



UNIVERSIDADE TECNOLÓGICA FEDERAL DO PARANÁ
DIRETORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA MUNICIPAL
CAMPUS CURITIBA



FRANCISCO RAVACCI NETO

**O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE COMO ÓRGÃO
DELIBERATIVO E REGULADOR DE SAÚDE PÚBLICA EM
ITAPETININGA (SP).**

MONOGRAFIA DE ESPECIALIZAÇÃO

**Curitiba
2011**

FRANCISCO RAVACCI NETO

**O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE COMO ÓRGÃO
DELIBERATIVO E REGULADOR DE SAÚDE PÚBLICA EM
ITAPETININGA (SP).**



Projeto de monografia apresentado ao CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA MUNICIPAL para composição da avaliação parcial e conceito final de aprovação.

Orientador: Prof.^a Dr.^a Vanessa Ishikawa Rasoto
Co-Orientador: Prof. Dr. Jorge Carlos Guerra

EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA

Curitiba
2011



UNIVERSIDADE TECNOLÓGICA FEDERAL DO PARANÁ
DIRETORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA MUNICIPAL
CAMPUS CURITIBA



TERMO DE APROVAÇÃO

**O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE COMO ÓRGÃO
DELIBERATIVO E REGULADOR DE SAÚDE PÚBLICA EM
ITAPETININGA (SP).**

Por:
FRANCISCO RAVACCI NETO

Esta monografia foi apresentada às 16 horas, do dia 03 de dezembro de 2011, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista no Curso de Especialização em Gestão Pública Municipal, Modalidade de Ensino a Distância, da Universidade Tecnológica Federal do Paraná, *Campus* Curitiba. O candidato foi argüido pela Banca Examinadora composta pelos Professores abaixo assinados. Após a deliberação, a Banca Examinadora considerou o trabalho APROVADO.

Prof.^a Dr.^a Vanessa Ishikawa Rasoto
UTFPR – *Campus* Curitiba

Prof. Dr. Jorge Carlos Correa Guerra
UTFPR – *Campus* Curitiba

Prof.^a MSc. Ana Cristina Macedo Magalhães
UTFPR – *Campus* Curitiba

*Dedico
aos meus pacientes e aos meus alunos,
por
provocarem sempre novos saberes.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, Grande Arquiteto do Universo;

Em memória aos meus pais, pela existência plena;

À Orientadora, Prof.^a Dr.^a Vanessa Ishikawa Rasoto;

Ao Co-Orientador, Prof. Dr. Jorge Carlos Correa Guerra;

A todos os Professores da Universidade Tecnológica Federal do Paraná, especialmente aos docentes do Curso de Especialização em Gestão Pública Municipal, pelos ensinamentos;

À Dr.^a Ângela Maria Pierrotti de Souza, pela contribuição e abertura;

Ao Sr. Carlos José de Lazari, pela contribuição e abertura;

Ao Sr. Celso Aparecido Fattori Júnior, pela contribuição e abertura;

Ao Grupo de Estudos (Ana Paula, Carlos Eduardo e Eloiza), pelas horas de estudo e especialmente por auxiliar um neófito na Área da Administração;

Em memória ao Dr. Laert Vieira Pires, fundador do Hospital Psiquiátrico de Itapetininga, professor e amigo.

“O meu ideal político é a democracia,
para que todo homem seja respeitado como indivíduo e nenhum venerado”.

(Albert Einstein)

RESUMO

RAVACCI NETO, Francisco. **O Conselho de Municipal de Saúde como Órgão Deliberativo e Regulador de Saúde Pública em Itapetininga (SP)**. Monografia de Especialização em Gestão Pública Municipal, Modalidade de Ensino a Distância, da Universidade Tecnológica Federal do Paraná, *Campus* Curitiba, ano 2011.

Este trabalho é um estudo de caso sobre o Conselho Municipal de Saúde de Itapetininga objetivando verificar e analisar a Função Deliberativa do Conselho Municipal de Saúde no processo democrático participativo no Município de Itapetininga, procurando identificar a meta de atuação do Conselho CMS e a caracterização do CMS como estrutura reguladora da qualidade em saúde pública no município e sua devida importância, focando a evolução do mesmo, com comparações a outros Conselhos de Saúde no Brasil e do Sul da Europa (Itália, Espanha, Portugal), e buscando, com isso, entender a possibilidade de mobilização e a participação na condução da deliberatividade nas políticas públicas de saúde.

Palavras-chave: Conselho Municipal, estudo de caso, participação social.

ABSTRACT

RAVACCI NETO, Francisco. **O Conselho de Municipal de Saúde como Órgão Deliberativo e Regulador de Saúde Pública em Itapetininga (SP)**. Monografia de Especialização em Gestão Pública Municipal, Modalidade de Ensino a Distância, da Universidade Tecnológica Federal do Paraná, *Campus* Curitiba, ano 2011.

This paper is a case study of the Council of Municipal Health of Itapetininga order to verify and analyze the function of the Deliberative Council of Municipal Health participatory in the democratic process in the municipality of Itapetininga, trying to identify the target of action of the board and the characterization of Council of Municipal Health as regulatory framework for quality in public health in the municipality and its due importance, focusing on the evolution of the same, with comparisons to other boards of health in Brazil and Southern Europe (Italy, Spain, Portugal), and seeking thereby to understand the possibility of involvement and participation in the conduct of Deliberate in public health policies

Keywords: Council of Municipal Health, case study, social participation

SUMÁRIO

Introdução	p.10
1.1. Contexto.....	p.11
1.2. Problema de Pesquisa.....	p.11
1.3. Objetivos.....	p.12
1.3.1. Geral.....	p.12
1.3.2. Específicos.....	p.12
1.4. Justificativa.....	p.12
1.5. Estrutura do Trabalho.....	p.14
Fundamentação Teórica	p.16
2.1. Histórico da Instituição Conselho Municipal da Saúde.....	p.16
2.2. Estrutura e Funcionalidade do Conselho Municipal da Sa- úde.....	p.22
2.3. Função Deliberativa.....	p.31
2.4. Função Fiscalizadora.....	p.36
2.5. Função Mobilizadora.....	p.40
2.6. Conselhos Municipais de Saúde e Participação da Socie- dade Civil.....	p.43
Metodologia	p.50
3.1. Procedimentos Metodológicos de Pesquisa.....	p.53
3.2. Coleta e Tratamento de Dados.....	p.54
Análise de Dados	p.56
4.1. Unidade-Caso: Município de Itapetininga.....	p.56
4.2. Conselho Municipal da Saúde de Itapetininga.....	p.61
Conclusão	p.66
.....	p.77
.....	p.81
.....	p.86

CAPÍTULO 1. INTRODUÇÃO.

A democracia pela qual se há tanto lutado desde o século XVIII mais do que nunca chega ao século XXI demandando olhares mais críticos e aprofundados sobre seus atores e, mais ainda, sobre seus proponentes.

Este trabalho, que vem a ser um estudo de caso, traz os Conselhos Municipais de Saúde, em especial o de Itapetininga, e seu trabalho de regulação da Saúde Pública, com funções primordiais como consultoria, fiscalização e deliberação das políticas de saúde municipais.

A redemocratização do Brasil, com a Carta Constitucional Federal de 1988, aprofunda uma maior participação da população na tomada de decisões a respeito de políticas públicas, visando de forma mais abrangente a democracia não apenas representativa, mas, principalmente, participativa.

Com experiências que trouxeram à luz uma nova configuração de relacionamento entre governo e sociedade civil, começa um processo de participação popular, ainda que de maneira tímida, pondo de um lado o Poder Executivo, com receio da perda do poder ganho nas eleições, e, de outro lado, a sociedade civil desacostumada a exercer participação nas decisões de seu destino, historicamente alienada dos processos de participação, então o que se verifica é um lento aprendizado de ambos os lados, para, conjuntamente, buscar novas idéias, novas concepções, novos arranjos, novos relacionamentos, na decisão de direção da vida da cidade, e, por conseguinte, da população local no destino das suas necessidades básicas.

Para conseguir esse relacionamento, foram instituídos os Conselhos Municipais, que têm por função dividir, somar, realizar de forma democrática representativa, o Governo e a sociedade nas decisões a respeito das atividades básicas, no caso em questão, a saúde pública, em que a mobilização, a consultoria, a fiscalização e a deliberação trouxeram a esse novo arranjo de responsabilidades o futuro da saúde nos municípios do Brasil.

1.1. Contexto

Com as necessidades sociais intrínsecas à saúde, a função do Estado como mantenedor da mesma não pode ser ignorada. Porém, o Estado por vezes não consegue cumprir com a função reguladora, visto que esta é passível de ser co-gerida com Conselhos de Saúde Municipais, atentos às especificidades de cada comunidade.

Nesses termos, a função de tais Conselhos como órgãos deliberativos é imprescindível para a manutenção do emprego otimizado de recursos públicos e de uma prática em saúde pública desempenhada nos estabelecimentos oficiais de saúde mais profícua.

1.2. Problema de pesquisa

Como todo tipo de instituição, a Saúde Pública demanda um olhar atento de seus usuários, que são a maioria da população, focado na resolução de seus problemas específicos. Neste trabalho, a atenção é sobre a seguinte problemática: se as instituições denominadas Conselhos Municipais de Saúde funcionam com a devida participação popular, sendo que esta questão se compõe das seguintes indagações: primeira, o CMS/Conselho Municipal de Saúde funciona como foi previsto institucionalmente; segunda, se o CMS tem participação da sociedade civil organizada, e, terceira, se as deliberações oriundas de tal população são efetivamente acatadas.

Para trabalhar essa problemática, estudar-se-á o CMS de Itapetininga como caso, a partir do qual é feito o exame de suas funções, sua estruturação, sua História, correlações com alguns outros casos de CMS (inclusive em face às experiências percebidas na UE/União Européia), visando levantar sua evolução, conforme os objetivos elencados, e, também, trazer a baila sugestões fundamentadas a possíveis falhas de continuidade a respeito da implementação e funcionamento dos mesmos, que por ventura surjam com as pesquisas levantadas.

1.3. OBJETIVOS

Este trabalho conta com os seguintes objetivos geral (que foi o foco das pesquisas) e específicos (que foram, dentro do geral, os tópicos efetivamente abordados para a elaboração deste trabalho):

1.3.1. Objetivo Geral

Verificar e analisar a Função Deliberativa do Conselho Municipal de Saúde no processo democrático participativo no Município de Itapetininga.

1.3.2. Objetivos Específicos

Este trabalho tem como objetivos específicos:

- Elaborar referencial teórico sobre identificação da meta de atuação do Conselho CMS;
- Caracterizar o CMS como estrutura reguladora da qualidade em saúde pública no município e sua devida importância;

1.4. Justificativa

O desenvolvimento histórico do CMS de Itapetininga, desde o seu nascimento, apresenta características próprias, que começam na sua formalização e perpassam por sua atuação na regulação da Saúde Pública de Itapetininga, revelando que, ao longo do seu desenvolvimento, nasceu numa época que o marcou com um caráter predominantemente consultivo, quase exclusivamente concordante com a Política de Saúde apresentada como pronta e definitiva pela Secretaria de Saúde do Município.

Esse contexto destaca que mesmo havendo a Lei Municipal n.º 3141/91, que descreve as atribuições e as atividades de funcionamento do CMS de Itapetininga, não se observa que, em sua totalidade, a participação social efetiva e a execução na prática da função deliberativa nas decisões referentes à saúde e à abrangência da participação de todos os conselheiros tivesse significatividade nos primeiros anos.

Essa falta de significatividade, nos primeiros anos, da participação social efetiva e da execução na prática da função deliberativa nas decisões referentes à saúde e à abrangência da participação de todos os conselheiros pode ter se dado porque alguns conselheiros viam-se de algum modo ligados ao Executivo, através da Secretaria Municipal de Saúde de Itapetininga, e havia também aqueles que eram indicados para compor o CMS, e mesmo alguns dos votados na representação da sociedade acabavam por não exercer a paridade exigida em lei federal, e, pois, não mostravam representatividade necessária para discussões relevantes e significativas que pudessem promover mudanças exigidas em se fazer tal conselho efetivamente representativo da população de Itapetininga.

Os caracteres fiscalizador e deliberativo que a lei federal prevê e exige não eram vislumbrados na ocasião da criação e nos primeiros anos do CMS de Itapetininga, cuja História revela que os conselhos se formavam ano após ano pela troca simples de nomes de seus membros, mas nada de significativo oferecendo para a Saúde do Município.

Há histórias de Conselhos considerados como bem sucedidos que podem ser pesquisadas para fins comparativos.

Analisa-se que além de haver membros ligados ao Governo de modo direto e indireto, que os mesmos também eram indicados diretamente por seus superiores, o que põe em relevo que estes superiores eram ligados diretamente aos governantes, e que a minoria não ligada a órgãos governamentais ou de classe, ficava à mercê dessa maioria nomeada não por seus pares, mas por seus superiores, do seio de órgãos privados e mistos (públicos e privados), especialmente para exercerem só a função consultiva e dentro desta somente para aprovações em regime de

urgência (como se percebe por meio de algumas atas), mascarando assim a participação popular na aprovação oficial dos detalhes da Saúde Pública Oficial.

Então, de 1991 a 2011, o que se viu foi a passagem de uma política pseudo-deliberativa, que era meramente consultiva (com algumas prerrogativas de fiscalização engendrada nos conselhos, que fizeram a História do Município de Itapetininga), para, com muita luta, ultrapassar as limitações do meramente consultivo para os limiares fiscalizadores e, nos últimos quatro anos, para algo com alguns aspectos deliberativos e da verificação e análise do desenvolvimento histórico da Função Deliberativa do CMS e no processo de implementação de decisões e resoluções de modo democrático que nasce e se desenvolve este trabalho.

Nesses termos, é importante estudar a história tanto dos Conselhos Municipais de Saúde, de modo geral, e, de modo específico, o do Município de Itapetininga a fim de verificar, dentro dos objetivos deste trabalho, a participação popular na aprovação oficial dos detalhes da Saúde Pública Oficial, particularmente a respeito dos caracteres fiscalizador e deliberativo que a lei federal prevê para o CMS, e, pois, a importância do CMS de Itapetininga em seu contexto.

1.5. Estrutura do trabalho

Este trabalho, constituído de um estudo de caso, compõe-se de cinco capítulos principais, seguidos de Referências, Apêndices e Anexos.

Os capítulos são Introdução (contextualizando, delimitando e justificando o tema proposto), Fundamentação Teórica (em que se faz levantamento histórico e estrutural do CMS, de suas principais funções e da participação da sociedade civil, com comparações com Conselhos Municipais de Saúde de outros municípios e análise da mobilização social em países da União Europeia), Metodologia (que tratará do método utilizado – estudo de caso –, dos procedimentos metodológicos e da coleta e tratamento de dados), Análise de Dados (que tratará da

unidade-caso, o Município de Itapetininga, bem como do CMS de Itapetininga) e Conclusão, que se comporá dos resultados do estudo do caso proposto sobre o objetivo geral deste trabalho, que é verificar e analisar a função deliberativa do CMS no processo democrático participativo no Município de Itapetininga, e também de acordo com objetivos específicos (que são identificar a meta de atuação do CMS e caracterizar o CMS como estrutura reguladora da qualidade em saúde pública no município e sua devida importância).

Nas Referências são apresentadas as obras que nortearam o trabalho do autor neste estudo, enquanto nos Apêndices serão mostrados textos de documentos, cabendo aos Anexos serem compostos por documentos que são pertinentes ao CMS de Itapetininga, os quais textos e documentos foram fundamentais ao longo das pesquisas e estruturação deste trabalho todo.

CAPÍTULO 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.

Conforme o objetivo geral deste trabalho, que é verificar e analisar a Função Deliberativa do CMS/Conselho Municipal de Saúde no processo democrático participativo no Município de Itapetininga, e também de acordo com objetivos específicos (que são identificar a meta de atuação do CMS e caracterizar o CMS como estrutura reguladora da qualidade em saúde pública no município e sua devida importância), este capítulo se comporá de um breve histórico do SUS/Sistema Único de Saúde (do qual nasce a instituição CMS), de uma análise da estrutura e prerrogativas dos Conselhos Municipais de Saúde (inclusive com destaque às suas funções deliberativa, fiscalizadora e mobilizadora) e de análises de Conselhos de outros Municípios (Sorocaba, Maringá e Camaçari), bem como do funcionamento da participação popular em países da U.E. (União Européia, notadamente Itália, Espanha e Portugal, em virtude de suas proximidades e laços históricos e geopolíticos) para fundamentar a coleta e análise de dados e as discussões e conclusão deste mesmo trabalho.

2.1. Histórico da Instituição Conselho Municipal de Saúde

Para chegar ao CMS de Itapetininga, há toda uma História a ser levantada sobre a instituição de Conselhos Municipais de Saúde.

Conforme dados oficiais (especialmente como constante nos sítios eletrônicos oficiais <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm/?portal=pagina.visualizarArea&codArea=330>> e <www.datasus.gov.br/> e em Brasil, 2003), no Brasil, a década de 1960 começa com a desigualdade social, marcada pela baixa renda per capita e pela alta concentração de riquezas nas mãos de poucos, passando a ocupar ponto de especial destaque no discurso dos sanitaristas (a partir de então chamados “sanitaristas desenvolvimentistas”) em torno das relações entre

saúde e desenvolvimento, observando-se que visivelmente esse desenvolvimento era pautado sobre programas de metas em escala nacional como SALTE (iniciais de “Saúde, Alimentação, Transporte e Energia”, que foi um plano econômico lançado pelo governo brasileiro de Eurico Gaspar Dutra, e que durou, somente, de 1947 a 1951, gerando mais expectativas que resultados específicos, embora entre estes mereça destaque o Hospital do Servidor Público da então capital federal, a cidade do rio de Janeiro), o veículo automotor nacional, a televisão no Brasil, a nova capital federal, principalmente, que vinham sendo planejados desde pelo menos a década anterior.

Segundo esse discurso e seus sucedâneos, o planejamento de metas de crescimento e de melhorias em escala nacional deveria conduzir a um planejamento global da economia (e crescimento) do Brasil, com um especial planejamento na área da saúde, o qual teve, entre outros marcos importantes, a formulação da PNS/Política Nacional de Saúde (gestão do então ministro, Estácio Souto-Maior, em 1961), objetivando a redefinição da identidade do Ministério da Saúde, em especial para colocá-lo em sintonia com os avanços verificados na esfera econômico-social, e, consoante aos discursos dos sanitaristas desenvolvimentistas e do Plano SALTE, para sanar a dicotomia entre Saúde Pública (vista como algo exclusiva para carentes e marginalizados) e Assistência Médica (um luxo, só para elites e, no máximo, para emergentes).

