

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA

**A PARTICIPAÇÃO SOCIAL E O CONTROLE SOCIAL
NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

AUTOR: DIEGO JOSÉ BRANDÃO

TRABALHO DE CONCLUSÃO DO CURSO DE MEDICINA

Orientadora: Luiza Maria de Castro Augusto Alvarenga

Vitória, 17 de junho de 2009.

DIEGO JOSÉ BRANDÃO

A PARTICIPAÇÃO SOCIAL E O CONTROLE SOCIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Trabalho de conclusão de curso apresentado como parte das atividades para obtenção do título de Graduação, do curso de Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, área de concentração Saúde.

Prof^a. orientadora: Luiza Maria de Castro Augusto Alvarenga

Vitória, 2009

Autoria: Diego José Brandão

Título: A Participação Social e o Controle Social no Sistema Único de Saúde

Trabalho de conclusão de curso apresentado como parte das atividades para obtenção do título de Graduação, do curso de Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, área de concentração Saúde.

Os componentes da banca de avaliação, abaixo listados, consideram este trabalho aprovado.				
	Nome	Titulação	Assinatura	Instituição
1	Luiza Maria de Castro Augusto Alvarenga	Mestre		Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM
2	Erivelto Pires Martins	Doutorando		Centro Universitário de Vila Velha - UVV
3	Cirlene Maria Caser	Mestre		Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM

Data da aprovação: 18 de Junho de 2009.

*"Fracassei em tudo o que tentei na vida.
Tentei alfabetizar as crianças brasileiras, não consegui.
Tentei salvar os índios, não consegui.
Tentei fazer uma universidade séria e fracassei.
Tentei fazer o Brasil desenvolver-se autonomamente e fracassei.
Mas os fracassos são minhas vitórias.
Eu detestaria estar no lugar de quem me venceu." Darcy Ribeiro.*

AGRADECIMENTOS

Em poucas palavras espero contemplar o máximo de momentos e pessoas que me tornaram o que sou e me autorizaram a fazer um Trabalho de Conclusão de Curso com tamanha implicação pessoal como este. Assim, este TCC é fruto daquilo que acredito.

Primeiramente os momentos, ou diria movimentos. A universidade, a cultura e os espaços de militância política me moldaram para uma crítica a sociedade, me forjando na luta como um militante da Saúde Pública.

Agradeço a todos que passaram em minha vida. Dou-me o direito de citar algumas pessoas especiais:

- Minha família, eu amo vocês. Obrigada por tudo!

- Marília pela oportunidade de ter sido seu orientando na pesquisa, esta trouxe uma visão muito interessante sobre o tema desta pesquisa e da necessidade de cumprir responsabilidades na vida.

- Erivelto, mestre, amigo e camarada, você tem papel fundamental na minha trajetória, nunca se esquivando de conduzir o velho no novo.

- Fernanda, obrigado por me apoiar incondicionalmente, construímos uma cumplicidade e afeto que não me faz ter dúvida de querer você para sempre.

- Para não ser injusto agradeço a todos os amigos e camaradas, em especial ao Rodrigo Eustáquio, Livia Nery e Junior. Vocês me apoiaram, me instigaram, me provocaram, me fizeram ser o que sou.

RESUMO

BRANDÃO, D.J. . **PARTICIPAÇÃO SOCIAL E CONTROLE SOCIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**. 2009. 54p. Trabalho de Conclusão de Curso (Medicina) – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) - Vitória/ES, 2009.

Ao se estudar a Participação Social na área da Saúde, nota-se que tem início a partir da contestação da Ditadura Militar a partir da década de 70. Advêm da luta pela democratização do Estado brasileiro e da conquista por parte da sociedade do direito de intervir no processo decisório das políticas públicas. Este trabalho analisou a produção científica a respeito de participação e do controle social na área da saúde, através da seleção de textos indexados na base de dados LILACS, nos últimos 20 anos. Ao analisar os dados foi possível observar que apesar do direito a participação social estar garantido pela Constituição de 1988, o processo para a construção desse direito caracteriza-se por vários desafios na consolidação do direito à saúde. A existência de espaços de participação formal não garante a qualidade dessa participação. Deve-se, portanto, avaliar os limites e desafios destes espaços institucionalizados, a fim de observar se estes têm sido utilizados em prol do interesse público, ou se apenas surgiram novos espaços para a representação dos interesses corporativistas e individuais.

Palavras-chave: Participação Social. Controle Social. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

BRANDÃO, DJ SOCIAL PARTICIPATION AND SOCIAL CONTROL IN THE HEALTH UNIQUE SYSTEM. 2009. 54p. Completion of Course Work (Medical) - School of Science, Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) - Vitória / ES, 2009.

Studying the public participation in the field of Public Health Policy, it can be noticed that it had important evolvments due to the contest movements against the military dictatorship in the 70's. The public participation began with the struggle for the democratization of Brazilian State and the society's conquer of the right to interfere in the decision making of the public policies. This paper was based on the analysis of the scientific production related to the social participation and to the social control in the field of Health policy, using selected texts indexed in LILACS databasis during the last 20 years. After systematic review of the publications, it was observed that the public participation in the Health policies hasn't reached practical application, even being assured by the 1988's Constitutional Letter. The existence of institutional space for public participation doesn't assure its quality. These spaces' limits and challenges were studied to relate them to their practical application in the benefits of the public interest or if it played just a role for corporative and individual interests.

Keywords: Social Participation. Social Control. Health Unique System

SUMÁRIO

Introdução	9
1 A Participação Social e o Controle Social no Sistema Único de Saúde	12
1.1 <i>Democracia e Participação Social</i>	<i>12</i>
1.2 <i>A Participação Social e o Movimento da Reforma Sanitária</i>	<i>14</i>
1.3 <i>O controle social do SUS: participação social, conselhos e conferências</i>	<i>19</i>
1.3.1.1 <i>Conselhos de Saúde</i>	<i>22</i>
1.3.1.2 <i>Conferências de Saúde</i>	<i>23</i>
1.4 <i>Perfil do Controle Social no Brasil.....</i>	<i>25</i>
1.5 <i>O Controle Social no Espírito Santo.....</i>	<i>31</i>
Considerações Finais	34
Anexos.....	39

INTRODUÇÃO

Acredito que as escolhas feitas na vida sejam influências do lugar de onde atuamos, das pessoas com quem convivemos, das oportunidades que conquistamos e principalmente dos desafios que nos propomos a enfrentar. O trabalho aqui apresentado reflete o caminho que percorri desde a entrada na universidade, na descoberta de um novo olhar para a vida e para o outro, ao mesmo tempo em que me proporcionou um olhar diferenciado sobre o tema que aqui apresento: a participação social e o controle social na saúde.

Em 2003 ingressei no curso de Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, este havia acabado de passar por uma reestruturação incorporando novos conceitos e a disciplina de Saúde Coletiva em sua matriz curricular. Nessa efervescência de transformações, tanto institucionais como pessoais, agucei meu espírito crítico para a necessidade de participar dos rumos da minha universidade, do Sistema Único de Saúde e da sociedade brasileira. As oportunidades de militância instigadas pelo Prof. Erivelto Pires Martins, me apresentaram um novo olhar para a vida e um horizonte de diversos espaços de atuação, entre eles: Projeto de Extensão Saúde na Barra do Riacho, Centro Acadêmico Aluisio Sobreira Lima - CAAL, Departamento de Saúde Coletiva, monitoria de Saúde Coletiva, Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina – DENEM, Conselhos, Conferências e Plenárias de Saúde.

A participação nos fóruns de Controle Social foi fundamental para a construção deste projeto, assim como a oportunidade de participar como bolsista, orientado pela pesquisadora Marília Mansur, “Estudos Avaliativos das Conferências de Saúde” - Participação Popular e Intersetoria-

lidade na Reforma Sanitária e no Sistema Único de Saúde, fundamental na minha construção teórica sobre o tema da Participação Social e Controle Social, que me possibilitou uma aproximação para a consolidação deste Trabalho de Conclusão de Curso.

Assim, por meio do resgate bibliográfico dos conceitos de democracia, da retomada da trajetória da participação social no setor saúde e em especial no Espírito Santo, foi possível compreender o processo de luta e mobilização da sociedade pelo controle sobre as ações de saúde e a construção da proposta da participação social nessa área.

Além disso, a participação social e o controle social mostram divergências e congruências, expressos nas diversas propostas de atuação e nos vários obstáculos enfrentados pelos atores sociais envolvidos no processo. No entanto há um consenso: a participação efetiva e consciente da comunidade e o controle da sociedade sobre as ações do Estado são conquistas democráticas indispensáveis para a consolidação de uma sociedade mais justa e igualitária.

Como se trata de tema extenso fiz um recorte histórico que vai dos anos imediatamente anteriores à implantação da ditadura, isto é, início dos anos 60, até a conquista da redemocratização em nosso país, assim como a conquista do Sistema Brasileiro de Saúde, mais conhecido como SUS nos anos 80 e 90. Priorizamos os trabalhos científicos que analisaram os movimentos políticos que ocorreram na sociedade com ênfase na área da saúde. Para isso, foi feita uma revisão da literatura a respeito de nosso tema, foram cruzadas as palavras chaves Participação / Controle / Social / Saúde na base de dados LILACS. Encontramos cerca de 200 textos, entre o período de 1980-2009. Foram selecionados aqueles que se enquadravam na proposta de tema. Além disso, foram selecionados textos referentes à participação social no Espírito Santo, onde verificamos que há pouca produção sobre a participação social na área da saúde, se concentrando na Pós-Graduação de Políticas Sociais vinculado ao departamento de Serviço Social e na de Atenção à Saúde Coletiva do departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo - UFES. Alguns assuntos não puderam ser aprofundados, esperamos retomá-los em breve, em nossa trajetória.

