

Controle social no sistema único de saúde - SUS: aspectos constitucionais e legais dos Conselhos de Saúde

Flávia Silva de Oliveira¹

Resumo: Os Conselhos de Saúde na atualidade representam um espaço responsável pela mobilização e articulação contínuas da sociedade, na defesa dos Princípios Constitucionais e dos dispositivos legais que fundamentam o SUS. Por meio dos Conselhos de Saúde, funcionando com a participação efetiva da sociedade, reivindicando e fiscalizando, que se obterá o direito à saúde integral e universal do cidadão.

Palavras-chave: Conselhos de Saúde. Controle Social. Participação da Comunidade.

Abstract: The Advice of Health in the present time represent a responsible space for the mobilization and continuous joint of the society, in the defense of the Principles Constitutional and the legal devices that base the SUS. By means of the Advice of Health, functioning with the participation he accomplishes of the society, demanding and fiscalizing, that the right to the integral and universal health of the citizen will be gotten.

Word-Key: Advice of Health. Social Control. Participation of the Community.

1. Introdução

Na atualidade os Conselhos de Saúde possuem uma relevante representatividade social nas três esferas governamentais, como conseqüência do modelo de democracia participativa e da diretriz de participação da comunidade nas ações e serviços públicos do SUS, previstas respectivamente no artigo 1º, parágrafo único, e artigo 198, inciso III, da Constituição da República do Brasil de 1988.

Em atendimento a esses dispositivos constitucionais o legislador infraconstitucional criou as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde, como órgãos de gestão do SUS, assegurando nas formatações destes últimos à representatividade de segmentos do governo; de prestadores de serviço privados conveniados, ou sem fins lucrativos; de trabalhadores de saúde e de entidades de usuários, dando critérios norteadores para a implementação da gestão das políticas públicas de saúde, de forma sintonizada com os interesses da coletividade.

O que se observa é que o direito constitucional à gestão participativa no SUS é

¹ Assessora Jurídica do Conselho Estadual de Saúde de Mato Grosso; Especialista em Direito do Estado com Ênfase em Constitucional.

instrumentalizado para ser exercido especialmente por meio dos Conselhos de Saúde, que são órgãos colegiados, incumbidos de zelar pela definição das políticas dos serviços de saúde, bem como fiscalizar essas ações de relevância pública, como meio de viabilizar a atuação da comunidade.

Pretende-se, assim, verificar os aspectos fundamentais da matéria sob preciso enfoque, auxiliar nos aspectos práticos do funcionamento dos Conselhos de Saúde no tocante à Constituição Federal, às leis, às resoluções e à doutrina, de maneira a contribuir com os atores da saúde, sendo eles: os gestores; os trabalhadores da saúde; os prestadores de serviço de saúde; os profissionais que laboram na seara do direito sanitário; a grande parte da população que participa do controle social no SUS e a todos que usufruem os serviços públicos de saúde.

2. Justificativa

A gestão democrática do SUS, que se efetiva principalmente através das Conferências de Saúde, de caráter propositivo e dos Conselhos de Saúde, que são deliberativos e permanentes no SUS, em cada esfera de governo, é um importante modelo de participação da cidadania, que se dá através da sociedade civil organizada e da consagração do processo de controle social.

De acordo com o que preceitua a obra *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios* (2006, p. 94), o controle social:

Abrange as práticas de fiscalização e de participação nos processos deliberativos relacionados à formulação de políticas de saúde e de gestão no SUS. Há mecanismos institucionalizados que garantem a participação e o controle social, como os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde, com representatividade dos diversos atores sociais. As Conferências de Saúde, que ocorrem a cada dois anos, devem avaliar o cumprimento das diretrizes contidas no respectivo Plano de Saúde e produzir diretrizes que orientem novas políticas e programas no seu âmbito de atuação. Conselhos e conferências são garantidos nas três esferas de gestão do SUS pela Lei n. 8.142 de 28 de dezembro de 1990. O SUS garante aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios autonomia para administrar os recursos da Saúde. Para isso, é preciso que cada esfera de gestão tenha seu Conselho de Saúde funcionando de forma adequada. Ao Ministério da Saúde (MS) e às secretarias estaduais e municipais de Saúde cabe a implementação de mecanismos para a gestão e apoio ao fortalecimento do controle social no SUS.

