SUS, compete:

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

Art. 19 Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos estados e aos municípios

TÍTULO III

Dos Serviços Privados de Assistência a Saúde

CAPÍTULO I

Do Funcionamento

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO II

Da Participação Complementar

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

Parágrafo Único. A participação complementar aos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convenio, observadas, a respeito, as normas de direito público.

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

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

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

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

§3º (VETADO)

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

TÍTULO IV

Dos Recursos Humanos

Art. 27 A política de recursos humanos no área de saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos:

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

II - (VETADO)

III- (VETADO)

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

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

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

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

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

Art. 29 (VETADO)

Art. 30 As especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão serão regulamentadas por comissão nacional, instituída de acordo com o artigo 12 desta lei, garantida a participação das entidades profissionais correspondentes.

TÍTULO V

Do Financiamento

CAPÍTULO I

Dos Recursos

Art. 31 O orçamento da Seguridade Social destinada ao Sistema Único de Saúde - SUS, de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos

órgãos de previdência social e da assistência social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

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

I- (VETADO)

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

III- ajuda, contribuições, doações e donativos;

IV- alienações patrimoniais e rendimentos de capital:

V- taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS caberá a metade da receita de que trata o inciso I deste artigo, apurada mensalmente, a qual será destinada à recuperação de viciados.

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

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

§ 4º (VETADO)

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

§ 6º (VETADO)

CAPÍTULO II

Da Gestão Financeira

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

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

§ 2º (VETADO)

§ 3º (VETADO)

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

Art. 34 As autoridades responsáveis pela distribuição da receita efetivamente arrecadada transferirão automaticamente ao Fundo Nacional de Saúde - FNS, observado o critério

do parágrafo único deste artigo, os recursos financeiros correspondentes às dotações consignadas no orçamento da Seguridade Social, a projetos e atividades a serem executados no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

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

Art. 35

Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a estados, Distrito Federal e municípios, será utilizada a combinação de critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:

I - perfil demográfico da região;

II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;

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

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

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

VI - previsão do plano quinquenal de investimentos na rede.

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

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

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

§ 3º (VETADO)

§ 4º (VETADO)

§ 5º (VETADO)

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

CAPÍTULO III

Do Planejamento e do Orçamento

Art. 36

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

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

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

Art. 37

O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na

elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa.

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

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 39 (VETADO)

§ 1º (VETADO)

§ 2º (VETADO)

§ 3º (VETADO)

§ 4º (VETADO)

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

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

§ 7º (VETADO)

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

Art. 40 (VETADO)

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

Art. 42 (VETADO)

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

Art. 44 e seus parágrafos (VETADOS)

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

§ 1º Os serviços de saúde de sistemas estaduais e municipais de previdência social deverão integrar-se à direção correspondente do Sistema Único de Saúde - SUS,

conforme seu âmbito de atuação, bem como quaisquer outros órgãos e serviços de saúde.

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

Art. 46 O Sistema Único de Saúde - SUS estabelecerá mecanismos de incentivo à participação do setor privado no investimento em ciência e tecnologia e estimulará a transferência de tecnologia das universidades e institutos de pesquisa aos serviços de saúde nos estados, Distrito Federal e municípios, e às empresas nacionais.

Art. 47 O Ministério da Saúde, em articulação com os níveis estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde - SUS organizará, no prazo de 2 (dois) anos, um sistema nacional de informações em saúde, integrado em todo o território nacional, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços.

Art. 48 (VETADO)

Art. 49 (VETADO)

Art. 50 Os convênios entre a União, os estados e os municípios, celebrados para implantação dos sistemas unificados e descentralizados de saúde, ficarão rescindidos à proporção que seu objeto for sendo absorvido pelo Sistema Único de Saúde -SUS.

Art. 51 (VETADO)

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

Art. 53 (VETADO)

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

Art. 55 São revogadas a Lei nº 2.312 de 3 de setembro de 1954; a Lei nº 6.229 de 17 de julho de 1975, e demais disposições em contrário.

Lei N° 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 de saúde e outras providências

- Art.1** O Sistema Único de Saúde SUS de que trata a Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:
- I - a Conferência de Saúde; e
 - II - o Conselho de Saúde.
- § 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á cada 4 anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde.
- § 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologados pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo.
- § 3º O Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS terão representação no Conselho Nacional de Saúde.
- § 4º A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será partidária em relação ao conjunto dos demais segmentos.
- § 5º As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio aprovados pelo respectivo Conselho.
- Art. 2** Os recursos de Fundo Nacional de Saúde - FNS serão alocados como:
- I - despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta;
 - II - investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional;
 - III- investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde;
 - IV - cobertura de ações e serviços de saúde a serem implementados pelos municípios, estados e Distrito Federal.
- Parágrafo Único. Os recursos referidos no inciso IV deste artigo destinam-se a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde.
- Art. 3** Os recursos referidos no inciso IV do artigo 2º desta Lei, serão repassados de forma regular e automática para os municípios, estados e Distrito Federal de acordo com os

critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990.