Além das chamadas “fontes formais” considero importante citar meu encontro com as “fontes informais” como os filmes, congressos, seminários, debates, rodas de conversas e atividades

culturais, entre outros, que vivenciei e que tiveram papel decisivo para a minha formação enquanto sujeito e profissional, bem como para a realização desse trabalho.

O presente texto está estruturado da seguinte forma: no item 1.1 discorro sobre democracia e participação social, onde apresento um breve histórico sobre as teorias democráticas e sua influência na saúde; no 1.2 escrevo sobre a participação Social e o Movimento da Reforma Sanitária, fazendo um breve histórico sobre os movimentos instituintes de participação social e as políticas de saúde em nosso país; no 1.3 e 1.4 apresento o Controle Social no Sistema Único de Saúde e a institucionalização da participação social no SUS além de expor o perfil do Controle Social no Brasil evidenciando um panorama sobre limites e desafios do controle social; e por fim, no 1.5 dialogo com aqueles autores que escreveram sobre o Controle Social no Espírito Santo, onde faço um recorte sobre a participação social no nosso estado.

De maneira que, este trabalho pretende incentivar o debate sobre esse importante tema da área da Saúde Coletiva, e Ciências Sociais, entre os estudantes da graduação e profissionais que atuam na área da Saúde.

1 A PARTICIPAÇÃO SOCIAL E O CONTROLE SOCIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

"É preciso andar de mãos dadas com quem vai na mesma direção"

Tiago de Mello

1.1 Democracia e Participação Social

Antes de tecer comentários propriamente sobre a participação social na área de saúde é importante traçar breve histórico sobre teoria da democracia, pois é ela, em última instância, que possibilita o envolvimento igualitário de todos os cidadãos nas decisões que abrangem toda a comunidade.

Segundo Bobbio (1998), existem três teorias que explicam a origem do pensamento político sobre a democracia contemporânea: a teoria clássica, conhecida como teoria aristotélica; a teoria medieval, de origem romana e a teoria moderna, conhecida como teoria de Maquiavel.

Esse conceito moderno de democracia remete ao nascimento do Estado moderno a partir de Maquiavel, segundo a qual as formas modernas de Governo são somente duas: monarquia e república, sendo a Democracia considerada uma forma de república e opondo-se a qualquer forma de despotismo. Entende-se por democracia, o modo pelo qual se chega a uma decisão política e não o que decidir, para tanto se deve atender a um pré-suposto de regras não definidas consensualmente, mas pré-estabelecidas em consonância com os valores democrático-liberais atuais. Com

isso, abrem-se precedente para a existência de diversas formas possíveis de democracia em diversas formas de sistemas sócio-político e/ou regimes de governo (BOBBIO, 1998).

Bobbio (1994, p. 37) ainda traz consigo dois sentidos básicos para o conceito de democracia:

[...] É inegável que historicamente `democracia` tem dois significados prevaletentes, ao menos na origem. Conforme se ponha em maior evidência o conjunto das regras cuja observância é necessária para que o poder político seja efetivamente distribuído entre a maior parte dos cidadãos, as chamadas regras do jogo, ou o ideal em que um governo democrático deveria se inspirar que é o da igualdade. À base dessa distinção costuma-se distinguir a democracia formal da substancial [...]

Estes dois sentidos distinguem-se de si pela capacidade de promover a igualdade e a liberdade. O conceito formal apega-se ao liberalismo e a democracia substancial prepondera a igualdade. Essa distinção é evidente, pois, entende-se os direitos individuais como liberdades individuais para definir a ação do Estado, para isso utilizam-se na sociedade moderna o conceito de democracia representativa. Já na democracia substancial, preconiza-se a ação do Estado para promover a igualdade, utilizando-se a democracia participativa (BOBBIO, 1994).

Ao longo do século XX outros autores dão sua contribuição ao estudo da democracia, como é o caso de Schumpeter, apud Fleury (1997). Segundo ela o modelo de democracia representativa ou indireta, elaborada por Schumpeter, confere ao cidadão o poder de voto, que por sua vez, determinará a definição política por aqueles que adquirirem o poder de decisão política em um processo eleitoral. A autora faz uma crítica a esse modelo, pois segundo ela:

[...] assinala o esvaziamento do conteúdo moral da democracia como pressuposição de que o homem político seja essencialmente um consumidor e apropriador, reduzindo a participação cidadã à escolha entre as ofertas políticas elaboradas pela elite, o que provocaria tanto a alienação como a perda da legitimidade da própria representação democrática (partidos, sistema eleitoral, governo). [...] (FLEURY, 1997, p.30)

Outro autor que merece ser citado é Macpherson. Segundo ele, o modelo de democracia direta ou participativa deve coexistir com a democracia indireta através dos Conselhos. Temas como a democracia, a propriedade e questões relativas ao Estado são temas recorrentes em sua produção além dos movimentos sociais no liberalismo contemporâneo. Para tanto, enfatiza a participação dos movimentos sociais e a ampliação dos espaços participativos. Este modelo para o próprio Macpherson é compatível com a democracia liberal garantindo direitos fundamentais, imprescindíveis para o funcionamento da democracia (MACPHERSON, 1978).

De grande representatividade nos estudos sobre democracia e importante para este trabalho é Poulantzas. Dando conta de trabalhar o tema da democracia representativa em um viés marxista, Poulantzas afirma que diante da existência de um Estado burguês, ater-se apenas à democracia direta conduz a um “despotismo social democrata ou a uma ditadura dos especialistas”(Fleury, 1997). Como caminho alternativo propõe uma saída:

[...]como compreender uma transformação radical do Estado articulando a ampliação e o aprofundamento das instituições da democracia representativa e das liberdades (que foram também conquista das massas populares) com o desenvolvimento das formas de democracia direta na base e a proliferação de focos autogestores, esse é o problema essencial de uma via democrática para o socialismo e de um socialismo democrático.[...] (POULANTZAS, apud FLEURY, 1997, p.32)

Dialogando com Poulantzas, Sonia Fleury define que:

[...]A proposta de uma via democrática para um socialismo democrático feita por Poulantzas consiste em transformar, fortalecer e/ou criar os centros de resistência difusos, que as massas sempre tiveram no seio das redes estatais, em centros efetivos de poder, o que não significa uma sucessão progressiva de reformas um movimento de rupturas reais da relação de forças no interior do Estado. Para tanto, trata-se de fugir da perspectiva de uma luta interna nos aparelhos do Estado tanto quanto de uma estratégia de luta fisicamente exterior a estes aparelhos, para pensar uma estratégia frontal de poder dual: lutas populares de movimentos e proliferação de democracia direta na base, acompanhadas da constituição de núcleos reais de poder popular no seio do Estado (o que não se confunde com uma via eleitoral ou parlamentar). [...] (FLEURY, 1997, p.32)

O objetivo geral dessa explanação sobre os conceitos de democracia se faz necessário pela incorporação desses preceitos pelo movimento da Reforma Sanitária, que se tornou um importante ator político na luta pela democratização da saúde, além de juntar consigo as demandas da sociedade, tendo como finalidade clara a disputa de um ideal de sociedade. A Reforma Sanitária será apresentada no próximo ponto.

1.2 A Participação Social e o Movimento da Reforma Sanitária

A partir deste item a discussão transcorrerá acerca do processo instituinte do controle social na área da saúde, para tanto serão visitados os principais autores que tratam desse tema, cujo guia será o livro “A Construção do SUS, Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo”, editado pelo Ministério da Saúde. Será feito um breve histórico do período que abrange as décadas de 70 e 80, até a ‘institucionalidade participativa’ ocorrida na década de 1990.

O processo de industrialização no Brasil vai determinar o aparecimento da assistência médica da Previdência Social, inicialmente com a aprovação da Lei Elói Chaves, que cria a primeira Caixa de Aposentadoria e Pensões, em 1923 e garante assistência médica aos trabalhadores. A evolução desta organização a partir do Estado Novo de Getúlio Vargas, deu início a implantação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs).

Com a demanda crescente por assistência médica os IAPs foram concentrados em um único órgão, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1967. Nesse período adotava-se cada vez mais o modelo de saúde americano, hospitalocêntrico e naturalmente de alto custo (WHESTPHAL; SAMPAIO, 2001).

Segundo Whestphal e Sampaio (2001 p. 25):

[...]A partir de 1974, terminado o período do milagre econômico, que garantia base de apoio social ao regime, inicia-se, lenta e progressivamente, a abertura política, questionando-se a política social do governo e a repercussão dos efeitos do modelo econômico adotado em relação à saúde. A partir daquele ano ocorreu a separação da área do trabalho (que, até então, era a responsável pela assistência médica no país) da área da previdência, com a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS)[...]

Em 1977 criou-se o Sistema Nacional da Previdência Social (Sinpas) que, em conjunto com a lei do Sistema Nacional de Saúde (1975) buscava reorganizar e centralizar administrativamente a previdência. Foi criada a empresa de processamento de dados (Dataprev); o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e a Central de Medicamentos (Ceme). Tal modelo de saúde, médico assistencial-privatista, como dito anteriormente, começa a apresentar graves problemas devido a uma série de fatores como fraudes nos sistemas de pagamento e faturamento, desvios de verbas da Previdência para megaprojetos do governo, exclusão de parcelas significativas do sistema de saúde (WHESTPHAL; SAMPAIO, 2001).

Excluída do processo político a sociedade passa a se organizar em movimentos de participação social tomando força a partir da contestação ao regime ditatorial imposto pelos militares a partir de 1964. Entre o período de 1964-1970 foi abolido o Estado de Direito além da utilização de intensos mecanismos repressores contra qualquer forma de oposição ao regime. A partir de 1970 foi 'consentida' pelos militares uma democracia de fachada - com a existência de 2 partidos políticos: Aliança Renovadora Nacional - Arena, adeptos ao Regime e conservadores, e, Movi-

mento Democrático Brasileiro – MDB, oposição ao regime e progressistas; e eleições indiretas. A partir das eleições de 1970, progressivamente, observou-se a contestação do povo ao regime militar, com a eleição de políticos vinculados ao MDB, alterando a correlação de forças nos órgãos representativos nacionais (BRASIL, 2006).