Tendo em vista que os Conselhos de Saúde representam um pólo de qualificação de cidadãos para o controle social, nas demais esferas da ação do Estado, e visando consolidar, fortalecer, ampliar e acelerar o processo de controle social no SUS é que se mostra relevante o estudo da temática dos aspectos constitucionais e legais destes órgãos colegiados. Na ótica de Gonçalves e Puntel (2002, p. 168) os Conselhos de Saúde:

são espaços de conflito e integram os atores com diferentes projetos e interesses. Mas são também possíveis espaços onde os sujeitos sociais podem, através do controle social, exercer a cidadania, o poder participativo, e construir sujeitos políticos com capacidade e potência para intervir positivamente na implementação do SUS no nível local.

Assim, os Conselhos de Saúde se apresentam como um instrumento de gestão participativa, onde são definidas as políticas de saúde, através da troca de experiências e embates entre os conselheiros das esferas municipais, estaduais e nacional, para a consolidação do SUS.

3. Revisão de literatura

Os Conselhos de Saúde na atualidade são um espaço responsável pela implementação da mobilização e articulação contínuas da sociedade, na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS, para o controle social de saúde. Consoante leciona Carvalho (1995, p. 104):

Nada há, na história do Estado Brasileiro que se assemelhe aos Conselhos de Saúde da atualidade, seja pela representatividade social que expressam, seja pela gama de atribuições e poderes legais de que são investidos, seja pela extensão em que estão implantados por todo o país, nas três esferas governamentais.

Os Conselhos de Saúde tem como competência a definição das diretrizes para elaboração dos planos de saúde, os programas de saúde, os contratos e convênios e a aprovação da proposta orçamentária anual da saúde, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias, nos termos do artigo 195, parágrafo 2º, da Lei Maior, observado o Princípio do Processo de Planejamento e Orçamento Ascendentes, esculpido no artigo 36 da Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990.

Cabe aos Conselhos, também, fiscalizar e controlar gastos, acompanhar o desenvolvimento das ações e serviços de saúde, 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, analisar, discutir e aprovar o relatório de gestão, com a prestação de contas e informações financeiras, aprovar, encaminhar e avaliar a política para os Recursos Humanos do SUS; apoiar e promover a educação o controle social.

Apenas com os Conselhos de Saúde funcionando com a participação efetiva da sociedade, reivindicando e fiscalizando, poderá ser alcançado o direito à saúde integral e universal do cidadão, com paradigma na soberania popular, constitucionalmente assegurada no artigo 1º, que prevê o exercício da democracia direta ou participativa.

Segundo Ferreira (2000, p. 208) democracia significa "1. *Governo do povo; soberania popular. 2. Doutrina ou regime político baseado nos princípios da soberania popular e da distribuição eqüitativa do poder*" e participar quer dizer "1. *informar, comunicar. 2.*

Ter ou tomar parte em. 3. Ter parcela em um todo". Sendo assim, os Conselhos de Saúde tem como fulcro a democracia participativa na gestão pública.

Alhures, na lição de Gama (2006, p. 131) a democracia direta é a "*forma de governo em que o povo controla diretamente a gestão da sociedade*", ou seja, é quando o poder do povo é exercido de modo mais efetivo do que na democracia indireta, que ocorre quando "*o povo governa através dos seus representantes que elege*". Dallari (1990, p. 31) afirma que:

Primeiramente a Democracia surge como um processo de democratização, entendido como processo de aprofundamento democrático da ordem política, econômica, social e cultural. Depois, o princípio democrático recolhe as duas dimensões historicamente consideradas como antitéticas: por um lado, acolhe os mais importantes elementos da teoria democrática-representativa (órgãos representativos, eleições periódicas, pluralismo partidário, separação de poderes); por outro lado, dá guarida a algumas exigências fundamentais da teoria participativa (alargamento do princípio democrático a diferentes aspectos da vida econômica, social e cultural, incorporação de participação popular directa, reconhecimento de partidos e associações como relevantes agentes de dinamização democrática).

O ilustre doutrinador Moraes (2006, p. 131 e 132) leciona que:

A consagração de um Estado Democrático pretende, precipuamente, afastar a tendência humana ao autoritarismo e concentração de poder. (...) Assim, o princípio democrático exprime fundamentalmente a exigência da integral participação de todos e de cada uma das pessoas na vida política do país, a fim de garantir-se o respeito à soberania popular.