Conforme <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm/?portal=pagina.visualizarArea&codArea=330>>, <www.datasus.gov.br/>, <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/Gestor/area.cfm?id_area=126> e em Brasil (2003), observa-se como marco histórico da Saúde no âmbito ministerial a realização da III CNS (Conferência Nacional da Saúde), convocada pelo Ministro Wilson Fadul (em 1963), árduo defensor da tese de municipalização da saúde e dos serviços de saúde (implicitamente, também visivelmente contrário à dicotomia entre Saúde Pública e Assistência Médica).

Esse momento, percebe-se, esteve entre as principais sementes do SUS e, mormente, do CMS, sendo que essa Conferência propunha tanto a

reordenação dos serviços de assistência médico-sanitária, quanto alinhamentos gerais para determinar uma nova divisão das atribuições e responsabilidades entre os campos político-administrativos da Federação visando, sobretudo, a municipalização de serviços, investimentos de verbas públicas e, obviamente, de responsabilidades, também tendo em foco o saneamento da dicotomia entre Saúde Pública e Assistência Médica.

Há, no entanto, um longo percurso ainda, entre a defesa da municipalização da saúde, dos serviços de saúde, e a institucionalização do SUS e do CMS, perpassando pelas diversas reformas na estrutura, com especiais destaques para as de 1967 e de 1974, ao longo da existência do Ministério da Saúde.

Nesses termos, pode-se dizer, seguindo <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm/?portal=pagina.visualizarArea&codArea=330>>, <www.datasus.gov.br/>, <http://portalsaude.saude.gov.br/portal.saude/Gestor/area.cfm?id_area=126>, que a reforma de 25 de fevereiro de 1967 veio estabelecer que o Ministério da Saúde passava a ser o responsável senão único, ao menos principal pela formulação e coordenação da PNS/Política Nacional de Saúde, que até então não havia saído do papel, com as áreas de competência seguintes: política nacional de saúde; atividades médicas e paramédicas; ação preventiva em geral, vigilância sanitária de fronteiras e de portos marítimos, fluviais e aéreos; controle de drogas, medicamentos e alimentos e pesquisa médico-sanitária.

Com a reforma de 1974, as Secretarias de Saúde e de Assistência Médica do Ministério da Saúde foram englobadas, passando a constituir a Secretaria Nacional de Saúde, para reforçar o conceito de que estava sendo resolvida a dicotomia entre Saúde Pública e Assistência Médica.

Também em 1974, a SUCAM/Superintendência de Campanhas de Saúde Pública foi elevada a órgão de primeira linha, passando à subordinação direta do Ministro do Estado, para possibilitar maior flexibilidade técnica e administrativa ao mesmo.

Foram criadas, também em 1974, as Coordenadorias de Saúde, compreendendo cinco regiões (Amazônia, Nordeste, Sudeste, Sul e

Centro-Oeste), ficando as Delegacias Federais de Saúde compreendidas nessas áreas subordinadas às mesmas.

As então Delegacias Federais de Saúde deixaram, assim, de integrar órgãos de primeira linha e foram criadas a Coordenadoria de Comunicação Social como órgão de assistência direta e imediata do Ministro de Estado, e o Conselho de Prevenção Antitóxico, como órgão colegiado, diretamente subordinado ao Ministro de Estado.

Do final da década de 1980 em diante, destaca-se a Constituição Federal de 1988, que determinou ser dever do Estado garantir saúde a toda a população e, para tanto, criou o SUS/Sistema Único de Saúde. Em 1990, o Congresso Nacional aprovou a Lei Orgânica da Saúde que detalha o funcionamento do Sistema.

Segundo o Artigo 200 da CF, compete ao SUS:

- Controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
- Executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
- Ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
- Participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
- Incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;
- Fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
- Participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- Colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

O SUS, assim criado, é um organismo complexo e que comporta uma ouvidoria própria (<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1003>), com o número de telefonia fixo próprio, exclusivo, que é o

“136”, chamado “Disque Saúde”, e tem em sua História (cf. <157.86.8.13/**sus20anos/index.php?option...historia-do-sus**>) a recepção do certificado de erradicação da poliomielite pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS) e a criação do Programa Saúde da Família (1994); a Norma Operacional Básica (modelo operacional modelo de gestão do SUS que disciplina as relações entre União, estados, municípios e Distrito Federal, 1995); Sistema Nacional de Transplantes, ADT/Assistência Domiciliar Terapêutica para o atendimento aos portadores de HIV/Aids; criação do “Disque Saúde” (1997); Instituição do Piso de Atenção Básica para viabilizar a organização de atenção básica à saúde nos municípios brasileiros (1998); criação da ANVISA/Agência Nacional de Vigilância Sanitária; o medicamento genérico é estabelecido no país, assim como a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos; início da Campanha Nacional de Vacinação para a Terceira Idade contra a gripe, tétano e difteria (1999); criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); realização da 11.^a Conferência Nacional de Saúde, com o tema “Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social”; registro do último surto de sarampo no Brasil (2000).

Com o século XXI, conforme <157.86.8.13/**sus20anos/index.php?option...historia-do-sus**> e <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_20anos_saude_tamanho_brasil.pdf>, a atuação do SUS tem conseguido assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde nas três esferas de governo (2001) e tem atingido metas como o Brasil já em 2001 alcançar a marca de 150 mil Agentes Comunitários de Saúde, antecipando a meta prevista para o fim de 2002; a aprovação da NOAS/Norma Operacional de Assistência à Saúde, que define a regionalização e a descentralização da assistência à Saúde; a Organização Mundial da Saúde reconhece o Brasil como o país com a maior e mais complexa Rede de Bancos de Leite Humano do mundo (2001); instituição do Dia Nacional de Mobilização contra a Dengue; criação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência; criação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (2002);

criação da nova estrutura do Ministério da Saúde com as secretarias: Atenção à Saúde; Vigilância em Saúde; Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos; Gestão Participativa; e Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; realização da 12.^a Conferência Nacional de Saúde com o tema “Saúde: um Direito de todos e um Dever do Estado – a saúde que temos, o SUS que queremos”; criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); criação do programa “De Volta para Casa”, que contribuiu com o processo de reinserção social de pessoas com longa história de internação psiquiátrica (ainda que com o desmantelamento de entidades que graciosamente prestavam apoio aos carentes portadores de quaisquer problemas mentais); criação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário; implantação do tratamento para fumantes na rede de atenção básica (2003); instituição da Política Nacional de Humanização no Sistema Único de Saúde (HumanizaSUS); lançamento do programa “Brasil Sorridente” (um conjunto de ações do Ministério da Saúde para melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira); lançamento do programa “Farmácia Popular do Brasil”; criação da Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (Hemobras); publicação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004); publicação do Plano Nacional da Saúde; lançamento da Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; inauguração do BNT (Banco Nacional de Tumores) e do INCA (Instituto Nacional do Câncer), em 2005.

A segunda parte da primeira década do século XXI, ainda conforme <157.86.8.13/sus20anos/index.php?option...**historia-do-sus**>, tem nas ações do SUS: a aprovação do Pacto pela Saúde em três dimensões: Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão; instituição da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde; incorporação da vacinação contra o rotavírus no Calendário Básico de Vacinação da Criança, tornando-se o primeiro país do mundo a oferecer essa vacina na rede pública de saúde; lançamento da Política da Pessoa Idosa (2006); realização da 13.^a Conferência Nacional de Saúde, com o tema “Saúde e Qualidade de Vida: Política de Estado e Desenvolvimento”; lançamento do Programa Mais Saúde – PAC – Saúde – direito de todos (em quatro vertentes: 1. Promoção e atenção; 2. Gestão,

trabalho e controle social; 3. Ampliação do acesso com qualidade; 4. Desenvolvimento e Inovação em Saúde e o PAC do saneamento, para ampliar o acesso e a qualidade dos serviços prestados pelo SUS à população brasileira); lançamento do Programa Nacional de Telesaúde; licenciamento compulsório do anti-retroviral Efavirenz, remédio usado no tratamento da AIDS (2007); implantação das ações do “Programa Mais Saúde – PAC: Saúde, direito de todos”; o Governo Federal estimula mudanças estruturais nas unidades de saúde para incentivar o parto normal humanizado, controlar riscos e reduzir a mortalidade materna neonatal; lançamento da Campanha Nacional contra a Rubéola, a maior campanha de vacinação do mundo (2008).

Este tem sido, conforme dados oficiais, a trajetória do SUS, do CNS e do que vêm a ser os Conselhos Municipais de Saúde, em tese, principais sucessores do Plano SALTE e sanitaristas desenvolvimentistas e gestores da municipalização da saúde e dos serviços de saúde, e, pois, também do saneamento da dicotomia entre Saúde Pública e Assistência Médica.

2.2. Estrutura e Funcionalidade do Conselho Municipal de Saúde

O Conselho de Saúde, criado a partir dos mesmos princípios e ações que o SUS, exerce suas atribuições através de seu plenário. Para facilitar o trabalho, os conselheiros podem ser divididos em grupos, para trabalharem em comissões, como por exemplo:

- acompanhamento e fiscalização;
- saúde;
- comunicação e educação da sociedade;
- orçamento e financiamento do SUS.

Conforme <http://portal2.tcu.gov.br/portal/pls/portal/docs/2057626.PDF>, o ponto de partida da atuação dos Conselheiros de Saúde são as necessidades da comunidade.

Os conselheiros, em tese, e de acordo com a tradição anteriormente levantada desde o Plano SALTE e dos sanitaristas desenvolvimentistas, devem ser a ligação entre o Conselho de Saúde e o grupo social a se destinam representarem.

Sobre essa trilha, a Lei Orgânica da Saúde e, também, a Emenda Constitucional 29/2000 criaram e fundamentaram o funcionamento dos Conselhos de Saúde, fazendo-os obrigatórios e órgãos por meio do quais Estados, Distrito Federal e municípios passaram a receber recursos federais para a Área da Saúde na sucessão e desenvolvimento do proposto desde o Plano SALTE e os sanitaristas desenvolvimentistas, e na concretização da gestão da municipalização da saúde e dos serviços de saúde e do saneamento da dicotomia entre Saúde Pública e Assistência Médica.

Sobre essa fundamentação legal, deve inexistir hierarquização entre União, Estados, Distrito Federal e município: cada um é, em relação ao outro, organicamente autônomo para definir, em seus Planos de Saúde, os meios pelos quais o dinheiro transferido pelo governo federal será aplicado na Área da Saúde de sua esfera de influência.

Mesmo assim, e tendo em vista o bem-estar da coletividade, os planos estaduais, distrital e municipais de saúde devem estar em harmonia com o Plano Nacional de Saúde.

Os Planos de Saúde devem ser submetidos à aprovação dos Conselhos de Saúde, lembrando-se que cada conselheiro, segundo a legislação federal, deve representar uma parte da sociedade e estar no Conselho para levar as necessidades e as sugestões da sua comunidade para as políticas de saúde, de modo que cada Plano de Saúde seja, democraticamente, o que mais e melhor atenda à coletividade.

O Conselho de Saúde nasce legalmente para ser aliado da Secretaria de Saúde na busca de um sistema de saúde melhor para todos e que supere a dicotomia entre Saúde Pública e Assistência Médica.

Também, de acordo com a legislação federal, não deve haver subordinação entre Conselho de Saúde e Prefeitura, ou entre Conselho de

Saúde e Secretaria de Saúde; nos termos da lei, todos devem auxiliarem-se mutuamente, com o objetivo de ajudar à sociedade.

Como já destacado, a natureza do Conselho de Saúde em cada uma de suas esferas é essencialmente como de representante legítimo da coletividade, e, pois, de órgão deliberativo, e tal definição se faz explícita também no Artigo 1.º do Decreto n.º 5839/2006, de seguinte teor:

“Art. 1.º O Conselho Nacional de Saúde – CNS, órgão colegiado de caráter permanente e deliberativo, integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, é composto por representantes do governo, dos prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, cujas decisões, consubstanciadas em resoluções, são homologadas pelo Ministro de Estado da Saúde.”

O Conselho é, pois, um órgão de caráter legal e explícita e obrigatoriamente deliberativo, ainda que para fazer valer suas resoluções necessite, paradoxalmente, da homologação do Ministro da Saúde.

Nesses termos, reside exatamente nessa necessidade de chancela, da homologação do Ministro da Saúde, a questão problemática quanto ao alcance das atribuições/obrigações legalmente constituídas/cobradas, e, portanto, legalmente imputadas em relação ao Conselho e à sua atuação, ainda porque se o Ministro se negar a homologar alguma resolução, esta deverá ser encaminhada ao Conselho para mais uma vez deliberar sobre o conteúdo ou a forma da resolução, e só então ela será reenviada ao Ministro, tal como estabelece o Regimento Interno do Conselho Nacional de Saúde, *exempli gratia*:

“Art. 58. A Resolução é ato geral, de caráter normativo.
§ 3.º A Resolução aprovada pelo CNS que não for homologada pelo Ministro de Estado da Saúde, no prazo de até trinta dias após sua aprovação, deverá retornar ao Plenário do CNS na reunião seguinte, acompanhada de justificativa e proposta alternativa, se de sua conveniência, para avaliação do Pleno que poderá acatar as justificativas revogando, modificando ou mantendo a Resolução, que, nos dois últimos casos, será reencaminhada ao Ministro para homologação”.

Observa-se, pois, que a mesma forma de atuação no quesito Resolução versa a forma de agir aos demais Conselhos de Saúde, estadual e municipal como do Distrito Federal.

Uma vez que ele novamente negue homologação ao documento, cabe ao Conselho proceder com os devidos encaminhamentos, nos termos do Artigo 58, § 4.º;

“Se novamente o Ministro de Estado da Saúde não homologar a Resolução, nem se manifestar sobre esta em até trinta dias após o seu recebimento, ela retornará ao Plenário do CNS para os devidos encaminhamentos (Artigo 58, § 4.º, Regimento Interno do Conselho Nacional de Saúde)”.

O Conselho é, pois, algo que se compõe com o, e não do, Ministério da Saúde, embora seja visto (ao contrário dos ditames da lei) como mero órgão deste (e, pois, subordinado a tal ministério, apesar de não ser isso o que reza a lei) e, como tal, deve poder manifestar a vontade do Estado, na figura do referido Ministério, fazendo as vezes de órgão técnico em assuntos com competência legalmente constituída.

O Conselho Nacional de Saúde, em seu âmbito, é o instrumento destinado a dar eficácia ao Princípio da Participação Popular, plasmado nos Artigos 194, VII, e 198, III da Constituição Federal, e no Artigo 7.º, VIII. da Lei Federal n.º 8080/1990, *verbi gratia*:

“Art. 194, CF/Constituição Federal. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Parágrafo único. Compete ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos:

VII - caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados.

“Art. 198, CF. 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:

III - participação da comunidade.

“Art. 7.º da Lei Federal n.º 8080/1990. 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:

VIII - participação da comunidade;”

Analisando a partir do exposto, o Conselho de Saúde é um órgão colegiado e esse colégio deve ser integrado por não somente representantes do governo, mas também por usuários do sistema público de saúde, dentre outros.

Essa composição visa conferir legitimidade ao plano de descentralização das ações e políticas de saúde, plano este corporificado na criação do próprio Conselho e na conseguinte ampliação de suas competências na, conforme já escrito, sucessão e desenvolvimento do proposto desde o Plano SALTE e os sanitaristas desenvolvimentistas, e na

concretização da gestão da municipalização da saúde e dos serviços de saúde e do saneamento da dicotomia entre Saúde Pública e Assistência Médica.

Assim, pode-se observar na essência sócio-histórica e legal da constituição do CMS o princípio da participação popular, e que isso remete à necessidade de não se poder esquecer que esse mesmo Conselho, no entanto, deve ser composto também, e não somente, por integrantes do governo, mas também por representantes de associações de classe, visto que, em tese, estes membros não-oriundos diretamente da população a ser atendida devem estar no Conselho para assumirem o papel de técnicos, de detentores de conhecimentos técnicos e políticos específicos para a gestão das atribuições e competências do CNS, razão pela qual não é arbitrada ao Ministro de Estado da Saúde a mera negativa de homologação às resoluções, sendo que estas deveriam legalmente serem os atos normativos do Conselho, salvo, somente, em situações excepcionais, devidamente justificadas e com proposta alternativa que o próprio Conselho julgue de relevo.

Entende-se, então, que, ao não homologar uma resolução do CNS (lembrando-se que este Conselho é dotado de força por ser um órgão deliberativo), o Ministro de Estado da Saúde estaria a praticar um ato contrário à lei que lhe dá sustentação, violando, assim, o princípio constitucional da legalidade, de obrigatória obediência, nos termos do Artigo 37, *caput*, da CF/Constituição Federal, que reza

“Art. 37. A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência (Caput Artigo 37 da Constituição Federal de 1988)”.

Meirelles (2006) fala que a legalidade, como princípio da administração (CF, Artigo 37, *caput*), significa que o administrador público está, em toda a sua atividade funcional, sujeito aos mandamentos da lei (ainda porque, é a lei que cria e mantém seus cargo e competências/poderes) e às exigências do bem comum (para o qual, aliás, o cargo e deveres do administrador público foram criados), e deles não se

pode afastar ou desviar, sob pena de praticar ato inválido e expor-se a responsabilizações disciplinar, civil e/ou criminal, conforme o caso. Disso observa-se que toda a eficácia de toda atividade administrativa está condicionada ao entendimento e amparo da lei.

Na Administração Pública, pois, não há liberdade nem vontade pessoal, ao contrário da administração particular – há antes o paradoxal “poder-dever”: o administrador/gestor deve fazer aquilo que ele (e somente ele) pode fazer, e, ainda que, em tese, possa ser lícito fazer tudo que a lei não proíbe, na Administração Pública, no entanto, só é permitido fazer o que a lei autoriza e/ou exige, comanda, delineia, cobra passo-a-passo.

Entende-se, portanto, que a lei para o particular significa “pode fazer assim”, enquanto para o administrador público significa “deve fazer assim”.

Conforme lembra Meirelles (2006), as leis administrativas são, normalmente, de ordem pública, e seus preceitos não podem ser descumpridos, nem mesmo por acordo ou vontade conjunta de seus aplicadores e destinatários, uma vez que contêm verdadeiros poderes-deveres, irrelatáveis pelos agentes públicos.

Em outras palavras, a natureza da função pública e a finalidade do Estado impedem que seus agentes deixem de exercer os poderes e de cumprir os deveres que a lei lhes impõe.

Conforme lembra Meirelles (2006), tais poderes, conferidos à Administração Pública para serem utilizados em benefício da coletividade, não podem ser simplistamente postos de lado ou, sequer, descumpridos pelo administrador sem ofensa ao bem comum, que é o supremo e único objetivo de toda ação administrativa.

Disso pode-se observar o porquê das resoluções emanadas do CNS – por sua vez, órgão colegiado deliberativo norteador – serem carregadas de legitimidade e de força executória, vez que são legalmente estabelecidas e amparadas nos mais altos princípios constitucionais.