Neste momento histórico os movimentos sociais apresentavam a seguinte concepção de disputa do Estado: “o Estado é encarado como opositor e classista, e, assim, o povo, mediante a participação popular tem como intuito tomar os bens e serviços para si, resistindo à exclusão social.” este momento representa um avanço das forças sociais e um descenso da força política da ditadura militar, desse modo “as demandas por políticas públicas, no caso, da saúde, vão deslizando para demandas de acesso ao poder” (BRASIL, 2006).

Com o regime militar perdendo força e como forma de se manter no poder, este implanta medidas direcionadas para ampliar a cobertura assistencial. Para atender à população excluída do sistema previdenciário cria, em 1980, o Pias – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento, com referencial na medicina comunitária e com cobertura apenas de ações básicas. O Pias era dirigido por técnicos comprometidos com a proposta do “Movimento Sanitário”, que começava a surgir. Mesmo assim este programa se revelou insuficiente, pois, dava conta apenas daquelas populações que viviam em regiões marginalizadas (BRASIL, 2006).

O Movimento de Reforma Sanitária possuiu uma linha política de ocupação dos espaços institucionais e formulação ativa de políticas de saúde. No âmbito da disputa do estado é responsável pela formulação, junto ao Ministério da Saúde e Previdência Social, do Prev-saúde, esse plano nacional conflitava com o modelo médico-assistencial hegemônico, utilizando-se da proposta de medicina comunitária, incorporando teses da descentralização, hierarquização e regionalização, e da temática da participação social. Entretanto, após sofrer importantes modificações no projeto original, por parte do governo, principalmente no tocante a participação social, o plano é engavetado. Do mesmo modo, na sociedade civil organizada, surgiram movimentos sociais reivindicando, entre outros, o acesso à saúde, como o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde – CEBES e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Abrasco (1976), o movimento municipalista, o Movimento Popular de Saúde, fortemente influenciado pelas Comunidades Eclesiais de Base da Igreja Católica. Além do surgimento de um novo movimento sindical,

autônomo, a partir das greves do ABC, no final dos anos 1970, que buscavam redirecionar o debate político no país (BRASIL, 2006).

O movimento da Reforma Sanitária, segundo Fleury (1997), trouxe consigo concepções e táticas democráticas vigentes no período de sua atuação política, com início em meados da década de 70. Neste momento histórico eram evidentes três concepções e táticas democráticas: a) democracia como conflito b) democracia como movimento c) democracia como institucionalidade. No presente estudo interessa mais de perto a última concepção que foi utilizada pelo Movimento de Reforma Sanitária como posição política, e definida por Fleury (1989, p. 39) como:

[...]referindo-se a um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos e corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material se concretiza na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único sob a égide do Estado.[...]

O país e o regime militar entram em uma profunda crise econômica e de legitimidade perante a Sociedade. A ditadura recorre a novas medidas para controlar a crise criando o Conselho Nacional de Administração de Saúde Previdenciária – Conasp, em 1981. Era um órgão de representação mista, não paritária tendo como objetivo “atuar na organização e aperfeiçoamento da assistência médica e a sugestão/elaboração de critérios para a racionalização dos recursos previdenciários destinados à assistência”. A criação, pelo Conasp, das Ações Integradas de Saúde entre os Ministérios da Previdência e Assistência Social, o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde - responsável por repasses de recursos entre os entes federativos; e suas respectivas comissões nos vários níveis federativos – as Comissões Interinstitucionais de Saúde (CIS), as Comissões Regionais Interinstitucionais de Saúde (Cris) e as Comissões Locais e/ou Municipais de Saúde (Cims ou Clis) - inaugura a institucionalização da participação social. (BRASIL, 2006)

Em 1985, em meio a uma mobilização social contestadora do regime exigindo as “diretas já”, conquistou-se a eleição de um governo civil, eleito de forma indireta. José Sarney, após a morte do presidente Tancredo Neves, assumiu a incumbência de instaurar uma Assembléia Nacional Constituinte. Este governo constituía um conjunto de forças políticas heterogêneas conservadoras e progressistas, com correlação de forças que dificultaram a implantação da Reforma Sanitária (BRASIL, 2006).

Como estratégia de enfrentamento dessa correlação de forças desfavoráveis para implementação da Reforma Sanitária, o movimento convoca a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), com objetivo de adquirir uma dimensão política e social para a questão da saúde, a fim de, ampliar o debate setorial e acumular forças para viabilizar a Reforma Sanitária. As proposições aprovadas por 5000 mil pessoas de diversos movimentos de todo o Brasil, se tornaram a base da proposta de um novo Sistema de Saúde, que foi proposto pela recém-criada Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS), de natureza consultiva, composta de forma paritária. Entretanto, existem críticas a essa Comissão que perdeu a aderência às deliberações da 8ª CNS, de modo que, era “de se supor que a pretensão reformista esbarrasse nas práticas burocráticas vigentes”. Por outro lado, o Movimento Sanitário conseguiu instituir o Programa de Desenvolvimento dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), onde constava o princípio da participação, tornando obrigatória a existência das Comissões Interinstitucionais (BRASIL, 2006).

Depois de instaurada a Constituinte a atuação do Movimento Sanitário passou a privilegiar o processo de criação da Constituição e das leis, centralizado no âmbito da saúde na Subcomissão de Saúde, Segurança e Meio Ambiente, que tinha como principal proposta ouvir e debater com entidades civis, lideranças e dirigentes institucionais suas reivindicações. Segundo Rodrigues Neto (1997) as propostas apresentadas a subcomissão podem ser divididas em: a) propostas derivadas e orgânicas com a 8ª; b) aquelas em defesa da prática liberal e iniciativa privada, e c) as institucionais. O movimento da Reforma Sanitária se organiza, durante toda a Constituinte, em torno da Plenária Nacional de Saúde, composta por movimentos sociais, parlamentares, sindicatos, entidades profissionais, secretários de Saúde, que desenvolveu um papel de articulador e interlocutor com o Congresso Nacional. (BRASIL, 2006)

O relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em Brasília entre os dias 17 a 21 de março de 1986, indica e institui as bases para o novo sistema nacional de saúde, traduzido em seu 13º ponto:

[...]13 - É necessário que se intensifique o movimento de mobilização popular para garantir que a Constituinte inclua a saúde entre as questões que merecerão atenção prioritária. Com esse objetivo a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde deverá ser deflagrada uma campanha nacional em defesa do direito universal à saúde, contra a mercantilização da medicina e pela melhoria dos serviços públicos, para que se inscrevam na futura Constituição:

- a caracterização da saúde de cada indivíduo como de interesse coletivo, como dever do Estado, a ser contemplado de forma prioritária por parte das políticas sociais;
- a garantia da extensão do direito à saúde e do acesso igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os níveis, a todos os habitantes do território nacional;
- a caracterização dos serviços de saúde como públicos e essenciais [...] (BRASIL, 1986)

A constituição é aprovada em 1988 e “configura-se como liberal, democrática e universalista, expressando as contradições da sociedade brasileira”. Na área da Saúde, previdência e assistência social ficou assegurada a coexistência de políticas estatais com políticas de mercado. O texto da saúde incorporou as principais diretrizes da 8ª CNS, criou o Sistema Único de Saúde (SUS) e fixou: “a descentralização, com direção em cada esfera do governo; integralidade de atendimento, priorizando-se ações preventivas sem prejuízo dos serviços assistenciais; e a participação da Comunidade” (BRASIL, 2006). Em seu artigo 196, traz que: “a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas, que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

1.3 O controle social do SUS: participação social, conselhos e conferências

A participação da comunidade no SUS é expressa em nossa constituição federal no Art. 198, III, artigo 194, VII e no art. 77, § 3º do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias - ADCT. E se expressa ainda nas leis orgânicas da saúde 8.080¹ e 8.142². Ainda existem leis infra-constitucionais que também cuidam da participação da população, Lei nº. 10.205, de 21/03/01, que prevê a participação de entidades civis no controle da política do sangue (art. 14, IX); Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei complementar nº. 101/2000, artigos 48 e 49), estabelece regras sobre a transferência da gestão fiscal mediante o incentivo da participação popular; a lei nº. 8.666/93 (Lei de licitação e contratos) que garante a qualquer cidadão o direito de obter cópias de documentos referentes a processos licitatórios públicos (CARVALHO; SANTOS, 2001).

¹ - Anexo 1

² - Anexo 2

Faz-se necessário, para compreensão da concepção de participação apresentada por essas leis, o entendimento das principais concepções de participação. A Participação Cidadã, segundo Silva (2001), é moldada por princípios de solidariedade social, e “não se define como simplesmente apoiando ou lutando contra o Estado, mas incorporando uma concepção de Estado quem contém interesses contraditórios, constituindo direito de todos os cidadãos e segmentos sociais buscarem formas de se fazer representar no interior do aparelho estatal, procurando legitimar seus interesses.”, estando mais intimamente relacionado ao arcabouço jurídico institucional do Estado. Outras Formas de participação, como a comunitária e a popular, estão “mais relacionadas à prestação de serviços à comunidade, mutirões, parcerias ou ações reivindicatórias de protesto.”

A forma pela qual o Movimento da Reforma Sanitária utilizou para definir essa participação foi através do Controle Social. Termo controverso que foi primeiramente elaborado por Durkheim para definir, o controle da sociedade pelo Estado, segundo Stotz apud Velho (2006. p. 150):

[...] O conceito está associado ao condicionamento ou limitação das ações dos indivíduos, do ponto de vista dos valores, das normas e dos comportamentos, pelos grupos sociais e pela sociedade aos quais pertencem. Os mecanismos de tal condicionamento têm um caráter social na medida em que envolvem a participação de outras pessoas, a exemplo do uso de sanções, do processo de socialização, a interiorização e a manipulação deliberada de símbolos [...]