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

§ 2º Os recursos referidos neste artigo serão destinados, pelo menos setenta por cento, aos municípios, afetando-se o restante aos estados.

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

Art. 4 Para receberem os recursos de que trata o art. 3º desta Lei, os municípios, os estados e o Distrito Federal deverão contar com:

I – Fundo de Saúde;

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

III – Plano de Saúde;

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

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

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

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

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

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

Art. 7 Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, em 28 de dezembro de 1990.

Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 33 de 23 de dezembro de 1992

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, com base em suas competências regimentais e nas atribuições conferidas pela Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, em sua reunião ocorrida em 2 e 3 de dezembro de 1992 e considerando o objetivo de acelerar e consolidar o controle social do SUS, por intermédio dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, com base na Constituição Federal e na legislação supracitada,

RESOLVE:

- I – Aprovar o Documento “Recomendações para a Constituição e Estruturação de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde”, na forma anexa.

JAMIL HADDAD

Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução nº 33, nos termos do Decreto de 12 de novembro de 1991.

JAMIL HADDAD

Ministro da Saúde

Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 36 de 04 de fevereiro de 1993

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, com base em suas competências regimentais e nas atribuições conferidas pela Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, em sua Reunião Ordinária ocorrida em 3 e 4 de fevereiro de 1993,

RESOLVE:

Incluir no item referente à Composição dos Conselheiros, na representação dos usuários, as Entidades Representativas dos Empresários, em complementação à Resolução nº 33, de 23 de dezembro de 1992 – “Recomendações para a Constituição e Estruturação de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde”.

Brasília, 4 de fevereiro de 1993

JAMIL HADDAD

Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução CNS nº 36, nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991.

JAMIL HADDAD

Ministro da Saúde

Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 52 de 06 de maio de 1993

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Vigésima Quarta Reunião Ordinária, realizada nos dias 05 e 06 de maio de 1.993, no uso de suas competências regimentais e nas atribuições conferidas pela Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, considerando o documento “Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei”,

RESOLVE:

1. Instituir uma Mesa Nacional de Negociação, com o objetivo de estabelecer um fórum permanente de negociação entre empregadores e trabalhadores do Sistema Único de Saúde – SUS sobre todos os pontos pertinentes a força de trabalho em saúde.
2. Participam da Mesa Nacional de Negociação 11 (onze) representantes dos empregadores públicos, divididos em 03 (três) do Ministério da Saúde, 03 (três) do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde – CONASS, 03 (três) do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS, 01 (um) representante da Secretaria de Administração Federal – SAF, 01 (um) representante do Ministério da Educação e Desporto – MED e 11 (onze) representantes das entidades sindicais do setor.
3. Aos integrantes da Mesa caberá a formulação das normas de funcionamento da mesma, podendo, numa dinâmica de aperfeiçoamento do processo, serem convidados representantes internacionais com experiência em processos similares em seus países.
4. A pauta de negociação necessariamente conterá os itens:
 - a) Salário: reposição, reajuste, isonomia;
 - b) Jornada de trabalho no Sistema Único de Saúde – SUS;

- a) c) Carreira de Saúde;
- b) d) Direitos e conquistas sindicais nas reformas de estrutura no Sistema Único de Saúde – SUS;
- c) e) Mecanismos de gestão de Recursos Humanos no Sistema Único de Saúde – SUS.

Outros itens serão acrescentados à pauta, a critério dos integrantes da Mesa.

- 5 O Ministério da Saúde convocará em maio a primeira Reunião, estabelecendo a partir de então os integrantes da Mesa e o seu cronograma de Reuniões.

JAMIL HADDAD

Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução CNS nº 52, nos termos do Decreto de Delegação de Competências de 12 de novembro de 1991.

JAMIL HADDAD

Ministro da Saúde

Decreto N° 1.232
de 30 de agosto de 1994

**Dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático
de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os
Fundos de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, e dá outras
providências**

O Presidente da República, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso IV, da Constituição, e tendo em vista o disposto na Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990, e na Lei n° 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

DECRETA:

Art. 1 Os recursos do Orçamento da Seguridade Social alocados ao Fundo Nacional de Saúde e destinados à cobertura dos serviços e ações de saúde a serem implementados pelos Estados, Distrito Federal e Municípios serão a estes transferidos, obedecendo a programação financeira do Tesouro Nacional, independentemente de convênio ou instrumento congênere e segundo critérios, valores e parâmetros de cobertura assistencial, de acordo com a Lei n° 8.080 de 19 de setembro de 1990 e exigências contidas neste Decreto.