Portanto, seguindo Meirelles (2006) e também conforme <<http://saudefloripa33pj.wordpress.com/duvidas/natureza-deliberativa-dos-conse-lhos-de-saude-2/>>, não pode o Ministro de Estado da Saúde simples e/ou arbitrariamente negar-se a homologar as resoluções tomadas pelo

colegiado que compõe o CNS, pois, como dito, o CNS é estruturado e amparado nos e pelos princípios da legalidade e da participação popular, perfazendo o controle social e a participação direta da sociedade na gestão de ações relacionadas à saúde.

Pode-se dizer, pois, que isso é o exercício da cidadania com efetiva participação democrática.

Além disso, se o intento do Estado é em consonância com todas as democracias modernas, a descentralização dos próprios serviços oferecidos pelo mesmo Estado (visando atender melhor seus cidadãos), é o CNS a materialização dessa tendência.

Logo, o Conselho goza de prestígio, de real força, de maior poder, trabalhando com competências ampliadas para que possa ter eficácia, como sabiamente entendeu a autoridade promulgadora do Decreto n.º 5839/2006, no que se vê a seguir:

“Art. 2º - Ao CNS compete:

I – atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da Política Nacional de Saúde, na esfera do Governo Federal, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros;

II – estabelecer diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços;

III – elaborar cronograma de transferência de recursos financeiros aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, consignados ao Sistema Único de Saúde - SUS;

IV – aprovar os critérios e os valores para remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura de assistência;

V – propor critérios para a definição de padrões e parâmetros assistenciais;

VI – acompanhar e controlar a atuação do setor privado da área da saúde, credenciado mediante contrato ou convênio;

VII – acompanhar o processo de desenvolvimento e incorporação científica e tecnológica na área de saúde, visando à observação de padrões éticos compatíveis com o desenvolvimento sócio-cultural do País; e

VIII – articular-se com o Ministério da Educação quanto à criação de novos cursos de ensino superior na área de saúde, no que concerne à caracterização das necessidades sociais”.

Fica, portanto, conforme Meirelles (2006) e também conforme <<http://saudefloripa33pj.wordpress.com/duvidas/natureza-deliberativa-dos-conselhos-de-saude-2/>>, claro que a natureza jurídica do CNS é a de ser um órgão deliberativo, e não só ou meramente consultivo, porquanto as atribuições expressas no Art. 2.º também do Decreto n.º 5839/2006 mostram-se carregadas de força executória, de força emanada/delegada

confirmatória por meio de decreto presidencial, e reiterada pelo legislador na Lei n.º 8142/1990.

Dentre as atribuições, destaca-se o atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da Política Nacional de Saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, o estabelecer diretrizes na elaboração dos planos de saúde, o elaborar cronograma de transferência de recursos financeiros aos entes federados e o aprovar critérios e valores para remuneração dos serviços e os parâmetros de cobertura de assistência.

Ora, as competências ditadas pelo Art. 2.º Decreto n.º 5839/2006 além de mostrarem-se carregadas de força executória, de força emanada/delegada confirmatória por meio de decreto presidencial, e reiterada pelo legislador na Lei n.º 8142/1990, carregam em si a força das atribuições que representam, de tal modo que até mesmo os verbos componentes das sentenças de cada inciso são ativos, enérgicos, e têm o seu sentido inteiro e literal presente no vocábulo, impossibilitando tergiversação no significado.

Tais verbos (principalmente “atuar”, “estabelecer”, “elaborar”, “aprovar”) representam exatamente essa executoriedade reflexa ou oblíqua conferida pelo chefe do executivo em cima de legislação própria, confirmando-a contra todo e qualquer equívoco.

Já o Parágrafo 2.º da Lei Federal 8142/1990 estabelece/delimita que:

“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 (§2.º da Lei Federal 8142/1990).

Ora, conforme Meirelles (2006) e também conforme <<http://saude.floripa33pj.wordpress.com/duvidas/natureza-deliberativa-dos-conselhos-de-saude-2/>>, o Conselho de Saúde é, de fato, órgão deliberativo, e isso suplanta seu caráter meramente consultivo, e isso se vê manifestado nos substantivos “formulação” e “execução” constantes no referido parágrafo,

bem como no substantivo plural “decisões” e nos desdobramentos dessas implicações lingüísticas.

A lingüística, atendendo à finalidade primordial de compreender a comunicação do ser humano, serve também à interpretação teleológica da letra da lei, pois nos caracteres da língua estão insculpidos os intentos do legislador, sendo cada vocábulo cuidadosamente selecionado de todo um universo lexical, com o fito de direcionar sua exegese aos que lhe farão uso.

Essa é a razão porque se destacam os substantivos “formulação” e “execução” entendidos como pontos fulcrais das atribuições do CNS.

De acordo com o Dicionário Eletrônico Houaiss da Língua Portuguesa (cf. Dicionário Eletrônico Houaiss da Língua Portuguesa V2.0a. 2009. Disponível em: <<http://www.superdownload.us/dicionario-eletronico-houaiss-da-lingua-portuguesa-v20a/>>), “formulação” é o “ato ou efeito de formular”, “o processo de criar e de dar forma a (uma idéia, uma teoria etc.)”. Já a palavra “execução” significa “ato ou efeito de executar, de passar de projeto ao ato; realização”. E “decisão”, segundo o mesmo dicionário, é “resolução tomada após julgamento; juízo; sentença”.

É, pois, auto-evidente que os termos acima apontados e explicados à exaustão têm em seu bojo a noção de ato, que é um fazer, um executar, um poder e, ao mesmo tempo, um dever – deve ser cobrado e deve ser executado.

Se tais vocábulos estão expressamente alinhavados no rol de competências por lei e por decreto atribuídas ao CNS em si e como modelo para os demais Conselhos, isso significa que a vontade da autoridade competente, no momento da feitura da lei, era justamente a de que o CNS efetivamente gozasse de uma tal e objetiva força que lhe servisse para, apesar de qualquer entrave burocrático, centralizador ou despótico, efetivamente atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, dentre outras competências.

Também nota-se que legislador frisou que essa competência alcança “inclusive os aspectos econômicos e financeiros”, e isso faz notar, ainda mais uma vez, a influência pretendida para o CNS, visto que validar

questões relacionadas ao orçamento do SUS/Sistema Único de Saúde é competência comprovadora da importância e do peso do referido Conselho nas políticas públicas de saúde, como garante o Artigo 26 da Lei n.º 8080/1990:

“Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do SUS, aprovados no CNS (cf. Artigo 26 da Lei n.º 8080/1990)”.

Para desenvolver este trabalho e a partir do que foi exposto na Justificativa do mesmo, escolheu-se como unidade-caso o CMS de Itapetininga, Estado de São Paulo, e examiná-lo à luz de análises sobre os Municípios de Sorocaba (SP), Maringá (PR) e Camaçari (BA), e com análises sobre Conselhos Municipais de Saúde da União Européia.

Não se tratou de análise quantitativa, sequer de levantamento ou comparação de dados ou gráficos, mas, sim, de levantamento de opiniões, pesquisas, de análises qualitativas, a partir das quais pôde-se elaborar uma ideia dos casos, para fins comparativos com a experiência levantada em Itapetininga (SP).

2.3. Função Deliberativa

“LEI 8142 – ART.1.º

O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei n.º 8080, 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.

(...) § 2.º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo (...).”.

Existe uma discussão recorrente sobre o caráter deliberativo do Conselho de Saúde.

O termo “deliberativo” (cf. Gilson Carvalho. 2009. **Natureza Deliberativa dos Conselhos e Saúde**. cf. <http://idisa.org.br/site/pasta_301_0_colaborador---gilson-carvalho.html>) pode, pois, comportar mais de uma interpretação, e isso pode gerar e tem gerado controvérsias.

Existe, portanto, preocupação com esse termo, posto que ao não se clarear suficientemente o sentido que se quer usar do mesmo, este pode vir a facilitar posições extremadas.

De um lado, pode-se observar aqueles que não querem aceitar o caráter legal deliberativo do Conselho de Saúde, e, de outro, são observáveis aqueles que pretendem levar às últimas conseqüências o mesmo caráter legal deliberativo do Conselho de Saúde, defendendo estes últimos que o Conselho pode mesmo executar ou decidir sobre toda e qualquer questão, mesmo acima do já estabelecido em Lei, embora este papel não seja legalmente permitido nem ao Executivo, nem ao Legislativo, nem ao Judiciário, exceto quando o Legislativo, no exercício de sua função de modificar e criar leis, seja assim chamado a fazê-lo.

Como uma coisa exclui a outra, percebe-se a necessidade de também se discutir e se firmar um melhor conceito sobre a questão.

Segundo <<http://saudefloripa33pj.wordpress.com/duvidas/natureza-delibera-tiva-dos-conselhos-de-saude-2/>>, no ano de 2010, a COFIN/Comissão Permanente de Orçamento e Financiamento do Conselho Nacional de Saúde solicitou à mesa diretora do mesmo CNS/Conselho Nacional de Saúde um estudo jurídico sobre as possibilidades e limites do caráter deliberativo do mesmo CNS.

Essa questão pode ter surgido em decorrência de inobservâncias por parte do Ministério da Saúde a deliberações envolvendo financiamento (mormente PPA/Plano Plurianual, LOA/Lei Orçamentária Anual, etc.), gerando impasses, entre os quais destaca-se a ocorrência havida em setembro de 2009, quando respondendo à demanda da COFIN, foi emitida a NT/Nota Técnica 01-2009 do CNS/Conselho Nacional de Saúde.

Para evitar patrulhamento prévio, a NT não é dogma e não passa de uma nota técnica com toda possibilidade de ser criticada, para ser aprimorada, antes de mera e simplistamente ser apenas seguida à risca.

A NT em questão veio a reforçar a necessidade do uso do disposto na Lei Federal número 8142, em seu Artigo número 1.º e incisos I e II do caput de tal artigo, mais o Parágrafo 2.º do mesmo artigo, a relembrar:

“I - a Conferência de Saúde; e
II - o Conselho de Saúde.

§ 2.º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo...
(Artigo 1.º, incisos I e II do caput, e § 2.º do mesmo Artigo, Lei Federal número 8142/1990).
Nota Técnica n.º 001/2009 – CNS - Em 02 de setembro de 2009.
Assunto: A Natureza Deliberativa e a Executoriedade das Decisões do Conselho Nacional de Saúde”.

Trata a presente NT de ser nota jurídica, de parecer referente à natureza do CNS, o qual, como órgão público integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, possui, de acordo com o Decreto Federal n.º 5839/2006, poderes deliberativos e decisórios, desde que homologados pelo Ministro de Estado da Saúde.

Assim sendo, conforme dispõe o Artigo 1.º do Decreto Federal n.º 5839/2006, o CNS é um órgão deliberativo, ainda que para fazer valer suas resoluções necessite da chancela do Ministro da Saúde.

E, na sequência do poder de deliberação, esta é a questão problemática seguinte, referente ao alcance prático das atribuições legalmente imputadas ao Conselho.

É indiscutível que o CNS manifesta a vontade do Estado visando, em tese e nos termos da lei, a vontade e as necessidades imediatas da coletividade (visto que esta pode ter as mesmas perdas em face aos programas de governo aprovados nas urnas), e não somente na figura do Ministério da Saúde (que representa programas de governo aprovados em urnas, correndo o risco de, ao longo de poucos anos, mesmo meses, tornarem-se estanques), fazendo também às vezes de órgão técnico em assuntos com competência legalmente constituída.

Assim sendo, sobre o anteriormente exposto, e sobre a problematização proposta neste trabalho (poderia o Conselho Municipal de Saúde destacar-se neste cenário como a estrutura regulamentadora capaz de desenvolver e garantir a melhoria nos serviços de saúde pública?), nasce um novo questionamento: qual seria a fundamentação legal do que é o Conselho de Saúde, ou “o que é Conselho de Saúde”?

Ora, a Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal n.º 8142/1990 de 28/12/1990) determinou que a União (Governo Federal) e os Estados e Municípios criariam Conselhos de Saúde próprios.

Por isso, conforme o Tribunal de Contas da União (órgão público de fiscalização visitado por meio do portal eletrônico <<http://portal2.tcu.gov.br/portal/pls/portal/docs/2057626.PDF>>), os Conselhos de Saúde devem existir em todas as esferas (federal, estadual e municipal), mas os mesmos também devem, nos mesmo termos da Lei, serem muito mais que simples cumprimento de uma exigência de Lei (e da necessidade de os gestores terem mais verbas à disposição dos programas que visam gerir).

Os Conselhos de Saúde legal e historicamente devem ser a garantia de melhoria contínua de todos os Sistemas de Saúde, especialmente visando sanar a dicotomia entre Saúde Pública (vista como algo exclusivo para carentes e marginalizados) e Assistência Médica (vista, por sua vez, por décadas a fio como um luxo, pois, reservada só para elites e, no máximo, para alguns poucos emergentes mais abastados).

A Lei Federal n.º 8142/1990 estabeleceu que o Conselho de Saúde tem caráter Permanente e Deliberativo e que é um órgão Colegiado, composto por representantes do Governo, por Prestadores de Serviços, por Profissionais de Saúde e pelos Usuários do SUS (pois, por representantes da coletividade desvinculados do Governo, dos Prestadores de Serviços e dos Profissionais de Saúde), e que deve atuar na Formulação e no Acompanhamento de Estratégias e no Controle da Execução da Política de Saúde na instância correspondente à esfera de sua criação (federal, estadual ou municipal), inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Mas estabelece, ainda, que as decisões desse órgão colegiado com caráter legalmente permanente e deliberativo serão homologadas pelo Chefe do Poder Legalmente constituído na esfera de Governo em que foi e estiver constituído

Assim sendo, e entendendo o conceito, este pode ser dividido nas seguintes partes;

A. **Caráter Permanente:** O Conselho de Saúde deve sempre existir, independentemente de decisões da gestão da União, do estado ou do município. Não é um órgão que possa ser extinto por nenhuma autoridade, ou lei estadual ou municipal. É necessária outra Lei federal para que ele possa ser extinto.

B. **Caráter Deliberativo:** Deliberar significa conversar para analisar ou resolver um assunto, um problema ou tomar uma decisão. Assim o Conselho de Saúde deve reunir-se com o objetivo de discutir assuntos ou temas e chegar a um acordo ou uma decisão.

C. **Órgão Colegiado:** Um órgão colegiado é composto por pessoas que representam diferentes grupos da sociedade. O quadro de Conselheiros de Saúde é composto por:

c.1. Representantes dos gestores: do Ministério da Saúde, Sec. de Saúde Estadual ou Municipal,

c.2. Representantes dos prestadores de serviços: instituições conveniadas ao SUS ou filantrópicas.

c.3. Representantes dos usuários de saúde: associações de moradores, associação de trabalhadores, sindicatos, associação de portadores de patologias, etc. O usuário é aquele que não está comprometido de forma direta ou indireta com os demais grupos (gestores, prestadores de serviço e profissionais de saúde), não possuindo qualquer vínculo empregatício na área de saúde.

Observa-se que, de uma forma ou de outra, a população deve estar representada no conselho, visto que o princípio básico dos Conselhos de Saúde é a participação popular, de modo que as decisões possam ser democráticas.

Neste ponto, cumpre destacar que é importante lembrar que os usuários que mais precisam do SUS são aqueles que geralmente têm baixa capacidade de organização e de mobilização, e, pois, raramente têm suas necessidades concretas observadas, que dirá suas reivindicações contempladas e seus direitos representados nesse importante sistema.

Cabe, então, à sociedade organizada, e aos gestores, promover a inclusão de quem tem baixa capacidade de organização e de mobilização nas discussões do Conselho, para que essa parte da população seja representada perante o SUS.

A Lei Federal n.º 8142/1990 estabelece também que o Conselho de saúde:

✓ Atue “NA FORMULAÇÃO DE ESTRATÉGIAS E NO CONTROLE DA EXECUÇÃO DA POLITICA DE SAÚDE”. Isso nada mais é do que exercer o controle social. Assim, a população dos Estados e Municípios, por meio do Conselho de Saúde, ajuda a planejar a política de saúde e fiscaliza como o governo cuida da saúde. Nestes termos, deve o Conselho de Saúde fiscalizar/acompanhar ativa e não passivamente até mesmo (e principalmente) as questões financeiras do gerenciamento da saúde no Estado e no Município.

✓ Tenha que “As decisões (do Conselho de Saúde) serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo”, de modo que as decisões do CMS relacionadas à formulação das estratégias de saúde somente terão vigência efetiva se e quando sancionadas ou pelo Prefeito ou pelo Secretário de Saúde Municipal (e, pois, nunca por si mesma).

➤ Atue na fiscalização – esta importante competência dos conselheiros está prevista na Resolução n.º 333 do Conselho Nacional de Saúde, (cf. <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2005/resolucao333.htm>), dentro da qual se destaca a Quinta Diretriz, que diz que os Conselhos de Saúde, Nacional, Estaduais, Municipais e do Distrito Federal têm competências definidas nas leis federais, bem como em indicações advindas das Conferências de Saúde, e a eles, entre outras coisas, compete (Item 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.

2.4. Função Fiscalizadora

Conforme extraído da atuação esperada na fiscalização (fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde e encaminhar os indícios de denúncias aos respectivos órgãos, conforme legislação vigente) dentro da função deliberativa do Conselho Municipal de Saúde, em geral, e conforme o TCU (<<http://portal2.tcu.gov.br/portal>

/page/portal/TCU/institucional/conheca_tcu/institucional_funcionamento>, que é um tribunal administrativo e cuja competência administrativa-judicante é julgar as contas de administradores públicos e demais responsáveis por dinheiros, bens e valores públicos de sua esfera de trabalho, bem como as contas de qualquer pessoa que der causa a perda, extravio ou outra irregularidade de que resulte prejuízo ao erário) analisa e expõe a partir do Artigo 71 da Constituição Federal Brasileira de 1988, pode-se entender que a função fiscalizadora compreende também a realização de, por iniciativa própria, por solicitação do Legislativo de sua esfera (no caso, a federal) ou para apuração de denúncias, auditorias e inspeções em órgãos e entidades de sua esfera principal de trabalho, em programas de governo, bem como compreende também a apreciação da legalidade dos atos de concessão de reformas e, mesmo, de admissão ou demissão de pessoal no serviço público de e em sua esfera de trabalho, e compreende ainda a fiscalização de renúncias de receitas e de atos e contratos administrativos em geral.

Como cumpre ao TCU exercer função fiscalizadora máxima no Brasil, pode-se entender que a fiscalização, que os Conselhos Municipais têm agregada às suas competências por meio da Constituição Federal e Legislação específica, é a forma de atuação pela qual são alocados recursos humanos e materiais com o objetivo de avaliar a gestão dos recursos públicos.