O termo foi utilizado por outras linhas teóricas, como a o pensamento social marxista, que, segundo Stotz, define que “o controle social é simultaneamente uma forma de integração social e um processo orientado para a reprodução social que, numa sociedade dividida em classes, tem o sentido da reprodução dos interesses das classes dominantes.” (STOTZ. 2006).

Segundo, Correia (2006) partindo do conceito gramsciano de Estado, e considerando o campo das políticas sociais como contraditório, pois, através delas o Estado controla a sociedade, ao tempo que apreende algumas de suas demandas. É neste campo contraditório das políticas sociais que nasce um novo conceito para o controle social: atuação de setores organizados da sociedade civil na gestão das políticas públicas no sentido de controlá-las para que estas atendam, cada vez mais, às demandas sociais e aos interesses das classes subalternas. Neste sentido, o controle social envolve a capacidade que os movimentos sociais organizados na sociedade civil têm de interferir na gestão pública, orientando as ações do Estado e os gastos estatais na direção dos interesses da maioria da população.

O Movimento Sanitário, trazendo consigo conceitos do materialismo histórico dialético de Marx e Engels, em um período de redemocratização política, marcado pelo fim da ditadura militar, redefinem o sentido do termo do Controle Social no âmbito da saúde coletiva, como o controle do Estado pela sociedade (STOTZ. 2006).

Esse controle do Estado pela Sociedade se dá, no âmbito da Saúde, pelos Conselhos e Conferências de Saúde, institucionalizados a partir da Lei 8.142/90. As Conferências têm como objetivo avaliar e propor diretrizes para a política de saúde nas três esferas de governo, reunindo-se a cada 4 anos. Os Conselhos são instâncias colegiadas de caráter permanente e deliberativo, presentes nas três esferas de governo, com composição paritária entre os representantes dos segmentos dos usuários, que congregam setores organizados na sociedade civil, e os demais segmentos (gestores públicos e privados e trabalhadores da saúde), e que objetivam tal controle (CORREIA, 2006).

Nesta perspectiva de participação social, o Conselho Nacional de Saúde em 2003, após 2 revogações de resoluções anteriores a 33/92 e a 319/02, estabelece as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde, através da Resolução 333/03³ (DELGADO; ESCOREL, 2008).

No âmbito das políticas públicas e da reforma do Estado é importante situar os Conselhos e Conferências, como espaços de reforma de Estado utilizando-se para isso de duas idéias: o interesse público e Accountability. No que tange, ao interesse público, a capacidade dos instrumentos de Controle Social possuem como lócus institucional capacitados a determinar o interesse público, entendido aqui no seu conceito empírico, para designar aquilo que seria interesse geral, comum, de todos ou de toda a sociedade perante o estado. Já o conceito de Accountability, os Conselhos e Conferências são entendidos “como portadores ou sinalizadores do interesse público, ou seja a noção de accountability política pressupõe a existência do poder e a necessidade de que este seja controlado, neste caso os Conselhos de Saúde cumpririam essa função.” (CARVALHO, 1997).

³ - Anexo 3

Não negamos a importância da participação da sociedade nos mecanismos institucionalizados dos Conselhos, porém concordamos com Correia (2000) quando ressalta que: “estes mecanismos podem ser espaços de participação e controle social na perspectiva de ampliação da democracia, mas, por outro lado, podem se constituir em mecanismos de legitimação do poder dominante e de cooptação dos movimentos sociais”.

1.3.1.1 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). Algumas decisões dos Conselhos têm que ser homologadas, 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 (CARVALHO; SANTOS, 2001).

O Conselho de Saúde, de acordo com a Resolução 333/03, deve ter representação paritária do governo, dos prestadores de serviços (25%), de profissionais de saúde (25%) e dos usuários (50%). 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 pessoas portadoras de patologias, associação de pessoas portadoras 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 (BRASIL, 2002). É importante observar 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. 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 com aqueles que o indicaram, respeitar as posições de seus representados e defendê-los no Conselho (BRASIL, 2002).

Os Conselhos e as Conferências não são as únicas formas de participação no SUS, embora sejam as únicas obrigatórias para todo o País, por serem previstas em lei federal. À medida que se avança na democratização da gestão, outros mecanismos podem ser criados nos estados e nos municípios para ampliar as possibilidades de participação e tornar as decisões mais próximas da população. É o caso dos Conselhos Locais e dos Conselhos gestores nas unidades de atenção à saúde (BRASIL, 2002).

1.3.1.2 Conferências de Saúde

As Conferências de Saúde, em cada esfera de governo, brotam do princípio constitucional de valorização dos direitos do cidadão, da participação dos cidadãos nas deliberações do governo, exercendo o controle social sobre o público e privado (CARVALHO; SANTOS, 2001).

As conferências devem ser realizadas em cada esfera do governo em intervalos não superior a 4 anos, convocada pelo poder executivo, ou extraordinariamente por este ou pelo conselho de saúde. As conferências se concretizam como um momento de ouvir a sociedade sobre os problemas que mais afligem e oferecem propostas de soluções para esses problemas. É a partir das Conferências que os gestores de saúde elaboram as políticas de saúde mais adequadas à população. Desse modo, delineiam as políticas de saúde a serem desenvolvidas pelos gestores, tendo, portanto, caráter consultivo (CARVALHO; SANTOS, 2001).

As Conferências Municipais são abertas a todos os munícipes, e em nível ascendente, estado e União são tirados delegados para a etapa seguinte, isto é, etapas estaduais e nacional. Com isso, as conferências se organizam em nível ascendente, provindo da base, dando chance a uma maior legitimação da representatividade dos diversos segmentos sociais. A proporcionalidade adotada entre os delegados é as mesmas dos Conselhos de Saúde, sendo respeitada a paridade usuários e os demais componentes (trabalhadores da saúde, gestores e prestadores) (CARVALHO; SANTOS, 2001).

Acompanhar as Conferências de Saúde é um exercício de compreensão de como se constrói a participação social na área da saúde, portanto para melhor entender este processo será feito a seguir breve histórico das Conferências de saúde no Brasil.

De acordo com Correia (2006), o período que vai da 8ª à 12ª Conferência Nacional de Saúde se concretiza como a “construção e conquista da consolidação do SUS”, a **8ª Conferência (1986)** início da participação efetiva da sociedade civil foi marco para a legitimação do Movimento da Reforma Sanitária em torno do Sistema Único de Saúde; a **9ª Conferência (1992)** foi realizada em uma conjuntura de insatisfação social com as medidas antipopulares do governo Collor e de boicote ao SUS teve como tema “Saúde: municipalização é o caminho”, e suas propostas giraram em torno da exigência do cumprimento das Leis Orgânicas da Saúde e do fortalecimento da descentralização e do controle social; a **10ª Conferência (1996)** teve como tema “Construindo um Modelo de Atenção à Saúde para a Qualidade de Vida”. Nas suas mesas centrais, debateram-se os problemas e dificuldades na implementação do SUS, e apresentaram-se experiências concretas em que o SUS estava dando certo, com o objetivo de reafirmá-lo. A tônica dos debates foi o protesto contra a política neoliberal implementada pelo governo do então presidente Fernando Henrique Cardoso e o conseqüente desmoronamento do SUS. A ausência da equipe econômica e dos demais representantes do governo federal nas mesas programadas e a permanente presença do então Ministro da Saúde, Adib Jatene, evidenciou a luta que se travava entre a área econômica e o Ministério, em torno da alocação de mais recursos para a saúde; a **11ª Conferência (2000)** teve como tema “Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social.”. Relacionou o agravamento da falta de qualidade de vida e saúde da população ao projeto social e econômico do governo FHC, de rigoroso ajuste fiscal, que privilegiava a lógica econômica em detrimento das políticas sociais. Os participantes propuseram o combate à mercantilização da saúde e a promoção dos valores em defesa da vida. Reafirmaram a necessidade de fortalecer o caráter público das ações e serviços de saúde e a responsabilidade do Estado definida na Constituição Federal, e se colocaram contra a privatização do setor público, através das Agências Executivas e Organizações Sociais. O controle social foi um dos eixos centrais do debate, considerado a peça fundamental para a efetivação do SUS; o tema da **12ª Conferência (2004)** foi “Saúde: um direito de todos e dever do Estado – A saúde que temos o SUS que queremos”. Estava prevista para o ano de 2004, mas foi antecipada pelo Ministério da Saúde e pelo Plenário do Con-

selho Nacional de Saúde para dezembro de 2003, com o objetivo de discutir as propostas que orientariam a formulação do Plano Nacional de Saúde do novo governo, dando legitimidade ao mesmo pela participação social no processo. Uma das novidades desta Conferência foi o aproveitamento dos relatórios das Conferências Estaduais na consolidação do relatório final, conferindo agilidade na organização das propostas dos grupos de trabalho. Outra novidade foi a votação dos delegados pós-conferência e em domicílio, de 81 questões pendentes. As propostas foram organizadas em dez eixos temáticos, os quais reafirmam princípios e definiram as diretrizes para o rumo do SUS.

1.4 Perfil do Controle Social no Brasil

As análises dos textos a seguir se justificam por se tratarem de opiniões e reflexões sobre o processo de implantação do Controle Social no Brasil. Para isso serão utilizadas bibliografias que trazem análises e contribuições para o entendimento da participação social no SUS do qual compartilhamos em grande parte.

Segundo Acirole (2003), com a democratização do estado brasileiro, a partir da Constituição de 1988 e na Saúde com a Lei Orgânica e a Lei 8.142, foram propostas mudanças radicais na sociedade, principalmente, no setor da saúde, exigindo que o desenvolvimento do país se faça acompanhar de justiça social. Seguindo a lógica da Reforma Sanitária e da democracia foi criado um instrumento de controle público sobre a ação estatal, no setor saúde, os Conselho de Saúde. “Podemos considerar que esta proposta participativa, embora represente uma política de caráter setorial, cuja origem está no interior do aparelho de Estado, pode ser tomada como exemplo de uma nova forma de atuação política, subsumindo Estado e Sociedade”. Para o autor a maneira para concretizarmos essa participação social junto do Estado depende de que tenhamos um fortalecimento da organização da sociedade civil e romper com o paradigma, ainda presente do Estado Brasileiro que sempre se pautou por uma postura “autoritária, centralizadora e refratária às manifestações dos seus usuários”.