Bobbio (2002, p. 68 e 69) assevera:

Hoje, se se deseja apontar um indicador de desenvolvimento democrático, este não pode mais ser o número de pessoas que têm o direito de votar, mas o número de locais, diferentes dos locais políticos nos quais se exerce o direito de voto; sintética mas eficazmente: para dar um juízo sobre o Estado de democratização, num dado país, o critério não deve ser mais o de "quem" vota, mas o do "onde" se vota (e fique claro que aqui entendo o "votar" como ato típico e mais comum do participar, mas não pretendo de forma alguma limitar a participação ao voto).

Nesta esteira, a democracia implica na participação efetiva do povo na coisa pública, que pode se dar de forma direta ou indireta, sendo este um princípio fundamental da república, especialmente no que tange às ações e serviços de saúde, cuja participação da cidadania se dá através dos Conselhos de Saúde.

4. Desenvolvimento

Prima facie, traz a calha fazer um breve intróito sobre o histórico da participação da comunidade como diretriz constitucional do Sistema Único de Saúde - SUS. Nos termos do artigo 1º, da Resolução n. 291, de 06 de maio de 1999, do Conselho Nacional de Saúde - CNS, este egrégio órgão colegiado foi criado pela Lei n. 378 de 13 de janeiro de 1937. Era integrado por notáveis, que auxiliavam o Ministro da Saúde na condução das políticas de saúde. De acordo com ensinamento de Carvalho (1995, p. 33) o CNS “*não alcançava senão uma elite médica*”, por possuir um perfil técnico. Neste sentido, Wendhausen (2002, p.108) relata o seguinte:

Em 1970 o Conselho Nacional de Saúde adquire feições de um órgão técnico, com funções normativas, legitimado pelo Estado, que tinha como fim compatibilizá-lo com o processo de privatização da saúde em andamento no País. Seus membros são indicados pelo Estado: com exceção dos representantes de outros ministérios, todos os conselheiros eram indicados pelo Ministro da Saúde (Carvalho, 1995). Estas práticas exemplificam o fechamento do Estado sobre si mesmo e são exacerbadas após a revolução de 1964, quando se institui a ditadura militar no Brasil.

Esse cenário mudou quando surgiram movimentos sindicais e populares na área de saúde, que buscavam a denominada Reforma Sanitária, a fim de modificar a assistência à saúde, que era contributiva, centralizada e vinculada ao Ministério da Previdência.

Neste contexto, a 8ª Conferência Nacional de Saúde teve importante papel, por proporcionar a discussão e a propositura de diretrizes para a saúde, no sentido de passar a ser descentralizada e com a participação da cidadania na gestão, como meio de assegurar o direito isonômico e universal à saúde.

Arouca (1998), ícone da Reforma Sanitária, ao tratar deste processo de modificação da abordagem da saúde pública, consolidada na 8ª Conferência Nacional de Saúde, relatou que:

Está em curso uma reforma democrática não anunciada ou alardeada na área da saúde. A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os seguimentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado.

Este movimento pela Reforma Sanitária teve importante influência na Assembléia Constituinte de 1987 e 1988. Segundo Gravronski (2003, p. 35) consta a adoção do Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, como base do

anteprojeto da Subcomissão da Saúde, Seguridade e Meio Ambiente, pelo seu relator, o constituinte Carlos Mosconi. Preconizou o Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986, p. 12 e 18), dentre outros, que:

Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade.

(...)

3. O novo Sistema Nacional de Saúde deverá reger-se pelos seguintes princípios:

a) referente à organização dos serviços

- descentralização na gestão dos serviços;
- integralização das ações, superando a dicotomia preventivo-curativo;
- unidade na condução das políticas setoriais;
- regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de serviços;
- participação da população, através de suas entidades representativas, na formulação da política, no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação das ações de saúde.

Nos termos da Ata da Décima Primeira Reunião da Subcomissão da Saúde, Seguridade e Meio Ambiente da Assembléia Nacional Constituinte (1987, p. 124) *“dessa reforma sanitária profunda destacar-se-iam dois princípios entre vários outros: qual seja a necessidade de unificação desse sistema e a necessidade de participação da comunidade no controle do mesmo”*.

Resta claro que quanto à saúde, a Carta Magna foi construída com fundamento no Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, o qual foi elaborado na nova lógica dos princípios da Reforma Sanitária.