Esse processo consiste, basicamente, em capturar dados e informações, analisar, produzir um diagnóstico e formar juízo de valor de interesse para a comunidade a que representa. Esses procedimentos são feitos por iniciativa própria ou em decorrência de solicitação do Legislativo de sua esfera principal de trabalho (no caso dos Conselhos Municipais, da Câmara de Vereadores).

Por comparação com a forma com a qual o TCU entende e materializa a função fiscalizadora, pode-se dizer que a mesma se compõe de oito principais instrumentos, ou sub-funções, por meio dos quais se realiza a fiscalização (aliás, realizam-se fiscalização e acompanhamento):

a) levantamento: instrumento utilizado para conhecer a organização e funcionamento de órgão ou entidade pública, de sistema, programa, projeto ou atividade governamental, identificar objetos e instrumentos de fiscalização e avaliar a viabilidade da sua realização;

b) auditoria: por meio desse instrumento verifica-se in loco a legalidade e a legitimidade dos atos de gestão, quanto aos aspectos contábil, financeiro, orçamentário e patrimonial, assim como o desempenho operacional e os resultados alcançados de órgãos, entidades, programas e projetos governamentais;

c) inspeção: serve para a obtenção de informações não disponíveis ou não disponibilizadas ao Conselho, ou para esclarecer dúvidas; também é utilizada para apurar fatos trazidos ao conhecimento do Conselho por meio de denúncias ou representações;

d) acompanhamento: destina-se a monitorar e a avaliar a gestão de órgão, entidade ou programa governamental por período de tempo predeterminado ou não;

e) monitoramento: é utilizado para aferir o cumprimento das deliberações do Conselho e dos resultados delas advindos;

f) sub-função informativa: é exercida quando da prestação de informações solicitadas pela Câmara de Vereadores, ou por qualquer Comissão de Câmara, a respeito da fiscalização que deve ser exercida pelo Conselho ou acerca dos resultados de inspeções e auditorias realizadas pelo mesmo, e compreende, ainda, representação ao poder competente a respeito de irregularidades ou abusos apurados, assim como o encaminhamento à Câmara de Vereadores relatório das atividades do Conselho se e quando assim solicitado;

g) sub-função normativa: decorre do poder regulamentar conferido ao Conselho pela Constituição Federal e Legislação pertinente (especialmente pela Lei Orgânica do Município), que faculta a expedição de instruções e atos normativos, de cumprimento obrigatório sob pena de responsabilização do infrator, acerca de matérias de sua competência e a respeito da organização dos processos que lhe devam ser submetidos, e

h) sub-função executiva: que, conforme Bragança (2011), forma-se pautada pela fiscalização e sanção das empresas públicas e privadas por agências reguladoras, no caso: pela atuação do CMS como regulador de sua área de atuação em sua esfera de responsabilidade. Tais elementos são postos em prática por meio do assim chamado “Poder de Polícia” (definido no Artigo 78 da Constituição Federal vigente), cuja execução vem sendo ponderado de modo que as próprias agências reguladoras, no exercício de sua função executiva, acabam por não o aplicarem totalmente, tendo em vista visarem os efeitos prospectivos, ou seja, pensam nas consequências que uma multa a uma empresa pode causar à sociedade.

Em tese, também está agregada à função fiscalizadora, além das sub-funções informativa e normativa, a organização dos processos que lhe devam ser submetidos – o que envolve a existência de uma ouvidoria, visto residir na função fiscalizadora a possibilidade de o Conselho receber denúncias e representações relativas a irregularidades ou ilegalidades que lhe sejam comunicadas por responsáveis pelo controle interno, por autoridades ou por qualquer cidadão, partido político, associação ou sindicato.

Esses desdobramentos explicativos da função fiscalizadora têm fundamental importância no fortalecimento da cidadania e na defesa dos interesses difusos e coletivos, sendo importante meio de colaboração com o controle, e gerariam, junto às sub-funções informativa e normativa e junto à possibilidade/necessidade de existência de uma ouvidoria, a uma nova sub-função, a educativa.

A sub-função normativa vem, por sua vez, complementar a fiscalização e acompanhamento para orientar e informar acerca de procedimentos e melhores práticas de gestão, mediante publicações e/ou realização de seminários, reuniões e encontros de caráter educativo, ou, ainda, quando recomenda a adoção de providências, em auditorias de natureza operacional.

A função fiscalizadora, assim compreendida, torna o CMS uma estrutura ao mesmo tempo complementar e independente da Secretaria Municipal de Saúde, capaz de não apenas orientar, como de co-gerir, e, se

necessário, legalmente corrigir a mesma Secretaria em sua atuação junto à coletividade.

2.5. Função Mobilizadora

Segundo o TCU expõe e orienta, inclusive por meio de seu portal próprio (<www.contas.cnt.br/admin/arquivos/2c8ee23071.pdf>), por função mobilizadora entende-se o estímulo à participação popular na gestão pública e a disseminação de estratégias de informação para a sociedade sobre as políticas públicas.

A partir dos trabalhos de Marques, Nascimento e Oliveira (disponíveis em <www.interativadesignba.com.br/III_SPSC/arquivos/sessao5/132.pdf>), por meio da função mobilizadora cada Conselho Municipal se vê imbuído da missão/obrigação de chamar a atenção da sociedade civil organizada para os canais de denúncia, sendo que, ao explicar o papel de deliberação e fiscalização dos Conselhos, a sociedade será estimulada para participar, por meio do acompanhamento das ações governamentais, do controle da oferta de serviços da área abrangida pelo Conselho.

Sobre o apresentado por Marques, Nascimento e Oliveira (disponível em <www.interativadesignba.com.br/III_SPSC/arquivos/sessao5/132.pdf>) e em coadunação com Tatagiba (2002), filtra-se que os Conselhos, ditos “conselhos gestores”, e, mesmo, “conselhos políticos”, devem ser e são entes de caráter plural, que devem visar refletir a população de modo abrangente, como Conselhos institucionalizados e ligados às políticas públicas estruturadas e/ou concretizadas em sistemas nacionais.

São, pois, entes previstos em legislação federal, sendo, portanto, em sua maioria, obrigatórios e simultaneamente partes integrantes do sistema nacional de Saúde, com atribuições/obrigações legalmente estabelecidas no plano de formulação e implementação das políticas, cada um na sua respectiva esfera governamental, complementando, principal mas não exclusivamente, os instrumentos de planejamento e fiscalização das ações do Poder Executivo.

Infelizmente, porém, para o Poder Executivo sócio-historicamente posto, a legitimidade do sistema democrático ainda é vista como dada somente pela manifestação eleitoral da vontade dos cidadãos (no caso, meramente aprovando um plano de governo para, no mínimo quatro, e, em média, oito anos), de modo que a responsabilidade do processo decisório se vê restrita aos representantes escolhidos pelo sufrágio eleitoral e nas linhas únicas e estanques do programa de governo aprovado.

Para Lüchmann (2007) e conforme <<http://www.scielo.br/pdf/1n/70/a07n70.pdf>>, a dimensão da participação está, no entanto, em estreita articulação com a questão da representação, em variadas configurações, de modo que os conselhos gestores de políticas públicas são conselhos amparados por legislação nacional e que apresentam um caráter decisório (de política pública) mais estruturado e sistêmico – e menos estanque, e, antes, mais dinâmico e preciso –, sendo previstos e cobrados para atuarem nas três esferas governamentais (município, estado e no plano nacional) como contrapontos necessários à transparência e dinâmica do Poder Executivo sócio-historicamente posto e de suas linhas únicas e estanques de programa de governo aprovado.

Apresentam, pois, os conselhos gestores de políticas públicas atribuições legalmente estabelecidas no plano da formulação e implementação das políticas na respectiva esfera governamental, compondo as práticas de planejamento e fiscalização das ações.

São também concebidos os conselhos gestores de políticas públicas como fóruns públicos de captação de demandas e pactuação de interesses específicos dos diversos grupos sociais, e, ainda, como uma forma de ampliar a participação dos segmentos com menos acesso ao aparelho de Estado (cf. 'Comunidade Solidária/IBAM/IPEA', citado por Lüchmann, 2007, e conforme <<http://www.scielo.br/pdf/1n/70/a07n70.pdf>>), de modo que se veem os conselhos gestores de políticas públicas voltados à garantia de universalização dos direitos sociais, destacando-se entre eles os Conselhos de Saúde, de Assistência Social, de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente.

A partir de Lüchmann (2007) e conforme <<http://www.scielo.br/pdf/1n/70/a07n70.pdf>>, amparada em Tatagiba e Teixeira (2006), vê-se os conselhos gestores de políticas públicas constituem espaços ou “esferas públicas de debate e conexão” que podem/devem mobilizar um terceiro elemento de diferenciação com relação à perspectiva da representação ancorada na idéia de agregação de preferências, ou seja, na idéia de que, conforme Urbinati (2006, em análise que diferencia democracia representativa de democracia eleitoral), a sociedade seja tomada como a soma de indivíduos dissociados que tanto competem, quanto se unem, e que votam e que agregam preferências por atos discretos de livre escolha e cálculo instrumental.

A idéia de representação vinculada à noção de esfera pública prioriza a dimensão do debate público para a reformulação das opiniões e preferências, e, conforme Lüchmann (2007 e conforme <<http://www.scielo.br/pdf/1n/70/a07n70.pdf>>) e Vitullo (2000), de modo que a deliberação deve vir a estimular as pessoas não apenas a expressar suas opiniões políticas, mas também a formar essas opiniões através do debate público e fazer as mesmas valerem nas possibilidades legais que, numa sociedade democrática, são-lhe amplamente amparadas: nas urnas eleitorais (composição dos Poderes Legislativo e Executivo e do plano de governo deste) e, para evitar despotismos ou desfoques, por meio da participação ou acionamento dos conselhos gestores de políticas públicas.

Para Lüchmann (2007) e conforme <<http://www.scielo.br/pdf/1n/70/a07n70.pdf>>, com efeito, um processo de autorização eficaz deve estar, mais do que esperando quatro a oito ou mais anos pelas urnas eleitorais, ancorado no pressuposto de que a representação ocorre por meio de um movimento de distanciamento e aproximação entre representantes e representados, movimento este mediado pela constituição de esferas públicas de discussão e de debate que definem agendas e reavaliam, através da troca de experiências, informações e opiniões, as ações e direções da representação, e coadunando-se com Urbinati (2006), não são os indivíduos, mas as idéias e opiniões (o juízo em um sentido amplo) que são politicamente representados.

2.6. Conselhos Municipais de Saúde e Participação da Sociedade Civil.

Há diversas análises sobre Conselhos Municipais de Saúde, dentre os quais, para comparar com o de Itapetininga, foram escolhidos os Conselhos Municipais de Saúde de Sorocaba (também São Paulo, como Itapetininga, escolhida por sua proximidade histórica e geográfica, por ser pólo regional inclusive do Ministério da Saúde, DIR 23, e pela disponibilidade de material e de acesso a um Conselheiro), Maringá (Paraná, escolhido por semelhança geopolítica e econômica com Sorocaba), e Camaçari (Bahia, por semelhança populacional, apesar das distâncias, com Itapetininga).

No caso de Sorocaba, escolhida pela proximidade e importância regionais e pela disponibilidade do Conselheiro, uma entrevista com um Conselheiro (vide Apêndice 3.º) permite analisar que o Conselho é bastante produtivo em suas decisões, mas que poderia melhorar com programas que levassem os seus conselheiros a um maior conhecimento da legislação que envolve os direitos dessa representação.

Verificou-se também que o CMS de Sorocaba tem direito a participação ativa na elaboração do orçamento, mas alguns representantes não sabem dessa possibilidade e acabam sendo manipulados pelo Executivo. Diz também a entrevista que, apesar das dificuldades encontradas, é colocado o CMS como uma entidade representativa de sucesso e que os conselheiros na formação dos conselhos deveriam ser eleitos em maior número por sua representatividade social e não governamental.

O caso de Maringá, Godoy et al. (2010) expõe e analisa o funcionamento do CMS no processo de deliberação, acompanhamento do orçamento do município, e permite concluir que a experiência do CMS de Maringá revela avanços significativos na discussão da gestão de recursos da saúde em decorrência da atuação crítica do conselho, mas apesar disso permite também observar que esse mesmo Conselho tem pouca capacidade de modificar as proposições da prefeitura.

Camaçari (Bahia) é analisado por Cunha (2008), que revela a forma como as instituições de seus Conselhos estão aptas a cumprir as promessas que motivaram sua criação, ou seja, a de expandir e democratizar o acesso às políticas públicas as quais elas se vinculam.

Os Conselhos nessas cidades funcionam como foram previsto institucionalmente?

A resposta a esta pergunta é sim, eles funcionam, mas nem tanto como deveriam.

Nas cidades citadas como no resto das cidades do Brasil a implantação dos conselhos é um sucesso, mas o seu desenvolvimento para o que se esperava dele não foi totalmente atingido, em algumas cidades teve a implantação, implementação e desenvolvimento de acordo com a razão de sua criação, mas na maioria deixa muito a desejar, pois, a participação da sociedade organizada e se as suas reivindicações e deliberações são acatadas, nem sempre o desenho que permeava as políticas públicas como, por exemplo, o autoritarismo, a democracia apenas representativa, tinha uma herança difícil de ser deixada párea trás, visto que ainda a maioria das prefeituras tendem a gerar e produzir os efeitos do plano de saúde sem a devida participação popular, observando-se apenas algumas considerações críticas, consultivas ao mando do Executivo.

Outra fala importantíssima que se verifica em todos os Conselhos, nas entrevistas, depoimentos e atas são quanto a questão da participação, que pode ser entendida de diversas maneiras:

a) participação do conselheiro de forma efetiva e total quanto a sua representatividade;

b) participação com conhecimento, pois o que se observa em várias cidades é que nem sempre o conselheiro detém o saber, como por exemplo, sobre a função deliberativa muitos não sabem o que significa (vide resposta 3, do Conselheiro de Sorocaba, conforme Apêndice 3.^o);

c) participação ativa na elaboração do orçamento municipal, observa-se que aí também algumas cidades e seus conselhos tem participação mas a maioria ainda não, e

d) participação de alguns conselheiros que pouco sabem do poder de sua representação, trocando-a por pequenos favores no sentido de ajudar sua clientela ou sindicato, ou bairro que representa.

Então a participação dos conselheiros, dos suplentes, do cidadão como ouvinte e a participação do cidadão na elaboração de políticas públicas de saúde de forma efetiva e eficaz deve ser plena para com isso atingir o uso adequado e característico da cidadania.

A interatividade humana, que se estabelece através da comunicação interpessoal e intrapessoal leva as pessoas a tomar consciência, isto é, pensar melhor, com clareza sobre sua forma de organizar de maneira adequada e eficiente para experimentar seus desejos de modo subjetivo e objetivo na busca da realização da cidadania através da participação. Participação esta que se justifica pela vontade de mudanças de uma representação até então dirigida por poucos, onde as decisões não cabiam a todos e sim a alguns, sobre o que deveria ser feito para a maioria obedecendo a uma interação de atores sociais desconectados com a comunidade.

Os Conselhos foram criados pela Constituição Federal de 1988 como uma forma de promover de maneira acentuada a mobilização e a participação das pessoas tanto de forma individual como coletiva e essa mobilização e participação tanto do lado do governo como das organizações sociais existem para promover o envolvimento das pessoas e da sociedade nos processos e decisões sobre as políticas públicas como é o caso dos CMS e sua relação entre o Executivo e as formas sociais da representação exercidas de forma paritária, no sentido de levar tanto um quanto outro de forma representativa de todas as suas forças para buscar o bem comum.

Tem-se apurado nessa relação entre os atores sociais envolvidos nos processos de implementação e desenvolvimento das funções de mobilização, de participação, bem como da consultiva e da deliberativa, alguns problemas que são conhecidos, como, por exemplo, a pequena participação da população, por sua história de alienação durante muito tempo, e também a participação equívoca ou incompleta da

representatividade de alguns conselheiros na relação que estes mantêm com o poder e também a relação que o Executivo faz em manter o status quo da não delegação efetiva de poder.

Então o que se observa é a necessidade de uma reorientação e reestruturação da mobilização e participação, gerando novos conceitos que levem tanto o governo como a sociedade a ter atitudes diferentes, tanto subjetivamente, como objetivamente, na interação dos atores sociais no desenvolvimento das políticas públicas de saúde.

A redemocratização assumida pela Constituição Federal de 1988 levou à criação dos Conselhos, e à promoção da capacidade dos processos participativos como inclusão, deliberação e inovação, isto tudo para levar a cabo as demandas dos mais desfavorecidos, mas como citado anteriormente, a mobilização e a participação ainda necessita de mecanismos efetivos de reestruturação do processo tanto na esfera governamental, quanto da sociedade, em busca de uma democracia não só representativa, mas de uma democracia participativa que leve sim ao equilíbrio das forças que existem entre as duas instâncias.

Isto também pode ser sentido em alguns países da União Européia, como se verá adiante, na forma de uma falta de comprometimento da mobilização política da participação da sociedade nas políticas públicas.

Essa mobilização entre a massa pobre e os recursos financeiros insuficientes para assegurar a sustentabilidade e também falta capacitação técnica administrativa dos participantes e a disparidade de informação entre eles acaba ficando comprometida em virtude de pouca qualificação dos membros de CMS para o exercício pleno de suas funções.

Percebem-se também ganhos com a estruturação dos processos participativos, de organismos da sociedade civil e de envolvimento dos gestores públicos que efetivamente ocorreram ganhos tanto do lado do governo, quanto da sociedade e isso levou a promoção e o aumento da participação de setores sociais anteriormente excluídos.

Há diversos estudos a respeito dos processos de mobilização e participação, onde todos afirmam esse ganho e conquista, mas também falam sobre a manutenção do status quo do lado Executivo.

Há também vislumbres de um caminho sem volta sendo trilhado, que se caracteriza como sendo um processo em ascensão, ainda no início, mas com possibilidades de avanço no futuro, e que vai depender justamente da mobilização e participação da sociedade civil, bem como de governo, atores sociais, coletividades e indivíduos na busca da cidadania plena.

No desenvolvimento da História das Políticas Públicas no Brasil, com um passado autoritário para um presente participativo, desenrola-se um desenvolvimento desse processo em que o jogo do poder entre governo, políticas partidárias e sociedade civil organizada deve encontrar um maior e melhor equilíbrio.

Conforme se falou dos Conselhos Municipais de Saúde no Brasil, citando algumas de suas cidades neste capítulo, pode-se também falar dos Conselhos Municipais de Saúde de alguns países da união Européia, mais precisamente do sul da Europa: Portugal, Itália e Espanha e seus conselhos, ou melhor, da participação popular na definição dos rumos que a saúde tomará no futuro e de como o povo está participando de sua implantação e definição para o bem estar de todos os cidadãos.