Para Sarah Escorel (2008), vivemos, no Brasil, uma democracia incipiente e muito jovem, e que os instrumentos democratizantes ainda estão imersos em uma tradição autoritária instituída no Estado brasileiro. E com isso, a participação popular e sua lógica de reforma de estado que, na saúde, tem início com o SUS, possui uma dificuldade inerente ao contexto histórico que o Brasil vive e que possui o desafio de gerar novos valores. A autora conclui:

[...] E se os Conselhos sofrem de todos os males que caracterizam a matriz cultural da sociedade brasileira, constituem também o germe, a semente, a potencialidade de ajudar, com a experiência participativa, a transformar essa mesma matriz cultural. Há de se criar, por dentro do próprio sistema de controle social, o seu aprimoramento. A superação do dilema existente entre instituições democráticas extremamente recentes e inovadoras e uma cultura autoritária tradicional, que permeia todas as relações sociais, tem que surgir da expansão e aprofundamento da própria participação social. [...] (ESCOREL, 2008. p. 28)

Neste contexto, um dos problemas da efetiva participação dos conselheiros é a dificuldade que os mesmos têm de cumprir a função de formulação de políticas públicas, sendo a força política dos Conselhos sugada em prol das necessidades imediatas dos serviços por atendimento às doenças e incapacidades. A maioria dos conselhos não se atentou em propor políticas de mudança do modelo de atenção, e passaram a ser meros observadores desse processo. O problema é que não se pensou em mudar a lógica de atenção, mas somente em atender essas necessidades específicas. A dificuldade de generalização dos avanços se dá nas “limitações intraburocáticas” e nos interesses privados, sendo a participação dos movimentos sociais, insignificante em relação aos complexos médico-industriais, que são os grandes beneficiários da política de destinação de verbas públicas (STOTZ, 2006).

Para Rasga et. al (2008), em seu texto ‘Participação’ nos conselhos municipais de saúde de municípios brasileiros com mais de cem mil habitantes, o questionamento sobre o que é a participação se faz necessário em qualquer análise referente ao controle social pois uma gama de múltiplos significados podem ser abordados, se tornando tão complexo que transpõem o indivíduo e seu poder de intervenção no meio. Os autores relatam que se faz necessário fazer um recorte de quem são estes municípios, uma vez que são em sua maioria, municípios ricos da Região Sudeste do Brasil, e que também possuem um movimento social mais diverso e atuante, pois aglutinam as principais contradições sociais do país. Os dados do artigos foram frutos da pesquisa ‘Monitoramento e Apoio à Gestão Participativa do SUS’, possuindo em sua construção um grande viés, já

que foi encaminhando para os municípios um questionário onde os presidentes dos Conselhos deveriam respondê-lo e que em sua maioria são representantes dos gestores, podendo com isso maquear as impressões assinaladas.

Levando em conta a efetivação do Controle Social, o bom funcionamento dos Conselhos é um dos pontos fundamentais para a qualificação da participação social. A infra-estrutura nos municípios com mais de 100.000 habitantes é sempre melhor que naqueles com menor população. Foi considerado como infra-estrutura: orçamento próprio, sede, linha telefônica, computador e acesso à internet. A Participação dos usuários do SUS no Controle Social se dá pelas seguintes entidades, principalmente, em ordem decrescente: Associação de moradores, Trabalhadores organizados, Portadores de deficiência e patologias, totalizando 54,47% usuários representados, existem ainda, grupos religiosos, segmentos populacionais, etc. Desta maneira os primeiros têm um maior poder dentro dos Conselhos, vale lembrar que as Associações de Moradores tiveram e têm um papel histórico bem importante na Reforma Sanitária e totalizam a maioria dos usuários representados. Apenas 12 entidades participam de mais de um Conselho no Brasil, fato preocupante, pois demonstra a fragilidade de não possuir uma rede que pensa saúde e sim entidades que discutem saúde, muitas vezes por um momento transitório ou individual, a pastoral da criança e da saúde (que são grupos religiosos) são os mais presentes (RASGA; et. al, 2008).

Ainda de acordo com a pesquisa referida acima, não basta apenas estar presente no conselho, tem de ter o poder de intervir. A categoria participação dos usuários do SUS na gestão e no funcionamento dos Conselhos Municipais evidencia que o primeiro ponto a ser destacado é que os CMS com mais de cem mil habitantes possuem resultados consideravelmente melhores do que o restante, no que diz respeito à abertura das reuniões à população e ao direito destes participantes terem voz durante as reuniões - o que pode indicar a capacidade de pressão da sociedade e a permeabilidade de tais CMS a esta pressão – e à existência de Mesa diretora e Secretaria Executiva, o que denota um funcionamento mais organizado, no qual os usuários do SUS têm maior possibilidade de protagonizar. Em todos os indicadores abordados, exceto o que se refere à eleição para presidente, os CMS destes municípios apresentam desempenhos superiores ao restante dos CMS brasileiros, o que leva à conclusão de que, neles, a participação dos usuários do SUS e a participação dos CMS nas políticas de saúde tem uma expressão mais significativa e efetiva. Dois pon-

tos importantes devem ser destacados nesses grupos: o reduzido número de CMS que possui dotação orçamentária própria e o pequeno número de CMS que participa efetivamente da elaboração do Plano Municipal de Saúde (RASGA; et. al, 2008).

Como conclusão, o autor, enfatiza que:

[...]cabe também ao poder público tratar de maneira diferente os CMS, contribuindo para uma nova configuração da relação Estado/Sociedade. Cabe ao poder executivo ser mais transparente, prover as condições de funcionamento dos CMS, garantir que estes sejam autônomos e compreender que as políticas, para serem realmente públicas, devem contar com a participação da sociedade e, portanto, dos CMS, em todas as suas etapas, ou seja, devem ser permeadas pela participação social. [...] (RASGA; et. al, 2008. p. 60)

Quanto aos Conselhos Estaduais, cabe citar o estudo de Escorel e Mendonça (2008), que no texto “Perfil dos conselhos estaduais de saúde: singularidades e similaridades no controle social”, fruto da pesquisa ‘Monitoramento e Apoio à Gestão Participativa do SUS’ apresenta os principais resultados sobre os 27 Conselhos Estaduais de Saúde do Brasil em 2005, com ênfase na organização, funcionamento, estrutura e atuação dessas instâncias, enfocando-se aspectos relativos à representatividade, à autonomia e à democracia. Um dos pontos mais importantes do texto é a grande variabilidade de características distintas em cada Conselho Estadual, apesar de ter um direcionamento através da lei 8.142 e a resolução 333/03 do CNS, muitos conselhos não seguem as recomendações contidas nesses instrumentos legais, colocando em risco o processo representativo e a democracia, tão importantes para o Controle Social. Alguns dos pontos não seguidos nos Conselhos Estaduais são: a coincidência do final do mandato dos conselheiros com o da gestão pública, período de duração do mandato de 2 anos, a distribuição paritária das vagas no conselho, entre outros.

Continuando a problematização cita que quanto à representatividade as entidades de trabalhadores assumem o maior número de vagas nos CES, tendo a CUT e a Federação dos trabalhadores da Agricultura, as maiores entidades representativas. A composição dos Conselhos Estaduais, principalmente no que se refere ao segmento dos usuários, não segue um padrão nacional, ao contrário, considera as especificidades locais e, às vezes, regionais, fato importante, pois dá conta da diversidade presente em todo o território nacional e suas características peculiares. Na composição do segmento dos trabalhadores da saúde, a distribuição das vagas em nível nacional é muito variada com predomínio de algumas categorias profissionais sobre outras: enfermagem e medici-

na, mostrando a fragilidade da organização das demais categorias profissionais da área da saúde e sua pequena intervenção nas políticas públicas (SCOREL; MENDONÇA, 2008).

O ponto mais importante do texto, em minha opinião, refere-se à não atuação ativa dos conselhos na formulação do Plano de Saúde. Considerando a importância deste documento como a base das atividades e programações de cada esfera de direção do SUS, e seu financiamento previsto na respectiva proposta orçamentária. Em apenas cinco estados da Federação há, efetivamente, uma participação direta dos Conselhos, além do papel de aprovação do documento (SCOREL; MENDONÇA, 2008).

Quanto à composição dos Conselhos, Aciole (2003) aponta alguns pontos a serem superados na efetivação do controle social. Inicialmente ele faz uma análise dos atores desta grande “peça teatral” apontando deficiências na atuação dos 3 níveis de representação prioritária: Usuário. Trabalhador e Gestor. Encerra sua consideração citando Silva:

[...]Assim, tanto usuários quanto trabalhadores e gestores vivenciam uma confusão de papéis em que, sob matizes e intensidades variadas, ora atuam como se fossem o outro, querendo impor a verdade de si para o outro e refratários ao inverso, ora podem estar presos às perspectivas do diálogo de surdos – envolvidos num jogo manipulatório restrito às disputas pessoais – perdendo de vista o interesse público. Neste sentido, utilizam um arsenal de práticas e atitudes que vão desde o atavismo reivindicatório, a rigidez militante, a defesa corporativa, o maniqueísmo ideológico, até a manipulação de informações, entre outras. [...] (ACIOLE apud SILVA, 2003 p. 68)

Nessa perspectiva o autor evidencia que não existirá:

[...] usuário pronto – consciente, solidário, democrata. Nem há este trabalhador formado – crítico, engajado, solidário, receptivo às críticas. Muito menos há gestores inteiramente imbuídos da certeza de que gestão democrática e democracia participativa se iniciam com transparência, co-responsabilidade, discussão coletiva dos problemas e construção das soluções por consenso.[...] (ACIOLE, 2003. p. 69)

Essa mudança para este ideal apontado, para o autor, se dará pelo aprendizado, pelo processo e pela vivência (ACIOLE, 2008).