Com o advento da Constituição Cidadã de 1988, a democracia participativa ficou consagrada como se lê em seu artigo 1º, inciso II e parágrafo único, ao definir a cidadania como um de seus fundamentos e que *“todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição”*.

Por sua vez, no título que trata da Ordem Social, no Capítulo da Saúde, a universalidade e a igualdade no acesso aos serviços públicos de saúde foi assegurada no artigo 196, o qual determina:

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

Já o artigo 198, da Constituição Federal assegura como diretriz do SUS a unificação do sistema de saúde; a descentralização com direção única em cada esfera de governo; o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, e a participação da comunidade, sendo que

esta última consagra a democracia participativa, senão vejamos:

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

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

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

III - participação da comunidade.

Tudo isso representa o resultado do que foi pensado pelo Movimento de Reforma Sanitária e na 8ª Conferência Nacional de Saúde, na qual se propôs que o controle social e a descentralização política e administrativa seriam elementos importantes para garantir o direito universal e igualitário à saúde, assegurando a participação ativa da cidadania como diretriz do SUS. Ao tratar das conquistas de referido movimento Correia (2000, p. 85) dispõe que:

O Movimento Sanitário sempre defendeu a descentralização dos serviços de saúde e a adoção da municipalização, vista como uma estratégia para democratizar o sistema nacional de saúde e como um dos princípios do SUS. Além de desburocratizar o sistema, o que gera maior resolubilidade dos problemas apresentados, a descentralização dos serviços de saúde aproxima a gestão do cidadão, podendo este cobrar e interferir mais de perto na política pública do município.

Assim, os Conselhos de Saúde representam na atualidade um instrumento relevante para viabilizar a participação da cidadania no SUS, oportunizando o exercício da democracia direta. Por sua vez, na esfera federal, foi editada a Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990, denominada Lei Orgânica do SUS, que prevê atribuições para o CNS, como órgão da gestão do sistema, como se lê nos artigos 12; 26; 33 e 37, abaixo transcritos:

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

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

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.

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.

Embora a Lei Orgânica do SUS disponha sobre a Conferência e o CNS, como órgãos de gestão do SUS, ela deixou de dizer de que forma isso seria viabilizado, em face dos vetos que sofreu. Coube, então, à Lei Federal n. 8.142 de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, a definição destes órgãos.

Nos incisos do artigo 1º, da supramencionada norma, preconiza que o SUS contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde como instâncias colegiadas.

Aduz, em seu parágrafo 2º, que o Conselho de Saúde possui caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, que 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, nos termos em que se lê *in verbis*:

Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I - a Conferência de Saúde; e

II - o Conselho de Saúde.

(...)

§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.

E não é só, pois o artigo 4º, inciso II, parágrafo único, da lei acima citada, dispõe que os entes políticos deverão contar com Conselhos de Saúde, sob pena de ter seus recursos administrados pelo Estado, no caso dos Municípios e pela União, no caso dos Estados, *in litteris*:

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:

(...)

II - Conselho de Saúde (...)

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.

Assim, a criação e o funcionamento dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, de forma paritária, não é uma faculdade ou graciousidade, mas sim, uma

ordem taxativa imposta pela Constituição e pela Lei n. 8.080 e n. 8.142, em homenagem à democracia participativa. Acerca do tema, Vázquez (2005) afirma:

No Brasil, a participação da população é um dos eixos principais na estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS) e está claramente definida dentro do marco legal da reforma do setor saúde (Constituição Federal, 1988; Leis 8.080 e 8.142, 1990; NOB's 1/91, 1/92 e 1/96). A Constituição Federal estabelece que é um direito e um dever de todo cidadão participar em todos os níveis de governo. Este novo marco legal recolhe uma concepção democrática da participação em saúde, significando a integração, em parceria com o Estado, dos diferentes setores da população na definição de políticas de saúde a serem implementadas, bem como no monitoramento de sua implementação, incluindo aspectos econômicos e financeiros.

Inequívoco externar que para cumprir sua árdua missão, os Conselheiros de Saúde advindos dos diversos segmentos que compõem estes órgãos colegiados tem que estar em igualdade com os representantes do governo, devendo-lhes ser proporcionado pela administração pública os meios para tanto, até mesmo porque a lei não criou distinção entre eles, não cabendo ao interprete fazê-la.