No trabalho de Serapione e Sesma (2011), enfoca-se uma revisão das normativas sanitárias dos planos de saúde e da literatura sobre as experiências de participação dos cidadãos publicadas nos últimos anos na Itália, na Espanha e em Portugal, e, sobre essa revisão, destacou-se o seguinte:

a) que somente a partir dos anos 1990, a participação dos cidadãos nas decisões sobre saúde tornou-se objeto de atenção das políticas públicas;

b) que houve um importante avanço no quadro normativo e no reconhecimento dos direitos dos pacientes em todos os três países, e

c) que o nível de institucionalização da participação é ainda incipiente, insatisfatório e limitado a algumas regiões.

Do que pode se tirar desse trabalho sobre os três países do sul da Europa é que lá também como cá no Brasil precisa-se implementar de diversas maneiras a mobilização e a participação popular de uma forma mais ampla, não apenas em função de leis, mas que haja uma nova atitude

da participação plena a ser implementada, materializada de maneira mais consistente, como uma nova idéia de participação pelos cidadãos e que esta se dê de maneira mais efetiva e não simplesmente numa espécie de espera por acontecer em alguns lugares esparsos, com uma história anterior de ligação com as idéias de participação.

Os três países tiveram reformas do sistema de saúde nos anos 1990 a 2010, que visavam uma participação maior da população na direção e condução dos serviços prestados aos cidadãos, mas esta participação ainda é muito pequena.

Essa participação pretendida nos destinos da saúde, como no trabalho em questão leva, a pensar na relação dos sistemas de saúde e seus beneficiários, de como ela deve ser estabelecida, assim como, aprimorar o desenvolvimento de prática participativa, então o presente trabalho remete a um pensamento que precisa ser destacado, que é a escassa contribuição e produção científica dos três países estudados sobre o tema e participação em saúde, tanto acadêmico como dos principais atores que operam no campo da saúde.

Segundo Rahema (2000) as abordagens que defendem a participação popular podem ser definidas sob dois pontos de vista consoantes e complementares entre si: primeiro, os obstáculos atuais ao desenvolvimento podem e devem ser ultrapassados dando-se às populações envolvidas plena oportunidade de participar em todas as atividades relacionadas com seu próprio desenvolvimento, de modo que a participação justifica-se não só porque é uma expressão da vontade da maioria das pessoas, mas também porque é o único instrumento que essas pessoas possuem e que são instrumentos capazes de garantir que esses objetivos de um desenvolvimento mais humano e mais eficiente sejam alcançados, e, segundo, que tais objetivos sejam vistos como importantes do ponto de vista moral, humanitário, social, cultural e econômico, e, pois, possam ser atingidos pacificamente.

Nesses termos, e observando o quadro internacional, pode-se dizer que no Brasil o caminho a ser trilhado está, em tese, bem mais estruturado com a participação popular, embora também se perceba que também a

mesma participação popular ainda é pequena, que a sociedade e seus cidadãos deveriam tomar consciência para uma implementação mais efetiva e mais consistente das políticas públicas de saúde.

CAPÍTULO 3. METODOLOGIA

Este trabalho tem como objetivo geral verificar e analisar a Função Deliberativa do CMS no processo democrático participativo no Município de Itapetininga, e como objetivos específicos identificar a meta de atuação do CMS e caracterizar o CMS como estrutura reguladora da qualidade em saúde pública no município e sua devida importância, e, para alcançar os mesmos, estrutura-se, configura-se e desenvolve-se como um estudo de caso sobre o CMS de Itapetininga, apresentando, neste capítulo, inicialmente, e sobre a fundamentação teórica exposta, uma breve análise do estudo de caso usado; dos procedimentos metodológicos levados a efeito, e da coleta de dados efetuada.

Segundo Ventura (2007), toda pesquisa científica necessita definir seu objeto de estudo e, a partir desse objeto e/ou dessa definição de objeto, construir um processo de investigação, delimitando o universo a ser estudo: “pesquisar” significa “escolher” e, uma vez feita a escolha, perceber o que o caso sugere a respeito do todo e não apenas o sobre a unidade escolhida.

Para Ventura (2007), o estudo de caso é um meio de organizar dados, preservando do objeto estudado o seu caráter unitário e considerando a unidade por si mesma como um todo, ainda que a totalidade de qualquer objeto seja uma construção mental, visto que concretamente não há limites a menos que estes sejam relacionados com o objeto de estudo da pesquisa no contexto em que será investigado.

Ventura (2007) concorda e remete a Yin (2001), considerando que um estudo de caso representa uma investigação empírica e compreende um método abrangente, com a lógica do planejamento, da coleta e da análise de dados, e afirma que o estudo de caso visa à investigação de um caso específico, bem delimitado, contextualizado em tempo e lugar para que se possa realizar uma busca circunstanciada de informações.

Segundo Gil (2008, 2010), o estudo de caso é um estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, permitindo seu amplo e detalhado

conhecimento, caracterizando-se pelo estudo verticalizado de um ou de poucos casos, sendo que o “caso” consiste no objeto de observação escolhido, podendo ser uma empresa, uma instituição ou outro fenômeno delimitado no tempo (quando ocorre?) e no espaço (onde acontece?), que neste trabalho é o CMS de Itapetininga (em face ao todo, que é a instituição social democrática “CMS/Conselho Municipal de Saúde”) desde sua implantação até a primeira década do século XXI.

Conforme Ventura (2007), Yin (2001) e Gil (2008, 2010), o estudo de caso se aplica quando o pesquisador tem o interesse em observar a ocorrência do fenômeno no campo social e não discuti-lo apenas do ponto de vista de uma teoria, pois, embora a teoria proceda ao diálogo com o levantamento dos dados empíricos (os dados coletados no campo, observáveis na realidade) e na interpretação dos mesmos, o enfoque do estudo de caso é a construção da pesquisa com base em uma realidade delimitada.

Nesses termos, o delineamento do estudo de caso pressupõe iniciar-se o planejamento do estudo de caso pela formulação do problema, que é o problema da pesquisa.

Na sequência, a pesquisa procura responder a um questionamento sobre um determinado fenômeno (Conselho Municipal de Saúde e sua deliberatividade). Assim, a escolha do caso para análise se vê motivada por uma questão que o pesquisador pretende responder, por meio do seu estudo – e não o contrário, embora muitos imaginem erroneamente que a simples escolha de uma situação já se traduza na formulação do objeto.

Em seguida à formulação do problema, o pesquisador passou à definição da unidade-caso. Por ser a pesquisa social eminentemente empírica, delimitou-se o *locus* da observação, o local onde o fenômeno em estudo ocorre, comportando diversos recortes espaciais (um município, uma área metropolitana, uma região, etc.), visto que o parâmetro espacial escolhido implica no resultado dos dados obtidos e nas conclusões do estudo, de modo que é por meio de tal definição que são e foram estabelecidos os critérios para seleção do caso de estudo que dá matéria a este trabalho, definindo-se o número de casos (neste trabalho, o CMS de

Itapetininga em face ao contexto do qual emerge e vê-se inserido em escalas nacional e internacional), bem como a delimitação de quando (de 1991 a 2011) e onde (Município de Itapetininga, embora respeitado seu em-torno, em escalas nacional e internacional, como referências e historicidade) ele será observado.

A delimitação deste trabalho ateve-se, conforme Rudio (2010, e em <<http://metodologiadapesquisa.blogspot.com/2008/10/delimitao-do-tema.html>>), à definição de um “campo de observação”, comportando este, além do local (recorte espacial, geográfico) e circunstâncias (recorte temporal, histórico do Município, do CMS em geral e do CMS desse Município), uma visão, principalmente histórica, da população a ser estudada, de modo que a população objetivada consistiu-se da definição de quem será objeto da pesquisa, sendo que este “quem” refere-se neste trabalho a um conjunto de sujeitos que foram indagados acerca de seus comportamentos, diretamente, e, indiretamente, visão de mundo – neste trabalho, a Secretária Municipal de Saúde no período de 2001 a 2004, e o atual Presidente do CMS de Itapetininga, de modo direto, e os Conselheiros, ao longo da História do CMS de Itapetininga, de modo indireto, pela investigação documental por eles gerada, como expoentes da população do Município de Itapetininga, visto que a população do estudo depende da área de conhecimento na qual ele se insere e no propósito desta pesquisa – e a partir dos quais pode-se definir a realização da pesquisa situando o objeto em estudo em parte no tempo presente, e, em parte, recuando-o no tempo, procurando evidenciar a série histórica do mesmo como fenômeno determinado.

Após essa tomada de decisão, este trabalho apresenta seu protocolo, indicando tanto a seleção e problematização do objeto, bem como as variáveis a serem pesquisadas e, principalmente, os instrumentos para coleta de dados, elaborando-se assim um instrumento indicador de como os dados foram obtidos no campo, através de instrumentos específicos de coleta (observação direta e dados publicados pelo Município de Itapetininga sobre si mesmo e atas e documentos do e sobre o CMS de

Itapetininga, além, obviamente, de literatura sobre o assunto), procedendo-se, em seguida, à avaliação e análise dos dados.

Com essas sistematização e reflexão sobre os dados, este trabalho apresenta seu relatório, em que são apresentadas sistematicamente a proposta do estudo, a metodologia empregada para sua elaboração, bem como os resultados obtidos pela investigação.

Conforme Yin (2001), o estudo de caso permite uma investigação para se preservar as características holísticas e significativas dos eventos da vida real – tais como ciclos de vida, processos organizacionais e administrativos, mudanças ocorridas em regiões urbanas, relações internacionais e a maturação de alguns setores – a partir de uma investigação empírica e buscando dados relevantes e convenientes obtidos por meio da experiência, da vivência, e, como acresce Gil (2008, 2010), conformando num estudo aprofundado e exaustivo sobre aspectos característicos, permitindo um conhecimento amplo e detalhado de um ou poucos objetos, a partir de procedimentos metodológicos relativamente flexíveis, respeitadores das especificidades do objeto de pesquisa, com todos os cuidados exigidos desde o planejamento até a análise dos resultados, com, ainda moderação, para não cair na mera generalização de resultados.

3.1. Procedimentos Metodológicos de Pesquisa

Este trabalho, assim caracterizado como estudo de caso, nasceu da procura de duas documentações mais três entrevistas, sendo que os documentos foram:

Primeiro, atas (das reuniões ordinárias e extraordinárias do CMS de Itapetininga, conforme amostragem de atas do período de 2001 a 2011) e outros documentos do CMS de Itapetininga, nos quais se encontram dados oficiais que dão conta de ser seu início no ano de 2001, e que não constam atas no período de setembro de 2006 a janeiro de 2007;

Segundo, leis federais, estaduais e municipais (constantes nas Referências) sobre a criação e funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde, especialmente sobre o de Itapetininga.

E tendo-se as entrevistas por escrito (Apêndice 1.º) do atual Presidente do CMS de Itapetininga e a entrevista escrita (Apêndice 2.º) com a Secretária de Saúde do Município de Itapetininga, que atuou no período de 2001 a 2004, e, Apêndice 3.º, uma entrevista com um Conselheiro da Saúde de Sorocaba, cidade escolhida em virtude a três fatores, quais sejam: a proximidade geográfica, fato de ser pólo regional e a disponibilidade do Senhor Conselheiro.

Sobre essas documentações e entrevistas, também foi procedido ao levantamento de um breve histórico do SUS/Sistema Único de Saúde, de cuja instituição decorre a instituição do CMS; análises da estrutura (composição e legislação pertinente) e prerrogativas (funções deliberativa, consultiva, fiscalizadora, mobilizadora), análise da participação da sociedade civil organizada e comparações com análises de casos de outras cidades do Brasil, além de Itapetininga, e da UE.

Os dados, de natureza exclusivamente qualitativa, foram analisados e cruzados, para fundamentar a fala do autor deste trabalho, e, antes de terem seus resultados publicados, foram, junto ao que foi revelado dos mesmos, conferido com o atual Presidente do CMS de Itapetininga.

Assim posto, lança-se o problema: poderia o CMS destacar-se neste cenário acima pesquisado como estrutura regulamentadora capaz de desenvolver e garantir a melhoria nos serviços de saúde pública?

3.2. Coleta e tratamento de dados

Ao longo de seu desenvolvimento, este trabalho levou também em conta, em paralelo, as atitudes e as exigências legais para a resolução de problemas do setor de Saúde Pública Municipal de Itapetininga, assim como a comparação das medidas tomadas pelo referido CMS de

Itapetininga, perante o histórico do município, e perante a evolução oriunda das decisões e deliberações do mesmo Conselho.

Os dados para a pesquisa foram fornecidos pelo próprio CMS de Itapetininga, que, na pessoa de seu presidente, demonstrou, desde o início, disposição e transparência para colaborar com esta pesquisa.

Nestes termos, e conforme os objetivos já exposto, pretende-se com este trabalho estudar o desenvolvimento do CMS de Itapetininga como uma instituição sólida e imprescindível para a deliberação dos tópicos inerentes ao desenvolvimento social no que tange Saúde Pública desse Município na busca da universalidade.

CAPÍTULO 4. ANÁLISE DE DADOS

Conforme os objetivos geral (verificar e analisar a Função Deliberativa do CMS no processo democrático participativo no Município de Itapetininga) e específicos (identificar a meta de atuação do CMS e caracterizar o CMS como estrutura reguladora da qualidade em saúde pública no município e sua devida importância) deste trabalho, e sobre a fundamentação teórica e a metodologia utilizadas, este capítulo apresentará a Unidade-Caso (o Município de Itapetininga) e o CMS de Itapetininga e dá bases para as discussões a respeito da funcionalidade do CMS de Itapetininga em face aos objetivos elencados.

4.1. Unidade-Caso: Município de Itapetininga.

Para falar de Itapetininga, pode-se iniciar explicando que a mesma é uma cidade do Estado de São Paulo, pelo que pode-se usar do Portal Eletrônico da Rede Internacional de Computadores (Internet) “**Portal Nosso São Paulo**” (<www.nossosaopaulo.com.br>) para apresentá-la conforme ela mesma se mostra.

Nesses termos, e conforme este trabalho analisou e pesquisou em cima do portal eletrônico <http://www.nossosaopaulo.com.br/Reg_08/Reg08_Itapetininga.htm>, Itapetininga revela ter as seguintes características:

“Área da unidade territorial: 1792 Km²

Latitude do distrito sede do município: -23,59167°

Longitude do distrito sede do município: -48,05306°

Altitude: 656 m

Prefeito 2009/12: **Roberto Ramalho Tavares** - PMDB 15

População de Itapetininga

(A estimativa da POPULAÇÃO baseia-se, dentre outros aspectos, na série histórica para as populações, onde a tendência do conjunto de dados influi no valor estimado.

Os resultados do CENSO DEMOGRÁFICO [2000] e da CONTAGEM DA POPULAÇÃO [2007], apresentam uma maior consistência, visto que são obtidos após trabalho de campo, onde os domicílios são pesquisados)

Estimativa Populacional – **IBGE-2009**: 148.808 hab.

Fundo de Participação dos Municípios – **FPM-2009**: R\$ 26.765.615,53
Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação – **FUNDEB-2009**: R\$ 27.660.234,40”.

Seguindo o mesmo portal eletrônico acima, Itapetininga se origina quando do

“Ciclo do Tropeirismo...

(...) Em virtude dessa situação, a partir de 1730, ou mesmo antes, teve início o que se pode chamar de exportação de animais, do extremo sul para as regiões centrais do Brasil. A partir dessa época, inúmeras cabeças de gado, oriundas das planícies do sul, chegam às terras de São Paulo e são distribuídas para outras regiões, após terem sido negociadas nas feiras anuais de Sorocaba, que se tornaram célebres. "As Feiras de Muas de Sorocaba se tornaram famosas no Brasil todo, sendo comentadas por quantos intelectuais, quer nacionais, quer estrangeiros, passaram por nossa cidade. Dos primeiros, podemos citar Paulo Eiró, o poeta. (...) Dos alienígenas, merece destaque o francês Saint-Hilarie. (...) Os tropeiros partiam das campanhas gaúchas tão logo terminasse o inverno, quando os pastos, ressequidos pelas geadas, rebrotavam. Viajavam lentamente, parando mais nos locais em que as pastagens fossem melhores, como no sopé da Serra de Santa Catarina, menos onde houvesse escassez de capim.

(...) Em 1730, ao coronel Cristóvão Pereira de Abreu coube a abertura de um caminho – o Caminho do Sul, por onde seriam trazidos os animais, objetivando favorecer o escoamento da produção e intensificar o comércio. Um dos locais utilizados para pouso (pernoite) pelos tropeiros, ficava à beira do rio Itapetininga – o Porto de Itapetininga. Este fato, a nível de pesquisa histórica é plenamente constatado: em 1886, por ordem do Conselheiro João Alfredo Corrêa de Oliveira, então presidente da Província, foi realizada uma exploração dos rios Itapetininga e Paranapanema; o engenheiro responsável por essa tarefa, Theodoro F. Sampaio, em relatório datado de 1889.(cf.<http://www.itapedigital.com.br/itape/index.php?option=com_content&view=article&id=6&Itemid=9> e também cf. < <http://www.camaraitapetininga.sp.gov.br/historia-de-itapetininga>>, havendo, ainda, o livro de José Luiz chamado “**GENEALOGIA DE UMA CIDADE**”, disponível em <[www.scudeler.com.br/regional/livros/pdf/genealogia de uma cidade itapetininga.pdf](http://www.scudeler.com.br/regional/livros/pdf/genealogia_de_uma_cidade_itapetininga.pdf)>”).

Também <http://www.nossosaopaulo.com.br/Reg_08/Reg08_Itapetininga.htm> diz sobre Itapetininga:

“A primeira povoação surgiu em torno de um antigo pouso de bandeirantes, tropeiros ou negociantes de animais, nas proximidades do rio Itapetininga, nos séculos XVII e XVIII. Seu desenvolvimento começou por volta de 1750.

Em **05 de Novembro de 1770** o povoado foi erguido em vila – a Nossa Senhora dos Prazeres de Itapetininga –, tendo sido, na ocasião levantado o pelourinho. São considerados fundadores da cidade Simão Barbosa Franco e Salvador Oliveira Leme (o Sarutayá).

(...) O município foi criado **a 01 de Janeiro de 1771** e, no final do mesmo ano foi instalada a primeira paróquia – a Igreja da Matriz.

A Vila foi elevada à categoria de cidade no dia **13 de Março de 1855**

A partir de então, Itapetininga começou a atrair comerciantes de todos os lugares do país. Não demorou muito para que os japoneses, libaneses, italianos e alemães viessem desfrutar de nossas riquezas, colaborando intensamente para o progresso que hoje se instala.

(...)