§ 1º Enquanto não forem estabelecidas, com base nas características epidemiológicas e de organização dos serviços assistenciais previstas no art. 35 da Lei n° 8.080, de 1990, as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, a distribuição dos recursos será feita exclusivamente segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, segundo estimativas populacionais fornecidas pelo IBGE, obedecidas as exigências deste Decreto.

§ 2º Fica estabelecido o prazo de 180 dias, a partir da data de publicação deste Decreto, para que o Ministério da Saúde defina as características epidemiológicas e de organização dos serviços assistenciais referidas no parágrafo anterior.

Art. 2 A transferência de que trata o Art. 1º fica condicionada à existência de fundo de saúde e à apresentação de plano de saúde, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde, do qual conste a contrapartida de recursos no Orçamento do Estado, do Distrito Federal ou do Município.

dual e a transferência de recursos pelo Fundo Nacional de Saúde dos Municípios fica condicionada à indicação, pela Comissões Bipartites, da relação de Municípios que, além de cumprirem as exigências legais, participam dos projetos de regionalização e hierarquização aprovados naquelas Comissões, assim como à compatibilização com a disponibilidade de recursos.

§ 2º O plano de saúde discriminará o percentual destinado pelo Estado e pelo Município, nos respectivos orçamentos, para financiamento de suas atividades e programas.

§ 3º O Ministério da Saúde definirá os critérios e as condições mínimas exigidos para a aprovação dos planos de saúde do município.

- Art. 3** Os recursos transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde serão movimentados, em cada esfera de governo, sob a fiscalização do respectivo Conselho de Saúde, sem prejuízo da fiscalização exercida pelos órgãos do sistema de Controle Interno do Poder Executivo e do Tribunal de Contas da União.
- Art. 4** É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde.
- Art. 5** O Ministério da Saúde, por intermédio dos órgãos do Sistema Nacional de Auditoria e com base nos relatórios de gestão encaminhados pelos Estados, Distrito Federal e Municípios, acompanhará a conformidade da aplicação dos recursos transferidos à programação dos serviços e ações constantes dos planos de saúde.
- Art. 6** A descentralização dos serviços de saúde para os Municípios e a regionalização da rede de serviços assistenciais serão promovidos e concretizadas com a cooperação técnica da União, tendo em vista o direito de acesso da população aos serviços de saúde, à integralidade da assistência e à igualdade do atendimento.
- Art. 7** A cooperação técnica da União com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, previstas no art. 16, inciso XIII, da Lei Orgânica da Saúde, e no art. 30, inciso VII, da Constituição Federal, será exercida com base na função coordenadora da direção nacional do Sistema Único de Saúde, tendo em vista a realização das metas do Sistema e a redução das desigualdades sociais e regionais.
- Art. 8** A União, por intermédio da direção nacional do SUS, incentivará os Estados, o Distrito Federal e os Municípios a adotarem política de recursos humanos caracterizada pelos elementos essenciais de motivação do pessoal da área de saúde, de sua valorização profissional e de remuneração adequada.
- Art. 9** A União, por intermédio da direção nacional do SUS, sem prejuízo da atuação do Sistema de Controle Interno do Poder Executivo Federal, exercerá o controle finalístico global do Sistema Único de Saúde, utilizando-se, nesse sentido, dos instrumentos de

coordenação de atividades e de avaliação de resultados, em âmbito nacional, previstos na Lei Orgânica da Saúde e explicitados neste Decreto.

- Art. 10** O atendimento de qualquer natureza na área do Sistema Único de Saúde, quando prestado a paciente que seja beneficiário de plano de saúde, deverá ser ressarcido pela entidade mantenedora do referido plano.
- Art. 11** O Ministério da Saúde, por intermédio de seus órgãos competentes, adotará as medidas administrativas destinadas à operacionalização do disposto neste Decreto.
- Art. 12** Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 30 de agosto de 1994; 173º da Independência e 106º da República.

Incentivo à participação popular e ao controle social no SUS

Textos técnicos para conselheiros de saúde

A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens,
suas propostas, sua implantação,
suas dificuldades e suas perspectivas
Eleutério Rodriguez Neto

A Constituição Brasileira e o Sistema Único de Saúde
Sueli Gandolfi Dallari

O Controle Social e o processo de descentralização
dos serviços de saúde
Elizabeth Barros

Atribuições dos Conselhos de Saúde e de seus Conselheiros
Carlos Néder

Financiamento setorial no SUS e a
questão da municipalização da saúde
Elias Antonio Jorge

Informações epidemiológicas como instrumento de planejamento
e gerência dos serviços de saúde
Eleanor Minho Conil e Antônio Carlos Estima Marasciulo



**Projeto
Nordeste**
Informação, Educação e
Comunicação - IEC