Importante frisar o que determina o artigo 12 da Lei n. 8.689, de 27 de julho de 1993, a qual dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS e dá outras providências, abaixo transcrito, quanto à necessidade de apresentação de Relatório de Gestão trimestral, que deve conter, dentre outros, dados sobre o montante e a fonte de recursos aplicados, as auditorias concluídas ou iniciadas no período, bem como sobre a oferta e produção de serviços na rede assistencial própria, contratada ou conveniada, pelo gestor do SUS, para análise e ampla divulgação dos Conselhos de Saúde:

Art. 12. O gestor do Sistema Único de Saúde em cada esfera de governo apresentará, trimestralmente, ao conselho de saúde correspondente e em audiência pública nas câmaras de vereadores e nas assembleias legislativas respectivas, para análise e ampla divulgação, relatório detalhado contendo, dentre outros, dados sobre o montante e a fonte de recursos aplicados, as auditorias concluídas ou iniciadas no período, bem como sobre a oferta e produção de serviços na rede assistencial própria, contratada ou conveniada.

Daí advém o dever da remessa de Relatório de Gestão trimestral ao Conselho de Saúde e da realização de audiência pública nas Câmaras de Vereadores e nas Assembleias Legislativas respectivas, para viabilizar a discussão e a divulgação das ações de saúde à população.

Vale trazer a baila o advento da Emenda Constitucional n. 029 de 13 de setembro de 2000, a qual representa importante avanço no que diz respeito ao financiamento do setor de saúde, com a vinculação orçamentária, como forma de diminuir a instabilidade no repasse dos recursos do SUS. Isto porque o artigo 77, parágrafo 3º, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias - ADCT, ao versar sobre o financiamento do Sistema passou a determinar que compete aos Conselhos de Saúde fiscalizar os recursos dos respectivos Fundos de Saúde:

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

(...)

§ 3º - Os recursos dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinados às ações e serviços públicos de saúde e os transferidos pela União para a mesma finalidade serão aplicados por meio de Fundo de Saúde que será acompanhado e fiscalizado por Conselho de Saúde, sem prejuízo do disposto no Art. 74 da Constituição Federal.

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

Já o parágrafo quarto, acima transcrito, determina que enquanto não for regulamentado o parágrafo terceiro, do artigo 198, da Constituição Federal, que define a criação da Lei Complementar, a ser reavaliada pelo menos a cada 5 (cinco) anos, estabelecendo os seguintes parâmetros: percentuais, normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas Federal, Estadual, Municipal e no Distrito Federal, deve-se aplicar o que dispõe o artigo 77 dos ADCT.

Ressalte-se que existe o Projeto de Lei Complementar n. 01 de 2003, de autoria do ex-Deputado Roberto Gouveia, tramitando no Congresso Nacional para regulamentar o artigo 198, parágrafo terceiro da Magna Carta, incluído pela Emenda Constitucional n. 29, de 13 de setembro de 2000. A regulamentação de referida Emenda tem sido uma das principais bandeiras dos Conselhos de Saúde nos últimos anos, para que seja aprovado este projeto de lei que obrigue os entes a cumprir o percentual mínimo previsto no texto constitucional, uma vez que estes órgãos colegiados combatem às constantes tentativas de dilapidação do orçamento da saúde.

Ante a necessidade de esclarecimento conceitual e operacional do texto constitucional, de modo a lhe garantir eficácia e viabilizar sua perfeita aplicação pelos agentes públicos até a aprovação da Lei Complementar a que se refere o parágrafo terceiro, do artigo 198 da Constituição Federal, o CNS editou a Resolução n. 322 de 08 de maio de 2003, com o intuito de promover a aplicação uniforme e harmônica destes ditames constitucionais.

Outrossim, com o objetivo de acelerar e consolidar a participação da população e o controle social do SUS, por intermédio dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, com base na Constituição Federal e na legislação supracitada nas definições emanadas da 9ª Conferência Nacional de Saúde, o CNS editou a Resolução n. 033, de 23 de dezembro de 1992, aprovando as Recomendações para a Constituição e Estruturação de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, as quais serviram como um norteador para a criação e funcionamento dos mesmos.

Já em 04 de dezembro de 2003 foi publicada a Resolução n. 333 do CNS, com fulcro nas discussões das 9ª, 10ª e 11ª Conferências Nacionais de Saúde, nas Conferências Estaduais, do Distrito Federal, e Municipais de Saúde, na X Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, nas Plenárias Regionais e Estaduais de Conselhos de Saúde, que revogou a Resolução acima disposta, e trouxe em seu bojo as atuais diretrizes para a criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde.