Cognome: "Terra das Escolas"; "Atenas do Sul", "Terra da Cultura" e "Terra da Hospitalidade" são cognomes utilizados para caracterizar Itapetininga, sua educação de qualidade, sua localização privilegiada no Sul do Estado, a cultura transmitida por seu povo e a hospitalidade garantida a seus visitantes. Curioso evidenciar que, em 1983, por iniciativa da Câmara do Município, houve uma tentativa de oficialização de nosso cognome. Com tal finalidade, foi realizada, a três de setembro do mesmo ano, por alunos da Fundação Karnig Bazarian, uma enquete popular, que obteve os seguintes resultados: Terra da Cultura e Cultura da Terra: 35,7 %; Atenas do Sul 32,4 %; Terra das Escolas 28,6 %; Nenhum dos nomes 3,3 %. Possivelmente, por não ter havido, na pesquisa realizada, uma vitória significativa, sobrepondo algum cognome aos demais, o Projeto de Lei foi retirado, deixando de ser oficializado o cognome de Itapetininga. **Santa Padroeira:** A santa padroeira de Itapetininga é Nossa Senhora dos Prazeres”.

Já em <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Itapetininga>>, observa-se sobre Itapetininga: “Localiza-se a uma latitude 23°35'30" sul e a uma longitude 48°03'11" oeste, estando a uma altitude de 656 metros. Sua população estimada em 2008, segundo o SEADE, era de 156.075 habitantes, com taxa de crescimento anual de 1,67%”, e acrescenta sobre a História de Itapetininga:

“Durante a Revolução de 1924, Itapetininga tendo a frente seu líder Coronel Fernando Prestes de Albuquerque, então presidente do estado, combateu os revoltosos e defendeu a legalidade.

Em 1932, depois que o gaúcho Getúlio Vargas tomou o poder do itapetiningano Júlio Prestes, foi um importante polo de revolta contra o governo Federal, durante a Revolução de 1932.

(...) **EDUCAÇÃO SUPERIOR**

Itapetininga possui uma FATEC e uma Unidade da Universidade Aberta do Brasil (UAB) onde são ministrados cursos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) e da Universidade de Brasília (UnB). Também está em projeto a implantação de um campus da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) e Universidade Estadual Júlio de Mesquita Filho Unesp. Também possui as faculdades :Instituto Itapetiningano de Ensino Superior, Associação De Ensino de Itapetininga e *Fundação Karnig Bazarian*

ECONOMIA

Possui uma economia fortemente voltada à agricultura. Suas indústrias são de pouca expressão nacional. A pecuária é de relativa importância no sudoeste paulista. Os principais produtos cultivados são: grama, batata, hortifrútícolos e cana-de-açúcar para a fabricação de álcool.

A produção de lenha e madeira em tora de florestas cultivadas (silvicultura) e a resinagem de espécies florestais dos gêneros Pinus também se mostram importantes atividades no município.

(...) **Características geográficas**

Área 1 792,079 km² (SP: 3^o)^[2]

(Em área é o 3^o maior município do estado de São Paulo^[9])

População 144 416 hab. (SP: 51^o) – Censo IBGE/2010^[3]

Densidade 80,59 hab./km²

Altitude 656 m

Clima subtropical úmido Cwa

Fuso horário UTC-3

Indicadores

IDH 0,786 *médio* PNUD/2000

PIB R\$ 1 980 379,009 mil IBGE/2008

PIB per capita R\$ 13 494,00 IBGE/2008

(...) *FONTE: IBGE CENSO 2010.*

Também pode-se saber sobre Itapetininga, inclusive como, dentro do Estado de São Paulo, chegar a ela, por meio do Portal Eletrônico da Rede Internacional de Computadores (Internet) <http://www.portaldeitape.com.br/modules/mastop_publicsh/?tac=Mapa>, que mostra:

Temperaturas

Média	Anual	:	20,9°C
Média	máxima	:	25,7°C
Média	mínima	:	16,01°C

Clima

Sub-tropical úmido, sujo sujeito a ventos sul e sudeste, com geadas fracas.

Precipitação Pluviométrica:

Agosto (mês mais seco): 35,1 mm

Média anual de 1.217,2 mm

Vegetação

Campos limpos e cerrados, inexistência de serras.

Topografia

Pequenas ondulações e extensas várzeas.

Solo: Glacial (85 %) e Corumbataí (15 %). Predominam os latossolos vermelhos escuro distróficos, os latossolos amarelos, os solos hidromórficos e os solos litólicos”.

Para chegar a Itapetininga, pode-se usar das seguintes rotas, segundo se verifica a partir do Endereço Eletrônico da Rede Internacional de Computadores (Internet) <http://www.fpx.com.br/2010/itapetininga/2010_che.htm>:



Localização de Itapetininga no Estado de São Paulo

O mesmo <http://www.fpx.com.br/2010/itapetininga/2010_che.htm> ainda explica:

“Com grande facilidade de acesso e uma localização privilegiada, Itapetininga está às margens da Rodovia Raposo Tavares e próxima da Rodovia Castelo Branco, sendo passagem obrigatória para Rota Mercosul. Sua proximidade a capital (170 km) e de outros grandes centros como Campinas (150 km), Sorocaba (65 km) e Curitiba (180 km) permite que os enxadristas de toda a Região Sudoeste Paulista e do Paraná possam se locomover sem grandes transtornos”.

Também pode-se localizar Itapetininga por meio de “Acesse o mapa de ITAPETININGA diretamente no celular <www.saopaulo.tur.br/m/itapetininga>” e de “Imagem Satélite da cidade de ITAPETININGA” no Endereço Eletrônico da Rede Internacional de Computadores (Internet) <<http://www.saopaulo.tur.br/maps/index.asp?mp=31082&z=9&c=ITAPETININGA>>.

4.2. O Conselho Municipal de Saúde de Itapetininga.

A atual formação do CMS de Itapetininga apresenta em 2010 uma nova fórmula de controle fiscal, que traz um novo aspecto fiscalizador, indicando o início no pedido de compras, de serviços, materiais, contratações etc., seguindo todo o processo, desde o pedido, abertura de ata, pregão, etc., até a entrega dos materiais, produtos, serviços, etc., nos locais indicados para tal.

Na formação atual do CMS de Itapetininga ainda não se tinha nenhum conselheiro com conhecimento jurídico, de modo que a plenária em votação decidia pela inclusão de um profissional jurista (advogado) para orientar o CMS de Itapetininga nas deliberações de caráter jurídico, dando amparo legal às decisões pertinentes. Esse profissional atua no CMS de Itapetininga desde 2010, de modo voluntário, atendendo ao convite da mesa diretora do CMS de Itapetininga, após votação.

Tendo em vista todas essas normalizações, o CMS de Itapetininga informa ao Poder Executivo a necessidade de atualização da lei que regulamenta o mesmo Conselho, e prepara a minuta de alteração de lei, minuta esta que foi enviada ao Chefe do Executivo em novembro de 2010, e que, até a publicação deste trabalho, permanecia sem a assinatura do Senhor Prefeito Municipal (Anexo XVII).

A função fiscalizadora, assim revista, perdeu-se no passar dos anos, sendo simplificada a um apanhado parcial de visualização de documentos de compras e/ou procedimentos realizados, ou seja, as avaliações fiscais desses documentos, que eram realizadas pela comissão fiscal.

O procedimento de avaliação veio sendo seguido em seu formato por vários anos consecutivos, conselho após conselho, com a simples verificação e parecer leigo, pois nenhum dos conselheiros tinha conhecimento técnico para tal análise – e observa-se isso conforme levantamento das atas e relatos dos próprios conselheiros.

Sobre toda essa base teórica, pode-se observar a respeito do CMS/Conselho Municipal de Saúde de Itapetininga que, desde sua criação através de Lei Municipal de número 3142, de 1.º de julho de 1991,

conforme pesquisa e entrevistas, a questão deliberativa foi almejada, mas por vezes cerceada pelo gestor-mór, apesar de notada a importância e força de tal direito, de tal princípio na verdade legal, pois como demonstrado nas descrições, estas deliberações têm forte impacto nas vontades político-partidárias presentes em todas as esferas de governo. Principalmente por envolver a decisão e deliberação nos quesitos estruturais, financeiros e econômicos da Saúde Pública, e, pois, de importante lastro nos alicerces de toda a comunidade.

Sobre os momentos passados do CMS de Itapetininga, apresenta-se neste trabalho, como apêndice, entrevista com gestor, no caso, com a Senhora Secretária de Saúde do Município de Itapetininga, que atuou no período de 2001 a 2004, com relatos de sua participação no colegiado. Nas respostas da Secretária de Saúde e nas atas do CMS de Itapetininga (em Anexo) referentes ao mesmo período, pode-se ver a disposição da atuação institucional do CMS de Itapetininga, porém, não se encontrou, em nenhum momento, algo a respeito da atuação de legitimidade em resoluções e/ou deliberações.

Também, ao longo da pesquisa, observou-se interesse do atual presidente do CMS de Itapetininga, que graciosamente forneceu uma fala sua, a qual está no apêndice.

Da formação do primeiro CMS de Itapetininga, tem-se um número limitado de informações, a maior parte das quais foi colhida por meio de atas, lembrando que era uma situação inicial, nova em seus processos, e nota-se também que o envolvimento era primordialmente reservado aos grupos de profissionais de saúde e representantes de prestadores de serviços ao sistema; ora, a participação popular era presente, mas o conhecimento de sua primordial participação não era tão evidente e, sequer, evidenciada.

No Anexo 1.º, pode-se ver a íntegra da Lei Municipal de número 3141/91 – formação do CMS Itapetininga. A lei de criação do CMS de Itapetininga existia, descrevia as atribuições, as atividades de funcionamento, mas, mesmo assim, não garantia em sua totalidade a participação social nas decisões referentes à saúde, a participação dos

conselheiros nas formulações das políticas municipais de saúde parecia não ser tão abrangente.

O processo de amadurecimento do controle social veio crescendo no decorrer dos anos que se passaram, com maior divulgação no município, mas mesmo assim, havia a forte prevalência de interesses políticos acima das políticas sociais de saúde.

Essas situações institucionais anteriormente citadas devem ser tratadas no interior de mais um dispositivo do CMS de Itapetininga, que é o seu Regimento Interno, que deve nortear os trabalhos do conselho em suas reuniões ordinárias e extraordinárias.

Observa-se que o Regimento Interno é citado em várias Atas do Conselho Municipal de Saúde pesquisadas, porém também se observa que essas atas têm início no ano de 2001 e que a lei de criação do CMS de Itapetininga data de 1991, como já descrito.

Mas não foram encontradas atas referentes ao período de 1991 a 2001, e, pois, portanto não foram também encontrados registros de votação ou de aprovação de qualquer Regimento Interno em tal período.

Sobre isso, pode-se destacar que num período inicial de 10 anos não há qualquer informação sobre a atividade do CMS de Itapetininga; é vaga a existência de um CMS de Itapetininga no período de 1991 a 2001.

Ora, se não há nada de concreto sobre Regimento Interno em tal período, o que se pode perceber das atuações do Conselho nesse período sem atas e sem regimento?

O que ocorre que o Conselho se vê despido de registro de reuniões (e, pois, de funcionamento) em atas e desprovido de Regimento auto-condutor?

Que tipo de Conselho poderia ser esse?

Só se sabe que as ações do CMS de Itapetininga são então descritas em atas somente a partir do ano de 2001.

Conforme a entrevista com Secretária de Saúde Municipal de 2001 a 2004, vê-se o início das atividades oficiais e institucionais do CMS de Itapetininga, em 2001, e, a partir das atas, que de 2001 a 2007, existem várias citações das frases a respeito de “Regimento Interno (do CMS de

Itapetininga)”, “Deliberação” (por parte do CMS de Itapetininga), “Fiscalização” (da parte do CMS de Itapetininga) e “Resoluções” (do CMS de Itapetininga), porém, conforme algumas digitalizações que seguem em anexo, não há documentos comprobatórios dessas práticas pelo CMS de Itapetininga.

Na atual formação do CMS de Itapetininga, desde 2009 é que se instala oficialmente esse importante instrumento, que normaliza na disposição da lei (até então não atendida), o funcionamento, a participação, as características e funções relativas aos conselheiros.

A partir desse momento, da institucionalização de um Regimento Interno, iniciou-se o processo de materialização do CMS de Itapetininga, com busca legal para o desenvolvimento dos trabalhos do mesmo, através de consultas ao Conselho Estadual de Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Tribunal de Contas da União, e outros.

O CMS de Itapetininga viu-se, passando, então, a trabalhar com as questões, consultivas, normativas, fiscalizadoras e deliberativas, com ênfase no embasamento legal.

No processo deliberativo, o CMS de Itapetininga, programou estudos e consultas aos demais órgãos colegiados para conseguir a tradução mais objetiva do termo “Deliberativo”, institucionalizando a atuação do CMS de Itapetininga com a primeira deliberação da história do mesmo, a qual ocorre em julho de 2011, com o cumprimento e publicação da mesma no Semanário Municipal, trazendo um novo momento político social ao CMS de Itapetininga.

Ao inserir as formas legais de funcionamento no CMS de Itapetininga, inicia-se a fase de reformulação de atribuições do CMS de Itapetininga, também descritas na Constituição Federal, através da Lei Federal n.º 8080, de 19 de setembro de 1990; da Lei Federal n.º 8142/1990, de 28/12/1990, e explicitada na Resolução CNS n.º 333, de 04 de novembro de 2003.

A atribuição fiscalizadora do CMS de Itapetininga, que propicia dados para uma aplicação deliberativa ainda mais coesa e concisa, é a atribuição que vem explicada com base na Resolução CNS n.º 333/2003, e

na Cartilha de Orientação a Conselheiros, confeccionada pelo TCU (Tribunal de Contas da União. Orientações para Conselheiros de Saúde. Brasília: TCU, 4.^a Secretaria de Controle Externo, 2010).

CAPÍTULO 5. CONCLUSÃO.

O objetivo geral deste trabalho (verificar e analisar a Função Deliberativa do CMS no processo democrático participativo no Município de Itapetininga), ao ser perseguido por meio de levantamento de dados e na pesquisa das atas e outros documentos do CMS de Itapetininga (em meio aos quais encontraram-se dados oficiais que dão conta de sua instituição em 1991, e de haverem registros de seu trabalho somente a partir do ano de 2001, descritos através de atas das reuniões ordinárias e extraordinárias do CMS de Itapetininga, conforme amostragem de atas do período de 2001 a 2011), permitiu observar inicialmente que nesse período houve inúmeras situações contra dissidentes, em relação às funções do CMS de Itapetininga, como a utilização do termo “resolução” e/ou a falta de atas em determinados períodos.

E ao ser feito o levantamento dos dados contidos nos documentos e na entrevista com atual Presidente do CMS de Itapetininga, em face ao objetivo geral (verificar e analisar a Função Deliberativa do Conselho Municipal de Saúde no processo democrático participativo no Município de Itapetininga) e a objetivos específicos (identificar a meta de atuação do Conselho CMS e caracterizar o CMS como estrutura reguladora da qualidade em saúde pública no município e sua devida importância) deste trabalho, notou-se que:

- De 1991 a 2001, ou seja, do ano de instituição do conselho até o ano de 2001 que representa um período de dez anos, nos arquivos permanentes do conselho não há informações oficiais sobre a atuação do CMS no município, levando a crer que o conselho não tinha a devida importância e o devido tratamento e amplitude institucional.
- Vê-se que a função deliberativa, fiscalizadora, auxiliadora, de pesquisa, projetos, que incluem o âmbito financeiro não foram utilizadas pelo conselho, devido ao despreparo dos membros no quesito de conhecimento das reais funções e atribuições do conselheiro, das representatividades e responsabilidades dos mesmos.

- O CMS de Itapetininga, através de sua diretoria, solicita a Secretaria Municipal de Saúde de Itapetininga que esta informe oficialmente a História deste período, e no mesmo pode-se observar que o Poder Executivo tinha apenas a visão da formação do conselho para o simplesmente atender ao cumprimento da lei, sem real intenção da participação popular, ou da discussão da Saúde com a população, apesar de esta ter esse direito garantido pela Constituição.

- Em um período mais recente da história do CMS de Itapetininga, há uma lacuna de informações oficiais (atas de reuniões), que ocorre entre os meses de agosto de 2006 a fevereiro de 2008, na qual não são encontradas atas das reuniões do CMS de Itapetininga. Ao serem questionados os integrantes do Conselho dessa época, o presidente e a 1.^a secretária, que tinham a obrigatoriedade de organizar todos os documentos do CMS de Itapetininga, obteve-se a resposta que quem tomava conta dessas atas era a Secretaria de Saúde, situação esta que afastou a participação da comunidade nas reuniões do conselho, e que também levou ao desinteresse na participação nos conselhos gestores de modo geral.

- Atualmente, o CMS de Itapetininga, visando melhorar a atualização de suas funções, implantou um programa de educação permanente nos moldes do texto do Ministério da Saúde, Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS. CMS de Itapetininga, pois, objetiva com esse programa ampliar e qualificar a participação social na formulação, gestão e controle social da política de saúde, conforme os Apêndices e Anexos.

Nesses termos, e de acordo com os objetivos elencados, para entender o controle social dos entes federados (União, Estados, Distrito Federal e Municípios), fez-se necessário mencionar o processo de redemocratização posterior ao regime militar, o qual processo levou a um momento intenso de luta pela ampliação dos mecanismos institucionais do diálogo entre o Estado e os Cidadãos.

A Constituição Federal de 05 de outubro de 1988 é elaborada sobre forte influência oriunda do seio da sociedade civil por meio de ementas

populares, intensa busca a descentralização e a participação dos cidadãos no controle dos gastos públicos.

Com essa mudança de direção dada pela redemocratização, e engendrada no meio político-institucional brasileiro, foram instituídos, a partir da esfera federal, os Conselhos, que podem ter o controle social exercido em sua atuação, conforme exposto, neste trabalho (e focado, neste estudo de caso, na figura e papéis dos Conselhos de Saúde).

Os Conselhos foram definidos de várias formas e desempenham conforme o caso funções de fiscalização, de mobilização, de liberação ou de consultoria.

A função consultiva é, de modo geral, apenas de tirar dúvidas e fornecer orientações para os Poderes constituídos, e não foi abordada neste trabalho.

A função fiscalizadora dos Conselhos sugere e determina o acompanhamento e o controle dos atos praticados pelo governo.

A função mobilizadora refere-se ao estímulo a participação popular na gestão pública e parece ser a menos conhecida.

A função deliberativa – também pouco conhecida – é por certo a mais importante função do conselho (embora, friso, pouco conhecida como se deve), refere-se à tarefa específica de decidir as estratégias utilizadas pelos governos na implantação de políticas públicas de saúde.

E a função consultiva – a mais conhecida – é que atua sobre a emissão de pareceres e opiniões com possibilidade de sugestões sobre a política de saúde do município.