Uma outra questão, importante para Aciole (2003), diz respeito a como tornar os Conselhos de Saúde efetivos em seus objetivos, fiscalização e formulação de políticas de saúde. Para isso aponta duas perspectivas, uma otimista e outra pessimista. A perspectiva otimista estria centrada no potencial de intervenção e da capacidade de emergir sujeitos políticos. A pessimista de que

“existe um claro limite na atuação dos conselhos que, agindo num plano de ação restrita, não conseguem fazer frente às grandes questões postas pelos atos dos conglomerados econômicos e industriais que definem uma agenda para a saúde.” Conclui que: “Para superar essa visão pessimista o Controle social deve dar-se conta do poder que possui para legitimar-se perante a sociedade e o público, e para permitir a realização, por inteiro, do seu papel.”.

Quanto ao papel das Conferências de Saúde, de acordo com Stotz (2006), durante esses 20 anos de implementação do SUS, observou-se que essas instâncias máximas do Controle Social, passaram por um processo de distanciamento da base popular, devido principalmente ao processo de sua convocação e encaminhamento. Estes encontros passaram a ser espaços de legitimação da implementação do SUS e não de mobilização popular para identificar e debater as condições de vida e trabalho, e alternativas para o planejamento em saúde. O autor justifica esse processo devido a dois aspectos, o primeiro se refere ao potencial de mobilização popular dos movimentos sociais, e, o segundo, quanto a organização vertical dos encontros, pensada e organizada pelo Estado. Para superar essas deficiências o autor aponta duas perspectivas de atuação, a primeira em nível local, que evidencia a necessidade da participação popular e mobilização para além dos espaços institucionalizados de controle social, com a perspectiva de formação de sujeitos conscientes das necessidades em saúde e do potencial de intervenção que possuem quando organizados para tal. A segunda em nível nacional com o objetivo de:

[...]contribuir para a ampliação da visão dos problemas relativos ao cuidado à saúde do cidadão brasileiro explorando novos canais de interlocução com diferentes segmentos da sociedade civil e política, para a re-qualificação ou inclusão de temáticas ainda não identificadas ou insuficientemente trabalhadas na dinâmica político-institucional do SUS, a partir de uma perspectiva regional de problemas nacionais e locais. [...] (STOTZ apud BRASIL, 2006).

Essas experiências evidenciam a necessidade de deslocar a atuação dos Conselhos, para o planejamento e formulação de políticas de saúde, o que significa se aproximar das reais necessidades de saúde e seus determinantes, para isso deve-se mobilizar a participação popular quanto às demandas em saúde, e, conseqüentemente, instigar sua conscientização e entendimento de seu poder de enfrentamento (STOTZ, 2006)

1.5 O Controle Social no Espírito Santo

Antes de mais nada se faz necessário compreender a relação estado e sociedade civil na história do Espírito Santo. Segundo Calvi (2007), em sua tese de mestrado, relata que o estado brasileiro, historicamente, usurpou a representação das classes sociais no seu interior, para inscrever no centro dos aparelhos estatais os interesses da grande burguesia nacional. “Em decorrência deste panorama, ampla parcela da população foi excluída do processo decisório, configurando uma relação entre estado e sociedade fundada no conservadorismo, no autoritarismo, no clientelismo e nos privilégios de alguns poucos”, e que, “apesar das particularidades de nosso estado, de um modo geral ele não difere do quadro nacional em diversos fatores.”.

Já na década de 70/80, no Brasil e também no Espírito Santo, ocorre a ebulição dos movimentos sociais que lutavam pela redemocratização do estado brasileiro. Deste modo, alguns movimentos importantes merecem ser citados no ES: movimento sindical, que deflagrou várias greves e a fundação de vários órgãos representativos; Movimento da Igreja Católica, com a Criação da Comissão de Justiça e Paz, o Trabalho nas Comunidades Eclesiais de Base e a criação de diversas Comissões, entre elas, a Comissão Popular de Saúde - CPS; Movimento Estudantil, com a reabertura do Diretório Central dos Estudantes - DCE da Universidade Federal do Espírito Santo - UFES. Estes e outros movimentos foram importantes para o restabelecimento das eleições diretas para governador em 1982. Diversos governos a partir daí sucederam gestões na rota da era neoliberal, e não foram capazes de criar uma esfera pública legítima, e sim um estado isolado e sem autonomia. Por outro lado, a implantação dos Conselhos como instâncias de Controle Social têm início após a sua institucionalização, na dita, Constituição “Cidadã” de 1988. Estas instâncias ganham destaque como novas formas de organização da Sociedade civil no âmbito da gestão, contrariando os traços conservadores e autoritários da política Nacional e Estadual. (CALVI, 2007)

No âmbito da mobilização popular em Vitória, o Conselho Popular de Vitória-CPV tem um papel de grande importância. Segundo Rosilaine Carlos Pinto (2007), em sua dissertação de Mestrado relata que o CPV:

[...] nos anos 80 apresentou uma postura mais independente com relação ao poder público, e nos anos 90 assume uma posição mais próxima do governo, fortalecida pelo pro-

cesso de abertura e institucionalização dos canais de participação. Contudo, esta postura levaria ao longo dos anos a um padrão de relacionamento extremamente frágil com o poder público e entidades dos movimentos de bairro, visto que, assumindo uma postura de parceiro e legitimador das ações do poder público, tem deixado de ser um operador das demandas da sociedade civil e se transformado em agente cooperador do poder público [...] (PINTO, 2007)

Na área da Saúde, o Controle Social, segundo Ferraz (1998), em sua tese de mestrado sobre o Conselho Estadual de Saúde (1996-97), relata que:

[...] O Espírito Santo desde 1987, anterior à promulgação da Lei 8.080, de Setembro de 1990, e que regulamenta o funcionamento do SUS (Sistema Único de Saúde), contava com um Conselho Estadual, de caráter consultivo, sem existência formal, e que foi criado um ano após a VIII Conferência Nacional de Saúde, em decorrência das pressões do MOPS (Movimento Popular de Saúde), no Estado. Este Conselho, por ser apenas consultivo e ter uma existência informal (“clandestina” na expressão usadas nos depoimentos por quem participou da experiência), não tinha um funcionamento regular, suas reuniões eram esporádicas e não foram objeto de registro. Constituiu-se, naquele momento, como espaço para o confronto de posições entre o Poder Executivo, o Movimento Social Organizado e o Movimento Sindical, acerca do processo de implantação do SUS e do controle social sobre o sistema. [...] (FERRAZ, 1998. p. 115)

Ainda segundo a autora, em 1990 houve a implantação do Conselho Estadual de Saúde a partir da publicação da Lei Estadual 4.317, após pressão do Movimento Sindical e do Movimento Popular de Saúde. Entretanto, ao mesmo tempo em que se reconhecia legitimidade desta instituição, a lei impunha limites, pois, não alterava significativamente a estrutura de poder vigente. Em sua conclusão aponta que:

[...]As conquistas obtidas pelos atores da sociedade civil no caso particular do CES-Esp. Santo, bem como as próprias resistências colocadas, possibilita, entretanto, afirmar o potencial inovador desta instância, afirmar a sua capacidade para proporcionar a expansão da disputa política para além dos limites colocados pelos partidos políticos e pelas disputas eleitorais e seu potencial para que conflitos e projetos se tornem mais explícitos e para que alterações nos mecanismos existentes para o processamento destes conflitos possam produzir mudanças na constituição do espaço público. [...] (FERRAZ, 1998. p. 187)

Outro estudo sobre a participação social nos Conselhos de Saúde é o de Oliosia (1999) com o tema “Municipalização da Saúde em Vitória/ES – Uma experiência Participativa?”. A autora relata que o Conselho Municipal de Saúde de Vitória, teve sua origem a partir da eleição, em 1989, da Frente Vitória, de administração do Partido dos Trabalhadores - PT, que tinha em sua diretriz de trabalho a questão da participação. Desse modo foi promulgada a Lei Orgânica Municipal de Vitória, constando a criação de Conselhos Setoriais. A partir desse marco, em 1991, foi criado o Conselho Municipal de Saúde de Vitória, através das Leis Municipais 3.712 e 3.719/91. Para a

autora, o Conselho Municipal de Saúde de Vitória (CMS-V) constituiu-se como um “espaço catalisador da interlocução de interesses entre a administração e os representantes dos usuários dos serviços de saúde”, possuindo limites a serem superados, entre eles, sua baixa efetividade no período estudado como reflexo “das três dimensões que ele envolve: societária, que aqui se refere ao movimento popular; político-institucional, que aqui refere-se à administração da saúde (o governo) e; dimensão colegiada, significando o próprio espaço do Conselho.”

Por último, mas não menos importante, cabe citar Loyola (2005), que descreveu sobre: “A atuação dos Usuários no Conselho Municipal de Saúde de Vitória: Um exercício de Cidadania?” Estudou a atuação dos Usuários entre as gestões de 1999/2001 e 2002-04 do Conselho Municipal de Saúde de Vitória, e apontou limites quanto a participação, o processo eleitoral, o acesso à construção das pautas, limitadas à Mesa Diretora, a ação fiscalizatória limitada, entre outras. Como conclusão relata que “As insuficiências apontam para a necessidade de uma ampla revisão do CMS-V como instrumento de gestão em que os indivíduos, no caso usuários, possam intervir coletivamente e com espírito público”

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O direito a participação social na área da saúde advém de um grande processo de luta e mobilizações da população brasileira, tendo como marco fundamental a conquista pela redemocratização do Estado brasileiro, pós-tomada de poder da ditadura militar. A década de 70 apresenta-se como início da criação de diversos movimentos sociais reivindicatórios de uma maior participação da sociedade civil nas decisões e um confronto direto à ditadura que na época já vinha mostrando sinais de perda de força política.