Mencionada Resolução estabelece os Conselhos de Saúde como uma instância privilegiada na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e

fiscalização da implementação da Política de Saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros. Determina, ainda, como diretriz, a composição paritária de 50% (cinquenta por cento) de representantes de usuários, 25% (vinte e cinco por cento) de trabalhadores de saúde e 25% (vinte e cinco por cento) de representantes do governo e de prestadores de serviços de saúde, conveniados, ou sem fins lucrativos, sendo o seu Presidente eleito entre os membros do Conselho, em Reunião Plenária.

Acerca da questão do Presidente do Conselho de Saúde ser eleito, existe uma polêmica quanto ao fato de haver Conselhos em que o Presidente é nato, sendo ele o Secretário de Saúde, por se acreditar que existiria um conflito, uma vez que nesta função estaria fiscalizando e deliberando sobre sua própria gestão.

Outro aspecto favorável à eleição do Presidente é que este fator representa elemento essencial para o fortalecimento da democracia, uma vez que sendo o Presidente nato restaria ferido Princípio da Isonomia, constitucionalmente previsto no artigo 5º, *caput*, da Lei Maior, por se inviabilizar o igual direito de concorrer a funções num órgão que tem seu fundamento constitucional a participação popular.

O Decreto Presidencial n. 5.838, de 11 de julho de 2006, em seu artigo 6º, definiu o processo eleitoral para o Presidente do CNS, de forma inédita, consoante abaixo se lê:

Art. 6º O Presidente do CNS será eleito, entre os conselheiros titulares, em escrutínio secreto, na reunião em que tomarem posse os novos membros, votantes somente os membros titulares.

Assim, a eleição do Presidente do CNS representa um avanço importante no processo de democratização e fortalecimento do controle social, que deve refletir nos conselhos de todo o país. Neste sentido, o novo Presidente do CNS, Batista Júnior (2006), afirmou que:

A eleição por si só não resolve tudo, mas, com certeza, o fim da obrigatoriedade de que a presidência do conselho esteja atrelada à gestão vai contribuir positivamente para dar mais autonomia à atuação do Conselho, aprimorando o exercício do controle social.

Desta maneira, a Resolução n. 333 se mostra favorável à eleição dos Presidentes dos Conselhos de Saúde para fortalecer a independência destes órgãos colegiados. Aduz também que os Conselhos devem possuir estrutura administrativa; secretaria executiva e dotação orçamentária, que deve ser gerenciada por ele próprio. Relaciona demais atribuições aos conselheiros, tais quais as de fiscalizar os serviços de saúde e as denúncias de irregularidades, dentre outras.

Sendo assim, os Conselhos de Saúde são instâncias responsáveis pela proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação, fiscalização, formulação e proposição de estratégias, no controle da execução de políticas de saúde.

Neste diapasão, o Pacto pela Saúde estabelecido pela Portaria Ministerial n. 399/GM de 22 de fevereiro de 2006, integrado pelo Pacto pela Vida, Pacto em Defesa

do Sus e Pacto de Gestão do SUS, contempla o Pacto que deve ser firmado entre os gestores das três esferas governamentais, em especial mediante a assinatura dos Termos de Compromissos do Gestor da Saúde que representam um rol de compromissos expressos através de responsabilidades e metas que cada ente deve assumir como responsável pelas ações e serviços de saúde pública.

À luz das Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do Sus e de Gestão (2006, p. 37), pactuadas na reunião da Comissão Intergestores Bipartite - CIB, do dia 26 de janeiro de 2006, e aprovadas na reunião do CNS, de 09 de fevereiro de 2006, as ações que devem ser desenvolvidas para fortalecer este processo de participação da cidadania na gestão do SUS são as seguintes:

- a. Apoiar os Conselhos de Saúde, as Conferências de Saúde e os movimentos sociais que atuam no campo da saúde, com vistas ao seu fortalecimento para que os mesmos possam exercer plenamente os seus papéis;
- b. Apoiar o processo de formação dos conselheiros;
- c. Estimular a participação e avaliação dos cidadãos nos serviços de saúde;
- d. Apoiar os processos de educação popular na saúde, para ampliar e qualificar a participação social no SUS;
- e. Apoiar a implantação e implementação de ouvidorias nos municípios e estados, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS;
- f. Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS e na discussão do pacto.