Analisando as os conteúdos das atas (vide Anexos), nos depoimentos e participação do Conselho Municipal do Município de Itapetininga (Apêndices e Anexos), observou-se primeiro que a existência de um CMS era uma prerrogativa necessária – ainda que de fundo de mero cumprimento burocrático – de controle social, isto é, a participação da comunidade na fiscalização e na condução das políticas de saúde a partir da Lei Federal n.º 8142, de 28 de dezembro de 1990, que estabelecia a criação dos Conselhos e as Conferências de Saúde como instâncias de controle social nas três esferas de governo: Federal, Estadual e Municipal.

Como visto anteriormente, essa lei federal, força propulsora da criação dos “Conselhos”, delineava como característica principal seu caráter deliberativo e junto a este a função mobilizadora, para proporcionar a tão sonhada participação popular efetiva nas discussões de políticas públicas de saúde do município de Itapetininga.

Consoante com o procurado de acordo com os objetivos geral (verificar e analisar a Função Deliberativa do CMS no processo democrático participativo no Município de Itapetininga) e específicos (identificar a meta de atuação do Conselho CMS e caracterizar o CMS como estrutura reguladora da qualidade em saúde pública no município e sua devida importância) deste trabalho, a análise das atas e depoimentos ao longo deste trabalho expostos permitiu verificar que, como todo processo, existe uma história que tem seu começo em 1991 com a criação do Conselho Municipal de Saúde; porém, não foi possível analisar o período compreendido entre 1991 a 2001, pois não foi, até o encerramento das pesquisas que dão substância a este trabalho, encontrados – simplesmente –, nenhum registro, documento ou ata em que constem observações sobre o CMS do Município Itapetininga no referido período.

É somente a partir de 2001 que os registros em ata são encontrados, mas trazendo desde o seu início uma não aplicação do que a lei apregoa sobre sua deliberação e sobre a participação efetiva popular.

É de se notar no depoimento da Secretária de Saúde de 2001 a 2004 (Apêndice 1.º) que o Conselho inicia apenas com caráter consultivo e não atendo ao caráter deliberativo, cumprindo apenas em parte as prerrogativas da lei que o define e que a participação popular como meta principal.

Verifica-se ainda, no referido período, o desafio no que diz respeito às dificuldades dos conselheiros entenderem o que significa seu poder legal de representação e de deliberação, isto é, quais são efetivamente suas atribuições e suas funções.

Como não possuíam informações e ensinamentos a respeito do que era Conselho, os próprios conselheiros se desvirtuavam sua participação, perdendo o foco proposto em lei, ficando no meramente aprovativo

(apenas, seguiam a única função que lhes era apresentada e cobrada: a consultiva, como se as demais inexistissem), pois os mesmos conselheiros não possuíam conhecimentos estruturais da administração pública, nem tão pouco houve evidência de qualquer investimento na qualidade de treinamentos, para preparação para uma atuação qualitativa para o desempenho dos membros eleitos para o referido “Conselho”.

Como exemplo desses acontecimentos verifica-se nessa primeira ata referente à primeira reunião que o plenário discutiu sobre o fechamento do Hospital Psiquiátrico “Dr. Laert Vieira Pires” somente focando o custo despendido pelo Hospital, e não levando em conta os benefícios trazidos pela entidade para a população local e o atendimento na microrregião.

Esse fato sensibilizou os participantes do Conselho, pois os mesmos possuíam entendimento diverso do proposto pela própria lei, isto é, o fechamento do Hospital Psiquiátrico em escala Nacional, verificando-se, por fim, o voto vencido, que culminou com o fechamento da respectiva instituição.

Nota-se que as dificuldades continuaram na entrevista da Secretária, mormente quando a mesma diz ter havido um avanço na atuação do Conselho, embora ela mesma diga que o Conselho Municipal de Saúde somente trazia sugestões e fiscalizações pontuais, seguindo a única função que ao CMS era apresentada e cobrada: a consultiva, como se as demais inexistissem.

Continua-se, em face aos objetivos geral (verificar e analisar a função deliberativa do CMS no processo democrático participativo no Município de Itapetininga) e específicos (identificar a meta de atuação do Conselho CMS e caracterizar o CMS como estrutura reguladora da qualidade em saúde pública no município e sua devida importância) deste trabalho, observando-se que o termo “deliberativo” que deveria ser característica principal do Conselho e sua atuação ainda encontra-se pendente, pois não houve a utilização efetiva desse termo: o Conselho tem meta definida mas de imediato não a atingiu, e por longo período viu-se alienado do foco de ser ele o organismo, agência ou estrutura reguladora

da qualidade em saúde pública no município, e, hoje, luta por sua devida importância.

Analisando e observando a entrevista do senhor presidente do atual Conselho, também se nota que nesses dez anos (2001-2011) as alterações que deveriam ter ocorrido com mudanças necessárias não logrou sucesso, portanto mantendo-se a forma primitiva da ocasião da instituição do Conselho (1991), quando é citada sua composição que originariamente era através de voto para alguns, enquanto outros eram escolhidos ou designados, isto é: eram indicados para formar a paridade exigida pela Lei Federal.

Considerando que cada formação de Conselho tem sua peculiaridade, pode-se observar ao longo do tempo uma continuidade tão somente da característica meramente consultiva e, contrariamente aos princípios norteadores de sua constituição legal, meramente aprovativa, no que tange às resoluções praticadas pela Secretaria de Saúde no desenvolvimento da política pública de saúde municipal.

Então, o que se percebe no desenrolar dos anos é que apesar das atividades principais do Conselho (cuja principal atividade inicial é a sua deliberatividade), e, portanto a primeira meta de atuação do mesmo CMS como estrutura reguladora da qualidade em saúde pública no município e sua devida importância passou despercebida.

De fato desde a sua gênese, o Conselho vê pregado que o controle social do SUS é um processo que deve ser realizado pelo Conselho na deliberação sobre a respectiva política e plano de ação, mas continua-se a observar que os vocábulos fiscalizador e auxiliador necessitam saírem de bocas e papel para, na prática, esse controle se materializar.

Nota-se também que se fala e escreve-se muito a respeito da capacitação do conselheiro, muitas vezes despreparado para a sua função, pois o processo educativo e formativo que deveria existir para o seu desenvolvimento não é oferecido, de modo que a maioria dos conselheiros continua atuando de modo amadorístico, especialmente nas discussões e decisões que levam à alienação do que deveria efetivamente fazer da função deliberativa o principal elemento integrante do Conselho.

Observa-se, pois, que a continuidade dessa não observação, isto é que a falta do processo educativo e formativo para os conselheiros a respeito da lei nos quesitos deliberação e participação popular é uma práxis do Estado Herdado.

Observa-se também que o controle social é demanda, inclusive legal, constante e concreta, revelando que não estava sendo executado corretamente pelo Conselho ao longo dos anos desde sua criação.

Nota-se ainda a interação entre pessoas, visando uma melhoria da aprendizagem de ambos os lados, cada qual aperfeiçoando suas subjetividades, porém não é o que acontece na relação ente o Conselho Municipal, a Secretaria de Governo e a Comunidade, ocorrendo um descompasso, em que quem mais sabe ou tem mais poder manda e o que não sabe e/ou não tem o mesmo poder é, de certa forma, dirigido, dependendo das resoluções, e, às vezes, acaba sendo manipulado por interesses particulares.

Isso é notado na fala do Senhor Presidente atual quando este coloca que tanto a falta de conhecimento do que é ser elemento do conselho, quanto o não ter condições de assimilar a aprendizagem necessária para sua atuação são, no mínimo, algo estranho, ou melhor, revelam em plena era da democracia que entre os conselheiros há quem seja ainda dependente de quem tem o conhecimento e o poder.

Pode-se, pois, também afirmar que nos dias atuais, visando uma busca incessante na mudança em busca do conhecimento, pode-se mudar a interação em relação às pessoas como também alterar a relação do poder, cabendo ainda o desenvolvimento de resiliências, por meio das quais todos possam de maneira eficaz se apresentar como participantes responsáveis pelas mudanças que devem ocorrer dentro do sistema de trocas das relações sociais, dos indivíduos pertencerem a uma sociedade que visa o bem estar de todos acima do bem estar de alguns.

Quanto ao objetivo geral (verificar e analisar a função deliberativa do CMS no processo democrático participativo no Município de Itapetininga) deste trabalho, a evolução do simples ato de representar e fiscalizar para passagem ao deliberativo remete a uma tendência histórica de o Brasil sair

de um Estado Herdado para atender ao Estado Necessário, buscando assim o que compete a todos sob a lei, que é o aperfeiçoamento dos controles sociais de sua comunidade, com participação ativa, deliberativa de uma política social de saúde que é feita para seu uso, uso de sua comunidade e do país, já que ela é universal.

Com isso a sociedade civil estará entendendo que o SUS é preceituado na Constituição Federal, tendo como princípio único a Universalidade e não apenas para atender os descamisados, os excluídos do sistema que não têm voz ativa na sua existência.

A idéia da formação dos Conselhos de Saúde é justamente dar voz às pessoas que com participação terão um órgão representativo de suas ações tornando estas possíveis e que a partir de então a sociedade inscrita no Conselho de maneira paritária permitir-se-á acompanhar, monitorar e avaliar o processo de desenvolvimento das ações públicas e privadas da saúde de sua cidade dentro de um país emergente.

Continuando a análise, pode-se também observar que nas pesquisas e entrevistas e leis que regem o assunto CMS de Itapetininga, o que galgou uma notória e gratificante evolução nessa trajetória é que se pode denominar “interação Governo, Conselho e Comunidade”, e na qual podem ser observadas mudanças significativas, tanto qualitativas quanto quantitativas, como a criação de cartilhas contendo informações para a capacitação dos atuais conselheiros, relação de igualdade entre Conselho e Secretaria de Saúde, criação do regimento interno estabelecendo interação clara e objetiva do funcionamento das funções pertencentes ao Conselho Municipal.

Nesse desenvolvimento já se pode deslumbrar que ocorreu ainda uma minuta da lei que discorre sobre a atualização do Conselho em substituição à lei de 1991, mas ainda não contemplada pelo executivo (estando até o fechamento deste trabalho, sob análise do executivo municipal).

Após o apresentado, vislumbra-se que o CMS de Itapetininga nasceu e cresce num período histórico de transformação da sociedade e quando a sociedade engatinha de forma tímida no processo de

redemocratização, a qual ainda demandará algum tempo para as devidas modificações de comportamentos enraizados durante tanto tempo que se acostumou a recuar perante a força.

Agora percebem-se possibilidades de não se envolverem expoentes da sociedade civil mais em jogos de decisões arbitrárias, e sim de os mesmos levantarem a cabeça, abraçarem o conhecimento e trazerem novas práticas de forma responsável e no existir de todo cidadão e de toda comunidade.

Observa-se, de acordo com os objetivos geral (verificar e analisar a função deliberativa do Conselho Municipal de Saúde no processo democrático participativo no Município de Itapetininga) e específicos (identificar a meta de atuação CMS e caracterizar o CMS como estrutura reguladora da qualidade em saúde pública no município e sua devida importância) deste trabalho, que um caminho foi percorrido por diversos Conselhos, cada qual com suas características, fazendo o possível em cada passo desse caminhar, com suas idiossincrasias, e atualmente, observando o passado, nota-se que houve mudanças, mas que ainda são pequenas perante o grande passo que deve vir pela frente buscando sempre alcançar no presente a deliberação por parte da população desta cidade e de seus governantes e de seu conselho para uma democracia participativa feita para todos indistintamente.

E a partir disso tudo, o que se pode analisar neste trabalho e a partir do mesmo e de todas as características vislumbradas dos Conselhos das cidades citada no Brasil e dos países do sul da Europa (Itália, Espanha e Portugal), é que o processo a ser ampliado e conquistado é o vital espaço social de participação da sociedade civil na elaboração das políticas públicas de modo geral.

A Constituição Federal de 1988 promulgou que a representação do povo deve ser premiada, incentivada e mobilizada no sentido de ele se aproprie de seus destinos e tenha responsabilidade na execução das necessidades básicas e principais dos habitantes no tocante a saúde, educação, transporte, moradia, etc.

A partir disso, entende-se que o que se deseja e espera é um aperfeiçoamento da mobilização e participação, visto que no teor do trabalho o que mais se espera é que a população de todas as cidades e países citados tenham participação ativa nos seus destinos, e que, para isso, haja a elaboração de uma pedagogia de esclarecimento que leve a comunidade de cada setor, de cada cidade, de cada Estado e de cada país buscar uma reestruturação de filosofia de vida, que realmente seja participativa para provocar mudanças necessárias atingindo uma melhoria na qualidade de vida.

Também se espera que os Conselhos, ou melhor, que os conselheiros em sua representatividade, busquem atender à demanda reivindicada (do bem comum), não só da sua parcela de atuação, mas da composição de um todo específico (país), que leve conhecimento antes buscado pessoalmente, saindo assim do individualismo, para que a população elabore e crie instituições sólidas na condução de sua qualidade de vida.

Os Conselhos, em sua finalidade principal (participação popular), tiveram a sua criação institucional para servirem de veículo para levar a reivindicação da população ao Executivo na elaboração das políticas públicas, aqui no caso da saúde, e espera-se que isso seja de fato um caminho a ser percorrido pela sociedade organizada e governo a fim de torná-las possíveis na elaboração conjunta de um bem estar comum.

Por fim, face aos objetivos geral (verificar e analisar a função deliberativa do CMS no processo democrático participativo no Município de Itapetininga) e específicos (identificar a meta de atuação do CMS e caracterizar o CMS como estrutura reguladora da qualidade em saúde pública no município e sua devida importância) deste trabalho, conclui-se que a função deliberativa ainda é envolta em atritos com o Estado Herdado (e sua práxis eminentemente centralizadora, burocrática e autoritária), dificultando a sua implementação mesmo ante a implantação histórica do processo democrático participativo nos municípios; que a meta de atuação do CMS é difusa e teórica, encontrando-se, no momento, ainda por ser melhor visualizada e, pois, perseguida, e que isso dificulta ao próprio CMS

caracterizar-se a si mesmo como estrutura reguladora da qualidade em saúde pública no município e fazer, pois, valer, a sua devida importância.

Embora, no entanto, veja-se que isso ainda está mais para o desejo do que para a realidade, pois a mesma sociedade que reivindica é a mesma que se ausenta e que o governo que implanta é o mesmo que não delega, o que se espera então é uma nova visão, uma nova filosofia senão de delegação e participação, ao menos de convivência dentro dos ditames da legalidade, e que essa convivência seja um passo para futura realidade, passo este que necessita de novas inserções e que influenciem de modo direto e compartilhado as decisões das políticas públicas.

Como disse Albert Einstein: “o meu ideal político é a democracia, para que todo homem seja respeitado como indivíduo e nenhum venerado”.

REFERÊNCIAS

BRAGANÇA, Rodrigo Holanda. Aula 15 - AGÊNCIAS REGULADORAS IV: Funções Fiscalizadora, Sancionadora e de Solução de Controvérsias. Disponível em <http://academico.direito-rio.fgv.br/wiki/Ag%C3%A7%C3%A3o_fiscalizadora,_sancionadora_e_de_solu%C3%A7%C3%A3o_de_controv%C3%A9rsias.>, acessado em 15/12/2011.

BRASIL. Constituição (1988). Disponível em: <www.senado.gov.br/legislacao>.

BRASIL. Emenda Constitucional 29/2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm>.

BRASIL. Sítio Eletrônico Oficial do Ministério da Saúde, cf. texto “**Do sanitário à municipalização**”/<<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm/?portal=pagina.visualizarArea&codArea=330>>, acessado em 23:09, de 11/01/2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS. 2003. Disponível em WWW.portalconass.org.br, acessado em 22h43min, de 11/01/2012.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Escola de Administração Fazendária. Programa Nacional de Educação Fiscal – PNEF. **Gestão democrática e controle social dos recursos públicos/Programa Nacional de Educação Fiscal**. 4. ed. revisada e atualizada. Brasília: ESAF, 2008. Série Educação Fiscal. Caderno 4.

CARVALHO, Gilson. 2009. **Natureza Deliberativa dos Conselhos e Saúde**. Disponível em: <http://www.idisa.org.br/site/pasta_301_0__colaborador---gilson-carvalho.html>.

CARVALHO, G. de; SANTOS, L. Comentários à lei orgânica da saúde (leis 8.080/90 e 8.142/90): sistema único de saúde. São Paulo: Hucitec, 1995.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 12. 2004, Brasília. **Anais...** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CUNHA, Sheila Santos. **O Perfil da Participação nos Conselhos Municipais de Assistência Social (CMAS) e de Saúde (CMS) em Camaçari (BA):** uma análise sobre *quem* e *como* participa. Monografia. Universidade Federal da Bahia. Núcleo de Pós-Graduação em Administração. Salvador: 2008. Disponível em <<http://www.libroos.es/libros-en-portugues/tesis/161716-sheila-santos-cunha-o-perfil-da-participacao-no-s-conselhos-municipais-de-assistencia-social-cmas-e-de-saude-cms-em-camaçari-ba-uma-analise-sobre-quem-e-como-participa-pdf.html>>, acessado em 11/01/2012.

DICIONÁRIO ELETRÔNICO HOUAISS DA LÍNGUA PORTUGUESA V2.0A. INSTITUTO ANTÔNIO HOUAISS/EDITORIA OBJETIVA. **DICIONÁRIO ELETRÔNICO HOUAISS DA LÍNGUA PORTUGUESA V2.0A.** 2009. DISPONÍVEL EM: <<http://www.superdownload.us/dicionario-eletronico-houaiss-da-lingua-portuguesa-v20a/>>.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GODOY, Amália Maria Goldberg/UEM et al. **O conselho Municipal de Saúde de Maringá e Orçamento:** gestão 2006-2009. Revista *A Economia em Revista*, v. 18, n.2, dezembro 2010.

<<http://saudefloripa33pj.wordpress.com/duvidas/natureza-deliberativa-dos-conselhos-de-saude-2/>> (JUSTIÇA & SAÚDE FLORIPA) disponível em <<http://saudefloripa33pj.wordpress.com/>>), acessado em 15/12/2011.

Lei n.º 8080 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. Disponível em: <www.senado.gov.br/legislacao>.

Lei n.º 8142 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. Disponível em: <www.senado.gov.br/legislacao>.

LÜCHMANN, Lígia Helena Hahn. A representação no interior das experiências de participação. Revista *Lua Nova*, n. 70, 2007. Disponível em <www.npms.ufsc.br/lpublic/Artigo%207.doc>, acessado em 13/01/2012.

MARQUES, Verônica Teixeira; NASCIMENTO, Rosane Bezerra; OLIVEIRA, Samyle Regina Matos. Os Conselhos Municipais de Educação como instrumentos de participação social em Sergipe. III SEMINÁRIO POLITICAS SOCIAIS E CIDADANIA. Disponível em <www.interativadesign.ba.com.br/III_SPSC/arquivos/sessao5/132.pdf>, acessado em 13/01/2012.