A partir da década seguinte, anos 80, ocorreu uma institucionalização destes movimentos no aparelho do Estado, tanto no aparelho formal como nos novos mecanismos de participação social que surgiam. O Movimento da Reforma Sanitária mostrou-se eficiente nessa articulação, dentro do aparelho estatal, como difusor das demandas de saúde da população. Apresentava uma proposta de nova relação estado/sociedade no que tange a participação social, tendo sido bem sucedido na implantação destes mecanismos na recém criada Constituição Federal de 1988.

O processo de descentralização político-administrativo pós Lei 8.080, trouxe para mais próximo da população as ações e serviços de saúde, assim como o poder de intervir diretamente nas políticas de saúde dos municípios, por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde.

Ao retornarmos a proposta central deste trabalho, que é a de analisar a produção teórica sobre a participação social e o controle social nestes 20 anos de implantação do SUS, identificando os principais obstáculos para a sua consolidação, fazemos as seguintes considerações, descritas a seguir.

A institucionalização da participação da sociedade via Controle Social, que se apresentava como alternativa para a mudança da relação estado/sociedade, na área da saúde, demonstrou-se como uma ferramenta limitada dessa mudança de correlação de forças, o que demonstra que a garantia da participação social, dentro do aparelho do Estado, não necessariamente se materializa em tomada de decisões para o fortalecimento do interesse público e coletivo.

O uso do Controle Social como legitimador das ações dos gestores de saúde, assim como a utilização dos espaços para demandas de interesse individual, setorial e corporativista, não dão conta dos processos coletivos. Estes fatos associados ao refluxo dos movimentos sociais, nesse período de reformas neoliberais, e sua conseqüente perda de força política e poder de articulação, prejudicam a legitimação e a credibilidade dos Conselhos.

A retomada aos preceitos de mobilização e articulação das massas trazidas pelo Movimento da Reforma Sanitária, assim como a publicização das informações e do conhecimento no setor saúde por meio de organizações de bairro, movimentos sociais e instituições de ensino, apresentam-se como alternativa para sensibilizar a sociedade para a importância da participação social. A falta de clareza sobre a concepção de participação social é um dos entraves a serem enfrentados para que exista plena capacidade da sociedade no exercício do Controle Social, devemos, portanto, utilizar de táticas e estratégias de enfrentamento dessa desmobilização das massas. Chamamos a atenção para um ator fundamental nesse processo que são os conselheiros de saúde, uma vez que são representantes da categoria de usuários, têm um papel essencial nessa articulação, devendo apresentar-se como interlocutores do interesse público para dentro do Estado, ao mesmo tempo em que devem se consolidar como mobilizadores das massas em defesa do direito a saúde.

Esperamos que essa pesquisa possa contribuir para o debate da participação social e seus mecanismos formais. Porém acreditamos que não devemos parar apenas aí, devemos radicalizar as ações democratizantes, a fim de estimular a democracia direta e participativa, garantindo uma mobilização para além destes espaços formais de participação social, ao mesmo tempo em que valorizamos a ação nos mecanismos formais, pois estes podem se concretizar como espaços importantes de luta e disputa política para uma sociedade mais justa e igualitária.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACIOLE, G. G. **O Controle Social no Sistema Único de Saúde - Algumas questões para discussão.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 27, n. 63, p. 63-73, 2003.

BOBBIO, N. **Liberalismo e Democracia.** Tradução de Marco Aurélio Nogueira. 4ª reimpr. da 6ª ed. São Paulo: Brasiliense, 2000. p. 37-41.

_____. **Dicionário de Política.** 11 ed. Brasília: UnB, 2002. v. 1. p.319-329.

BRASIL. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde: Relatório Final.** Brasília: Ministério da Saúde, 1986. 21p

_____, Constituição (1988). **Constituição [da] República Federativa do Brasil.** Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Ministério da Saúde. **Guia do monitor: curso de capacitação de conselheiros estaduais e municipais de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 35-111.

CALVI, K. U. **Serviço Social e Conselhos de Políticas e de Direitos: Contradições entre o projeto ético-político e a Condição de assalariamento.** 2007. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Universidade Federal do Espírito Santo – UFES. Vitória/ES, 2007.

CARVALHO, A. I. Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma de Estado. In: FLEURY, S. (Orgs). **Saúde e Democracia: A luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p 93-112.

CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. . **Sistema Único de Saúde: Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis nº. 8.080 e 8.142/90)**. 3ª ed. Campinas, São Paulo: Editora da Unicamp. 2001.

CORREIA, M. V. C. **Que Controle Social?** 01 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. 164p.

_____. Controle Social na Saúde. In: MOTA, A. E.; BRAVO, M. I. S.; UCHOA. R.; NOGUEIRA, V.; MARSIGLIA, R.; GOMES, L.; TEIXEIRA, M. (Orgs.). **SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: FORMAÇÃO E TRABALHO PROFISSIONAL**. 01 ed. São Paulo: Cortez, 2006, v. 01, p. 111-138.

DELGADO, M.; ESCOREL, S. . **Ensaio sobre a resolução 333/03 do CNS: Entre as dimensões política e técnica, e entre as dinâmicas**. Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n 43, p 79-85, junho, 2008.

ESCOREL, S. **Conselhos de saúde: entre a inovação e a reprodução da cultura política**. Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n 43, p 23-28, junho, 2008.

ESCOREL, S.; MENDONÇA, M. . **Perfil dos conselhos estaduais de saúde: singularidades e similaridades no controle social**. Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n 43, p 62-78, junho, 2008.

FERRAZ, A. T. R. . **Conselhos Gestores em Saúde: A experiência no Espírito Santo durante a Gestão Petista**. 1998. Dissertação (Mestrado em Ciências Política) – Universidade Estadual de Campinas– Unicamp. Campinas/SP, 1998.

FLEURY, S. (Orgs). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989. 232p.

FLEURY, S. (Orgs). **Saúde e Democracia: A luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. 324p.

LOYOLA, D. H. K. **A atuação dos Usuários no Conselho Municipal de Saúde de Vitória: Um exercício de Cidadania?**. 2005. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Espírito Santo – UFES. Vitória/ES, 2005.

MACPHERSON, C. B. **A democracia liberal**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

OLIOSA, D. M. S. **Municipalização da Saúde em Vitória-ES: Uma Experiência Participativa?**. 1999 Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro/RJ, 1999.

PINTO, R. C. **Conselho Popular de Vitória – Formação e trajetória de um movimento – 1986-2004**. 2007. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Universidade Federal do Espírito Santo – UFES. Vitória/ES, 2007.

RASGA, M. et al. **‘Participação’ nos conselhos municipais de saúde de municípios brasileiros com mais de cem mil habitantes**. Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n 43, p 48-61, junho, 2008.

RODRIGUES NETO, E. . A via do parlamento. In. FLEURY, S. (Orgs). **Saúde e Democracia: A luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p 63-92.

SILVA, S. F. **Municipalização da saúde e poder local: sujeito, atores e políticas**. São Paulo: Hucitec, 2001.

STOTZ, E. N. **Trajetórias, limites e desafios do controle social do SUS**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 30 n. 73/74, p. 149-160, maio/dez. 2006.

WESTPHAL, M.F.; SAMPAIO, E. . **Gestão dos Serviços de Saúde**. São Paulo: EDUSP - Editora da Universidade de São Paulo, 2001. 272 p.

ANEXOS

ANEXO 1

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.

O Presidente da República, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

Disposição Preliminar

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

TÍTULO I

Das Disposições Gerais

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

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

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

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

da população expressam a organização social e econômica do País.

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

TÍTULO II

Do Sistema Único de Saúde

Disposição Preliminar

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

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

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

CAPÍTULO I

Dos Objetivos e Atribuições

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

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

II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no §1º do 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. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde-SUS:

I - a execução de ações:

a) de vigilância sanitária;

b) de vigilância epidemiológica;

c) de saúde do trabalhador; e

d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.

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

III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;

- IV - a vigilância nutricional e 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 - participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;
- XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

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

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

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

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

§ 3º - Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa a recuperação e a 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 a 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, respeitadas 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. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde - SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como 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 sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

- a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
- b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

CAPÍTULO III

Da Organização, da Direção e da Gestão

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

Art. 9º - A direção do Sistema Único de Saúde-SUS é única, de acordo com o inciso I do 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. 10º - 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. 11º (VETADO)

Art. 12º - Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.

Parágrafo único - As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS.

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

I - alimentação e nutrição;

II - saneamento e meio ambiente;

III - Vigilância Sanitária e farmacoepidemiologia;

IV - recursos humanos;

V - ciência e tecnologia; e

VI - saúde do trabalhador.

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

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

CAPÍTULO IV

Da Competência e das Atribuições

SEÇÃO I

das Atribuições Comuns

Art. 15º 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 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 a saúde, saneamento e o 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 a 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 da política 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 normas e mecanismos de controle, com órgãos afins, de agravos sobre o meio ambiente, ou deles decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;
- V - participar da definição de normas, critérios e padrões para 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 e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais;
- XI - identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;
- XII - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
- XIII - prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional.
- XIV - elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde-SUS e os serviços privados contratados de assistência à saúde;
- XV - promover a descentralização, para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;

XVI - normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;
XVII - acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências Estaduais e Municipais;

XVIII - elaborar o planejamento estratégico nacional no âmbito do SUS em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal;

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

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

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

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

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

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

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

a) de vigilância epidemiológica;

b) de vigilância sanitária;

c) de alimentação e nutrição; e

d) de saúde do trabalhador;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

XIV - acompanhar, avaliar e divulgar os indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada.