Deste modo, o Pacto de Gestão assegura a participação popular com vistas ao apoio aos Conselhos e Conferências de Saúde; aos movimentos sociais; à capacitação do controle social no SUS e à implantação de ouvidorias ligadas aos Conselhos de Saúde.

No que tange à formação de conselheiros de saúde da população para participarem do Sistema Único de Saúde o CNS editou a Resolução n. 354, de 14 de setembro de 2005, que aprova as Diretrizes Nacionais para o Processo de Educação Permanente no Controle Social do Sistema Único de Saúde - SUS.

Mencionadas diretrizes reconhecem que os processos de educação permanente para o controle social no SUS devem ter como nível de abrangência a sociedade, na qual o cidadão tem o direito de conhecer, propor, fiscalizar e contribuir para o fortalecimento do controle social no SUS, e o aperfeiçoamento dos Conselhos de Saúde como instâncias deliberativas da política de saúde. Neste contexto, determina que sejam de responsabilidade intransferível dos próprios Conselhos de Saúde a educação permanente para o controle social no SUS de seus conselheiros.

Já na 168ª Reunião Ordinária nos dias 09, 10 e 11 de agosto de 2006, O CNS elaborou a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde - SUS entendendo como educação permanente para o controle social os processos pedagógicos que contribuem para o desenvolvimento da ação do sujeito social em torno do cumprimento do direito à saúde e com metodologias participativas, oportunizando o acesso às informações e aos conhecimentos sobre o SUS para o efetivo exercício da cidadania à sociedade brasileira.

Também é de suma importância o apoio à criação e implementação das

ouvidorias, uma vez que representam um instrumento para o fortalecimento da gestão participativa, por propiciar a ampliação dos canais de relação e participação da população, ao detectar as sugestões, reclamações, denúncias e elogios dos usuários do SUS.

Ademais, a ouvidoria é responsável por encaminhar as demandas reprimidas aos setores competentes, para viabilizar uma resposta ao usuário, sob pena da perda da credibilidade do serviço, bem como por dar um diagnóstico para o Conselho de Saúde, pois ao detectar as possíveis falhas do sistema, os chamados nós górdios, e fornecer esses indicadores para este órgão colegiado, contribui para a redefinição das políticas de saúde, em homenagem ao Princípio da Eficiência. O Professor Speck (2006) ao discorrer sobre a atuação da ouvidoria aponta que ela funciona como:

Um braço da administração: Um canal adicional de queixa e reclamações, complementando os caminhos hierárquicos de recorrer contra decisões.
 Ouvidoria-corregedoria: Um mecanismo da administração para responsabilizar funcionários e aplicar sanções administrativas.
 Ouvidoria-auditoria: Avaliação da eficiência e lisura dos processos, visando a identificação de riscos e o encaminhamento de reformas.
 Defensora do cidadão: Instituição com vocação para independência funcional e atuação autônoma.

Outrossim, para que haja participação efetiva da sociedade e, por conseqüência, o exercício da cidadania, devem existir canais de comunicação entre os usuários do SUS e a gestão, sendo que a implantação e implementação das ouvidorias vinculadas aos Conselhos de Saúde representam um avanço no que diz tange à sua autonomia, como um verdadeiro instrumento de controle social.

Nas palavras do conselheiro nacional, Carajá (2006), ao tratar das diretrizes nacionais para o fortalecimento do controle social no SUS:

Entendemos que os conselhos e os atores sociais que militam no SUS, que são os trabalhadores, usuários, gestores e prestadores de serviço, têm que conhecer a realidade do sistema para garantir o fortalecimento do SUS no Brasil.

Desse modo, a participação da comunidade deve ser fomentada, mediante esses mecanismos de fortalecimento dos espaços de participação, para que os conselheiros tenham condições de desempenhar suas atividades a contento.

5. Conclusões

A República Federativa em que vivemos é um Estado Democrático de Direito, e por isso tem como fundamento que todo poder emana do povo, o qual pode ser exercido diretamente por ele ou indiretamente, de modo que a atuação da cidadania deve ser efetiva.

Nesse diapasão, os Conselhos de Saúde representam um instrumento legítimo de consagração da diretriz constitucional da participação da comunidade no SUS,

como uma conquista advinda das mobilizações sociais ocorridas durante a ditadura militar e no início da democracia, assegurada em nossa Constituição de 1988 e demais normas infraconstitucionais.

A participação de representantes da sociedade civil organizada, dos trabalhadores de saúde, dos prestadores de serviços de saúde e do governo, na gestão do SUS, marca um avanço importante no processo de democratização e fortalecimento do controle social.

Esses espaços democráticos de gestão foram conquistados pela sociedade e precisam ser fortalecidos para permitir a participação efetiva do cidadão na formulação, monitoramento e fiscalização da execução das políticas de saúde, em especial através do apoio aos Conselhos de Saúde; às Conferências de Saúde; aos movimentos sociais; aos mecanismos de educação permanente de conselheiros e agentes sociais e da implantação de ouvidorias, para que os conselheiros tenham condições técnicas de exercer suas funções de relevância pública, com eficiência.

Ex expositis, a construção de uma gestão participativa, na qual a cidadania exerce um papel ativo no SUS, é um avanço social e tem como pressuposto a participação da população e o apoio institucional aos instrumentos de fortalecimento do controle social, sendo toda a sociedade responsável pela concretização desta conquista.

6. Referências

AROUCA, Sérgio. *Reforma Sanitária*. Disponível em: <<http://bvsarouca.cict.fiocruz.br/sanitarista05.html>>. Acesso em 12 dez. 2006.

BATISTA JÚNIOR, Francisco. *Conselho Nacional de Saúde elege presidente pela primeira vez*. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2006/novopresidente.htm>. Acesso em 11 dez. 2006.

BOBBIO, Norberto. *O Futuro da Democracia*. 8. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

BRASIL. ASSEMBLÉIA NACIONAL CONSTITUINTE. *Diário da Assembléia Nacional Constituinte*. Brasília: Centro Gráfico do Senado Federal, 1987.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA. DEPARTAMENTO DE APOIO À DESCENTRALIZAÇÃO. COORDENAÇÃO-GERAL DE APOIO À GESTÃO DESCENTRALIZADA. *Diretrizes operacionais dos pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *O SUS de A a Z: Garantindo Saúde nos Municípios*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Resolução n. 333, de 4 de novembro de 2003: Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CARAJÁ, Eni. *Conselhos de Saúde discutem diretrizes nacionais para o controle social no SUS*. Disponível em: <<http://www.saude.se.gov.br>>. Acesso em 18 nov. 2006.

CARVALHO, Antônio Ivo. *Conselhos de Saúde no Brasil: participação e controle social*. Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995.

CORREIA, Valéria Costa. *Que Controle Social? Os Conselhos de Saúde Como Instrumentos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

DALLARI, Dalmo de Abreu. *O Renascer do Direito*. São Paulo: Saraiva, 1990.

FERREIRA, Buarque de Holanda. *Miniaurélio Século XXI: O minidicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2000.

GAMA, Ricardo Rodrigues. *Dicionário Básico Jurídico*. Campinas: Russell, 2006.

GAVRONSKI, Alexandre Amaral. *A Participação da Comunidade como Diretriz do SUS: Democracia Participativa e Controle Social*. Monografia de conclusão do Curso de Especialização em Direito Sanitário à distância. Universidade de Brasília, Faculdade de Direito, 2003.

GONÇALVES, Maria de Lourdes. ALMEIDA Maria Cecília Puntel de. *Construindo o Controle Social e a Cidadania em uma Experiência Concreta: O Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto (SP)*, Revista Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 26, n. 61, 2002.

MORAES, Alexandre de. *Constituição do Brasil interpretada e legislação constitucional*. São Paulo: Atlas, 2006.

SILVA, Guilherme Rodrigues da et all. *Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios.htm>>. Extraído em: 29 nov. 2006.

SPECK, Bruno Wilhelm. *O Papel das Ouvidorias na Avaliação das Ações e Serviços de Saúde*. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/ouvforum/files/Bruno%20Wilhelm%20Speck.ppt>>. Acesso em: 18 nov. 2006.

VAZQUEZ, Maria Luíza. *Nível de Informação da População e Utilização dos Mecanismos Institucionais de Participação Social em Saúde em Dois Municípios do Nordeste do Brasil*. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 14 nov. 2006.

WENDHAUSEN, Àgueda. *O Duplo Sentido do Controle Social – (Des)caminhos da Participação em Saúde*. Itajaí: Universidade do Vale do Itajaí, 2002.