Art. 18. À 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, à política de insumos e equipamentos para a saúde;

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

VII - formar consórcios administrativos intermunicipais;

VIII - gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;

IX - colaborar com a União e 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, bem como controlar e avaliar sua execução;

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

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

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

TÍTULO III

Dos Serviços Privados de Assistência à Saúde

CAPÍTULO I

Do Funcionamento

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO II

Da Participação Complementar

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

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

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

Art. 26. Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecida 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 às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde-SUS, mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.

§ 3º (VETADO)

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

TÍTULO IV

Dos Recursos Humanos

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

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

II - (VETADO)

III - (VETADO)

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

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

Art. 28. Os cargos e funções de chefia, direção e assessoramento, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS, só poderão ser 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 ser o 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 destinará ao Sistema Único de Saúde-SUS, de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em propostas 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; e

VI - rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais.

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

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

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

§ 4º (VETADO)

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

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

I - perfil demográfico da região;

II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;

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

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

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

VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;

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

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

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

§ 3º VETADO)

§ 4º VETADO)

§ 5º VETADO)

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

CAPÍTULO III

Do Planejamento e do Orçamento

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

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

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

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

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

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 39. (VETADO)

§1º (VETADO)

§2º (VETADO)

§3º (VETADO)

§4º (VETADO)

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

§ 6º Os imóveis de que trata o parágrafo anterior serão inventariados com todos os acessórios, equipamentos e outros bens imóveis 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 base de dados, mantidos pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério do Trabalho e Previdência Social, será assegurado às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde ou órgãos congêneres, como suporte ao processo de gestão, de forma a permitir a gerência informatizada das contas e a disseminação de estatísticas sanitárias e epidemiológicas médico-hospitalares.

Art. 40. (VETADO)

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

Art. 42. (VETADO)

Art. 43. A gratuidade das ações e serviços de saúde fica preservada nos serviços públicos 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 convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão, dos 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 a 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.

Brasília, 19 de setembro de 1990

ANEXO 2

Lei Nº 8.142

de 28 de Dezembro de 1990.

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

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

I - a Conferência de Saúde, e

II - o Conselho de Saúde.

§ 1º - A Conferência de Saúde reunir-se-á 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 homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

§ 3º - O Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde CONASEMS terão representação no Conselho Nacional de Saúde.

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

§ 5º - As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio aprovados pelo respectivo Conselho.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

I - Fundo de Saúde;

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

III - plano de saúde;

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

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

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

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

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

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

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

ANEXO 3

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE RESOLUÇÃO Nº 333, DE 04 DE NOVEMBRO DE 2003

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

- a) os debates ocorridos nos Conselhos de Saúde, nas três esferas de Governo, na X Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, nas Plenárias Regionais e Estaduais de Conselhos de Saúde, nas 9ª, 10ª e 11ª Conferências Nacionais de Saúde, e nas Conferências Estaduais, do Distrito Federal e Municipais de Saúde;
- b) a experiência já acumulada do Controle Social da saúde e reiteradas demandas de Conselhos Estaduais e Municipais referentes às propostas de composição, organização e funcionamento dos Conselhos de Saúde, conforme § 5º inciso II artigo 1º da Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990;
- c) a ampla discussão da Resolução do CNS nº 33/92 realizadas nos espaços de Controle Social, entre os quais se destacam as Plenárias de Conselhos de Saúde;
- d) o objetivo de consolidar, fortalecer, ampliar e acelerar o processo de Controle Social do SUS, por intermédio dos Conselhos Nacional, Estaduais, Municipais, das Conferências de Saúde e Plenárias de Conselhos de Saúde;
- e) que os Conselhos de Saúde, consagrados pela efetiva participação da sociedade civil organizada, representam um pólo de qualificação de cidadãos para o Controle Social nas demais esferas da ação do Estado.

RESOLVE:

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

DA DEFINIÇÃO DE CONSELHO DE SAÚDE

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

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

DA CRIAÇÃO E REFORMULAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

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

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

DA ORGANIZAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

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

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

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

- a) 50% de entidades de usuários;
- b) 25% de entidades dos trabalhadores de Saúde;

c) 25% de representação de governo, de prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos.

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

- a) de associações de portadores de patologias;
- b) de associações de portadores de deficiências;
- c) de entidades indígenas;
- d) de movimentos sociais e populares organizados;
- e) movimentos organizados de mulheres, em saúde;
- f) de entidades de aposentados e pensionistas;
- g) de entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais;
- h) de entidades de defesa do consumidor;
- i) de organizações de moradores.
- j) de entidades ambientalistas;
- k) de organizações religiosas;
- l) de trabalhadores da área de saúde: associações, sindicatos, federações, confederações e conselhos de classe;
- m) da comunidade científica;
- n) de entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento;
- o) entidades patronais;
- p) de entidades dos prestadores de serviço de saúde;
- q) de Governo.

IV - Os representantes no Conselho de Saúde serão indicados, por escrito, pelos seus respectivos segmentos entidades, de acordo com a sua organização ou de seus fóruns próprios e independentes. V - O mandato dos conselheiros será definido no Regimento Interno do Conselho, não devendo coincidir com o mandato do Governo Estadual, Municipal, do Distrito Federal ou do Governo Federal, sugerindo-se a duração de dois anos, podendo os conselheiros serem reconduzidos, a critério das respectivas representações.

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

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

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

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

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

DA ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Quarta Diretriz: Os Governos garantirão autonomia para o pleno funcionamento do Conselho de Saúde, dotação orçamentária, secretaria executiva e estrutura administrativa.

I - O Conselho de Saúde define, por deliberação de seu Plenário, sua estrutura administrativa e o quadro de pessoal conforme os preceitos da NOB de Recursos Humanos do SUS.

II - As formas de estruturação interna do Conselho de Saúde voltadas para a coordenação e direção dos trabalhos, deverão garantir a funcionalidade na distribuição de atribuições entre conselheiros e servidores, fortalecendo o processo democrático, no que evitará qualquer procedimento que crie hierarquia de poder entre conselheiros ou permita medidas tecnocráticas no seu funcionamento.

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

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

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

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

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

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

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

X - A cada três meses deverá constar das pautas e assegurado o pronunciamento do gestor das respectivas esferas de governo, para que faça prestação de contas em relatório detalhado contendo dentre outros, andamento da agenda de saúde pactuada, relatório de gestão, dados sobre o montante e a forma de aplicação dos recursos, as auditorias iniciadas e concluídas no período, bem como a produção e a oferta de serviços na rede assistencial própria contratada ou conveniada, de acordo com o art. 12 da Lei n.º 8.689/93, destacando-se o grau de congruência com os princípios e diretrizes do SUS.

XI - Os Conselhos de Saúde, desde que com a devida justificativa, buscarão auditorias externas e independentes, sobre as contas e atividades do Gestor do SUS, ouvido o Ministério Público.

XII - O Pleno do Conselho deverá manifestar-se por meio de resoluções, recomendações, moções e outros atos deliberativos. As resoluções serão obrigatoriamente homologadas pelo chefe do poder constituído em cada esfera de governo, em um prazo de 30 (trinta) dias, dando-se-lhes publicidade oficial. Decorrido o prazo mencionado e não sendo homologada a resolução, nem enviada pelo gestor ao Conselho justificativa com proposta de alteração ou rejeição a ser apreciada na reunião seguinte, as entidades que integram o Conselho de Saúde podem buscar a validação das resoluções, recorrendo, quando necessário, ao Ministério Público.

DA COMPETÊNCIA DOS CONSELHOS DE SAÚDE

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

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

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

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

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

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

VI - Estabelecer estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados como os de seguridade, meio ambiente, justiça, educação, trabalho, agricultura, idosos, criança e adolescente e outros.

VII - Proceder à revisão periódica dos planos de saúde.

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

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

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

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

XII – Aprovar a proposta orçamentária anual da saúde, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias (art. 195, § 2º da Constituição Federal), observado o princípio do processo de planejamento e orçamentação ascendentes (art. 36 da Lei nº 8.080/90).

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

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

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

XVI - Fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde e encaminhar os indícios de denúncias aos respectivos órgãos, conforme legislação vigente.

XVII - Examinar propostas e denúncias de indícios de irregularidades, responder no seu âmbito a consultas sobre assuntos pertinentes às ações e aos serviços de saúde, bem como apreciar recursos a respeito de deliberações do Conselho, nas suas respectivas instâncias.

XVIII - Estabelecer critérios para a determinação de periodicidade das Conferências de Saúde, propor sua convocação, estruturar a comissão organizadora, submeter o respectivo regimento e programa ao Pleno do Conselho de Saúde correspondente, explicitando deveres e papéis dos conselheiros nas pré-conferências e conferências de saúde.

XIX - Estimular articulação e intercâmbio entre os Conselhos de Saúde e entidades governamentais e privadas, visando à promoção da Saúde.

XX - Estimular, apoiar e promover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas na área de saúde pertinentes ao desenvolvimento do Sistema Único de Saúde – SUS.

XXI - Estabelecer ações de informação, educação e comunicação em saúde e divulgar as funções e competências do Conselho de Saúde, seus trabalhos e decisões por todos os meios de comunicação, incluindo informações sobre as agendas, datas e local das reuniões.

XXII - Apoiar e promover a educação para o controle social. Constarão do conteúdo programático os fundamentos teóricos da saúde, a situação epidemiológica, a organização do SUS, a situação real de funcionamento dos serviços do SUS, as atividades e competências do Conselho de Saúde, bem como a Legislação do SUS, suas políticas de saúde, orçamento e financiamento.

XXIII - Aprovar, encaminhar e avaliar a política para os Recursos Humanos do SUS.

XXIV - Acompanhar a implementação das deliberações constantes do relatório das plenárias dos conselhos de saúde.

Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Ficam revogadas as Resoluções do CNS de nº 33/1992 e a de nº 319/2002.

HUMBERTO COSTA

Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução CNS Nº 333, de 04 de novembro de 2003, nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991.

HUMBERTO COSTA

Ministro de Estado da Saúde