MARTINS, Poliana Cardoso et al. Conselhos de Saúde e a participação social no Brasil: Matrizes da utopia. **Physis**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 1 pp. 105 – 121. 2008.

MEIRELLES, Hely Lopes. Direito Administrativo Brasileiro. 20.^a ed., São Paulo: Malheiros Editores, 1990, os. 82-83 – g.n.

RAHEMA, Majid. **Participação**. in Dicionário do Desenvolvimento – Guia para o Conhecimento como Poder (Coord.: Wolfgang Sachs). Petrópolis: Vozes, 2000, p. 190 a 210.

Resolução n.º 333 do Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: <www.saude.gov.br>.

RUDIO, Franz Victor. **Introdução ao Projeto de Pesquisa Científica**. 29.ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

SERAPIONE, Mauro; SESMA, Dolores. A participação dos cidadãos nos sistemas de saúde da Europa do Sul: Portugal, Itália e Espanha. Resultados preliminares de um estudo participativo. Revista da Associação Portuguesa de Sociologia de Sociologia. *Sociologia On Line*, n.º 2, abril, 2011.

TATAGIBA, Luciana. **Os conselhos gestores e democratização das políticas públicas no Brasil**. In DAGNINO, Evelina (Org.). Sociedade civil e espaços públicos no Brasil. São Paulo: Paz e Terra, 2002. (47-103. 57p.) TCU/Tribunal de Contas da União. Disponível em <www.contas.cnt.br/admin/arquivos/2c8ee23071.pdf>, acessado em 13/01/2012.

TEIXEIRA, E. C. **Movimentos sociais e conselhos**. Cadernos Abong, n.º15, jul., 1996. (p.07-20. 14p.).

TATAGIBA, L.; TEIXEIRA, A. C. C. Democracia representativa e participativa: complementaridade ou combinação subordinada? Reflexões sobre instituições participativas e gestão pública na cidade de São Paulo (2000-2004). XIX CONCURSO DO CLAD SOBRE REFORMA DO ESTADO E MODERNIZAÇÃO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, 2006.

URBINATI, N. **O que torna a representação democrática?** Revista *Lua Nova*, n. 67, CEDEC, 2006.

VENTURA, Magda Maria. **O Estudo de Caso como Modalidade de Pesquisa.** Rev. SOCERJ. 2007; 20(5): 383-386.

VITULLO, G. O. Desafio da construção de um modelo democrático deliberativo. Rev. *Sociologias*. Porto Alegre, ano 2, n.3, p.186-231, jan./jun., 2000.

YIN, Robert. **Estudo de Caso:** planejamento e métodos. 2.ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

YOUNG, I. M. Representação política, identidade e minorias. Revista *Lua Nova*, n. 67, CEDEC, 2006.

APÊNDICES

Apêndice 1.º

Entrevista a Secretária de Saúde do Município de Itapetininga do período de 2001 a 2004.

(Na sequência, “P” são as perguntas oriundas do autor deste trabalho, e “R” as respostas, hauridas da parte da Senhora Secretária de Saúde do Município de Itapetininga, que atuou no período de 2001 a 2004)

“P - Como você avalia sua participação no CMS enquanto Secretária de Saúde do Município?”

R - O CMS foi iniciado na minha primeira gestão como secretária do município, a meta era de fazer participar a comunidade em varias áreas de representação, no inicio foi muito difícil fazer entender qual era o papel dos conselheiros que tinham como costume lutar para auxiliar pessoas a conseguir consultas e exames, uma das primeiras atuações, que foi executada com muita dificuldade foi de fazer o plano municipal de saúde junto com o conselho e finalmente aprovado pelo mesmo, posso declarar que isso foi uma árdua luta pois me fazer confiar, quando a abertura é muito ampla é extremamente difícil pois a comunidade tem como habito não confiar em governantes , sendo assim se sentiam dirigidos e manipulados quando se apresentavam questões técnicas ,como parâmetros populacionais e outros .Deste modo acredito que minha participação foi positiva .

P - Como você vê a atuação do CMS nesta época? (tomando em conta as determinações legais cabíveis ao CMS)

R - Bom apesar das dificuldades citadas o conselho começou a fazer parte de todas as decisões da área da secretaria da saúde, trazendo sugestões e fiscalizando o funcionamento das unidades. Quando este primeiro conselho se formou, as primeiras atuações foram tímidas, pois os conselheiros não conheciam a abrangência do seu papel, muitas vezes atrapalhando muito mais que auxiliando o funcionamento do sistema de saúde, alguns conselheiros queriam ter autoridade para marcar as consultas ou levar medicamentos, verdadeiramente foi complexo administrar estes primeiros passos, mais era muito importante para uma secretaria que este conselho funcionasse, pois sem todo o recurso que se precisava para todas as necessidades do momento ter a representatividade da população era, sobretudo um apoio nos direcionamentos e fiscalização das verbas aplicadas.

P - Quais objetivos, resoluções e atuações fiscalizadoras foram impetradas nesse momento do CMS?

R - Pode parecer demagogia mais como secretária de saúde ter um conselho atuante faz com que você divida responsabilidades com isso facilitando muitas das soluções encontradas para alguns impasses verdadeiramente difíceis que esta secretaria apresenta a todo o momento.

A mais importante função deste conselho foi auxiliar na confecção do plano municipal de saúde e acompanhar seu desenrolar, pois nele foram colocados prazos, custos, localização das unidades, numero delas, tamanho e complexidade de atendimento etc...

Todas as metas foram previstas ano a ano nos quatro anos de mandato do prefeito sendo que o conselho iria também acompanhar os estudos de continuidade do plano nos próximos mandatos.

Além da função fiscalizadora e auxiliadora do conselho vêm também que umas das coisas que se fez urgente foi a de fazer a população entender como funciona o SUS, com estes esclarecimentos os conselheiros da época funcionariam como multiplicadores cada um em sua área de abrangência.

Nos anos seguintes e nos mandatos seguintes, como eu fiquei na secretaria em três mandatos consecutivos, todo o desenrolar foi se tornando mais fácil, mesmo assim ainda tinham elementos que estavam participando do mesmo com intuits diversos e equivocados, acredito que ainda hoje se tem elementos deste tipo nos conselhos atuais (Dr.ª Ângela Maria Pierrotti de Souza, DD Sr.ª Senhora Secretária de Saúde do Município de Itapetininga, que atuou no período de 2001 a 2004)”.

Apêndice 2.º

Depoimento e Observações Gerais do Sr. Presidente do CMS de Itapetininga:

Em relação ao conselho de saúde, é minha primeira experiência com o citado órgão, meu início de participação foi na formulação do colegiado de 2008, representando trabalhadores de saúde de um órgão do Governo Estadual.

Nessa primeira etapa do conselho fui 2.º secretário nos dois primeiros anos de mesa diretora, por varias vezes, ocupei a direção dos trabalhos devido a impossibilidade da presença da presidente do conselho. Nessa função comecei a observar as atividades anteriores, as formas de interação entre conselho, secretaria de saúde municipal e o chefe do executivo, pude então começar a perceber que, precisávamos nos preparar para exercer a função para a qual fomos votados, escolhidos e/ou designados. Através de estudos e participações em vários momentos de trabalho junto ao CMS, tive a oportunidade iniciar meu entendimento sobre o significado de Controle Social, e ver que inúmeras situações não estavam sendo executadas corretamente.

Na busca de entender melhor o funcionamento do CMS, me aprofundi em buscar o entendimento legal do órgão, em todo seu aspecto legal, funcional, administrativo e mais como representante da população nas decisões sobre os processos de saúde no município. Nesse processo, encontrei muitas situações, no mínimo estranhas, nas atuações do conselho, na pessoa dos seus presidentes anteriores e demais membros, muitas dessas atitudes demonstram a total falta de conhecimento do que é ser um conselheiro, a tendência da utilização do CMS para fins político partidários, autopromoção, e favorecimentos diversos. Isso inclui a aprovação de projetos, que eram bons na visão do gestor, sem a aberta e verdadeira discussão com a sociedade.

Isso visto no decorrer de todos os conselhos anteriores e nesse período de 2008 a 2010, também no enfrentar de muitas dificuldades para que se fizesse valer a voz constitucional do CMS em busca de uma política social em saúde e não partidária. Começamos a discutir novas formulas para o funcionamento do CMS, em primeiro lugar que houvesse o devido respeito com a Instituição CMS, depois impetramos a busca por capacitação aos membros do CMS, essa busca começou com contatos com O CES (Conselho Estadual de Saúde) e o pedido de capacitação aos membros, situação a qual esta descrita claramente na Resolução 333. Pedido esse que não foi atendido na forma que esperávamos, ao invés disso o que houve, foi um trabalho elaborado pelo COSEMS/SP (Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo) trouxe ao Município a presença de um Psicólogo em um trabalho estadual, o qual ficou responsável por avaliar as condições de atuação do CMS de varias cidades de nossa região.

Como isso não vinha de encontro aquilo almejado por nós, busquei esse conhecimento em pesquisas, consultas, experiências de demais conselheiros do estado de São Paulo, Bahia, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Minas Gerais, dentre outros para alicerçar a funcionalidade do CMS Itapetininga.

Nesse intermédio de tempo (os dois primeiros anos) pude ver algumas modificações e o caminhar adiante na institucionalização do CMS, iniciamos o processo de criação do Regimento Interno, a reestruturação e reabertura dos Conselhos Locais de Saúde, a aproximação entre CMS, CES e CNS.

Iniciamos a capacitação dos conselheiros com treinamentos e informações sobre as leis, deveres e direito dos conselheiros.

Iniciamos a discussão para a alteração da lei do CMS, que vigora desde 1991 e notoriamente precisa ser atualizada.

O conselho até então não possuía uma sede, sempre estava em uma ou outra sala nas dependências da Sec. De Saúde, fato que foi modificado e conseguimos um local fixo para o conselho.

Junto com o regimento interno do conselho, passo inovador, (sendo que este regimento foi citado inúmeras vezes em inúmeras atas de reunião do CMS, mas nunca encontrado ou visto na sua confecção final) inserimos também o regimento interno dos conselhos locais de saúde.

Reativamos as câmaras técnicas dando o devido valor de atuação a cada uma delas.

Dentre essas câmaras técnicas destaco:

CIST: Comissão Intersetorial em Saúde do Trabalhador, uma das únicas em nossa região, que conta com a participação ativa e permanente dos Sindicatos de trabalhadores e Patronal, representante do programa de Saúde do Trabalhador de Itapetininga, representantes da sociedade civil organizada, Ministério do Trabalho e Emprego e Ministério de Previdência Social, essa câmara técnica tem reuniões mensais com a presença destes atores. Sendo essa câmara técnica reconhecida e elogiada por outros municípios e inclusive servindo de referencia para o funcionamento desta em outros CMS da região.

Sugerimos a modificação e modernização das Apresentações Publica sobre os gastos da secretaria, inovando a forma de apresentação dos dados pelo gestor.

No regimento interno, fazemos nosso primeiro ato nominativo de aprovação de proposta do pleno do CMS, que foi a alteração do período de mandato dos conselheiros, de dois (02) anos, para quatro (04) anos.

Modificamos também através de ato normativo, o período de realização das reuniões, período que era mensal, passou a ser quinzenal, devido ao numero enorme de problemas encontrados. Sendo esse ato aprovado por unanimidade pelo pleno do CMS

Todas as situações pertinentes ao CMS encontram-se descritas em seu regimento interno.

Devido à agilização de fatos e dados, fomos contemplados com equipamentos fornecidos pelo Ministério da Saúde, equipamentos esses em uso no CMS.

No final de 2009, realizamos eleição para renovação da mesa diretora, foi a partir de 2010 que passei a presidência do CMS, continuando o trabalho de institucionalização do CMS.

Com essa nova etapa, instituímos regras para a formação dos conselhos locais de saúde, introduzimos o atendimento a população na sede do CMS, participamos ativamente de varias comissões formadas pela Secretaria de Saúde, discutimos sobre contratos, parcerias, pactuações, licitações e termos de parcerias. Instituímos a Secretaria Executiva do CMS, feita por um servidor concursado, sala de treinamentos, sala de reuniões, a também a participação de um profissional Bacharelado em Direito que atua junto ao CMS de forma voluntária, nos dando respaldos nas questões legais levantadas. Temos acompanhado de perto as atividades nos conselhos locais, estado presentes em suas reuniões. Atuamos hoje na avaliação de projetos, na questão fiscal, na questão fiscalizadora, na questão deliberativa, consultiva, orientadora, propositiva, etc. Apresentamos ao CNS e SGEP nosso projeto de educação permanente, que foi aprovado e através desta aprovação, estaremos recebendo novos equipamentos de informática e também equipamentos áudio visuais.

Informamos também que a partir de 2012, estaremos atuando no município com a Casa SUS, sendo que o CMS estará funcionando conjuntamente com o setor de Ouvidoria do SUS no município.

Nessa nova visão do CMS, saímos das reuniões localizadas na Câmara Municipal, a cada reunião alternada, os membros do conselho se reúnem em unidades de atendimento a população, para poder ver e loco o funcionamento, as atividades fim, as necessidades, priorizando o melhor atendimento a população.

Preparamos uma minuta de lei priorizando as alterações necessárias para o bom funcionamento do CMS, minuta esta entregue ao Poder Executivo, nas pessoas do Sec. De Saúde e do Sr. Prefeito Municipal. Aguardamos ainda o posicionamento do executivo sobre as alterações, sentimos que há uma morosidade na implementação dessas alterações. No processo eleitoral do CMS, na temática da eleição do CMS, institucionalizamos a forma do pleito para ocupar-se as cadeiras do CMS, a resolução 33, junto com a lei 8142, são claras no aspecto de quem deve ocupar essas cadeiras e como esse processo deve ser executado, sendo assim, os pares irão apresentar através de Carta Oficio os representantes de cada entidade devidamente legalizada, juntamente com seus suplentes.

E no ano de 2010 uma conquista fantástica deste CMS foi a oficialização da responsabilidade financeira que a Secretaria de Saúde tem com o CMS, concedendo rubricas exclusivas para o CMS junto ao orçamento da Saúde.

Para o encerramento gostaria de dizer que, encontramos muitas dificuldades, ainda temos muito a fazer e crescer, mas podemos hoje vislumbrar um CMS institucional,

imparcial, livre, que não tem dependências ilícitas com outros poderes. Que este sim voltado à manutenção e funcionamento da política de saúde no município, que dá ouvido e voa a população por nós representada, que busca atuar nos preceitos da lei, nos caminhos do SUS e em todas as suas diretrizes. Conselho que enfoca o bem estar da população como um todo.

Um novo conceito, ou melhor, o verdadeiro conceito de controle social esta presente e crescendo no CMS, graças ao envolvimento e dedicação de um novo perfil de conselheiros que tomaram posição e objetivam o bem estar publico na saúde.

Hoje, o CMS não mais é envolvido no jogo de necessidades politiquieras de decisões arbitrarías e sem estudo de suas consequências, como era deveras comum nas gestões anteriores, os pedidos de pautas para votações de projetos, programas, modificações, tem hoje sido entregues com prazos viáveis para suas avaliações, situação que claramente não ocorria, fica que a participação, discussão, idealização da saúde no município passa sim pelo conselho, e que o mesmo deve ser ouvido e acatado em suas opiniões, sugestões, observações, atos normativos, atos resolutivos, como determina a Constituição Federal do Brasil.

Com prazer podemos dizer que, hoje temos realmente o início do controle social no município de Itapetininga, que podemos almejar ainda muito mais, levando nosso agir sempre com seriedade, honestidade e olhar técnico social.

Carlos José de Lazari

Presidente CMS Itapetininga.

Apêndice 3.º

Entrevista com o conselheiro de CMS de Sorocaba/SP em 18/12/2011.

1) Fundação, histórico, portarias e atas de registros do CMS.

2) Posição do conselho perante a fiscalização e a deliberação da saúde no município e como é feita a participação popular?

3) Depoimento de como você participa do Conselho e como você vê a atuação do conselho na saúde de sua cidade. O que poderá ser feito para melhorar ainda mais o futuro do conselho?

Resposta: eu tenho participado das reuniões do conselho como ouvinte... Pois depois da minha saída do hospital eu perdi a representatividade que tinha como prestador de serviço... Mas pelo regimento eu tenho direito a voz em todos os assuntos... E, faço uso da mesma sempre que acho necessário alguma intervenção... Inclusive, mesmo não sendo conselheiro eu participei da conferência nacional de saúde... o importante é buscar a participação... pois a legislação dá essa abertura... Acontece que é pouco utilizada pelo controle social...

Na minha opinião o conselho é bastante produtivo... mas poderia melhorar com programas visando um maior conhecimento por parte dos integrantes em relação a legislação que envolve os direitos dessas representatividades... Pois o conselho de saúde é um órgão deliberativo... em relação a todo processo de saúde do município...só que a maioria dos conselheiros não sabem o que isso significa...

4) Como vocês, integrantes do conselho, lidam com relação ao orçamento da secretaria de saúde? Tem participação ou não?

Resposta: O conselho tem direito a participação ativa na elaboração do orçamento... acontece que poucos representantes sabem desse poder e, na maioria das vezes acabam sendo manipulados pelo poder executivo, em troca de pequenos favores, no sentido de ajudar a sua clientela social ou o bairro que representa...

5) O Conselho municipal de Sorocaba pode ser considerado um caso de sucesso?

Resposta: Apesar de algumas dificuldades, eu avalio o conselho como uma entidade representativa de sucesso... Pois no contato nas conferências estaduais e federais, tenho visto que alguns integrantes de conselhos são totalmente manipulados, inclusive desde a formação do mesmo, quando os representantes dos conselhos são indicados do poder executivo e não da representatividade social... pois segundo as leis os conselheiros devem ser eleitos entre os integrantes da sua classe representativa...

Estou ao seu dispor para qualquer outro esclarecimento.

Atenciosamente,

Celso Aparecido Fattori Júnior.

ANEXOS

Anexo I - Íntegra da Lei Municipal de número 3141/91 - Lei de formação do CMS Itapetininga



Lei nº 3.141, de 12 de julho de 1991

Dispõe sobre a organização e funcionamento dos órgãos colegiados junto à política municipal de saúde, e dá outras providências.

JOSÉ CARLOS TARDELLI, Prefeito do Município de Itapetininga, no uso de suas atribuições legais,

Faço saber que a Câmara Municipal aprovou e eu sanciono e promulgo a seguinte lei:

Art. 1º - A participação, a nível de decisão, nas ações e serviços de saúde, realizadas no Município, de entidades representativas dos usuários, dos trabalhadores de saúde e dos representantes governamentais, na formulação, gestão e controle da política municipal de saúde, será feita por meio do Conselho Municipal de Saúde e dos Conselhos Gestores das Unidades de Saúde.

Art. 2º - Compete ao Conselho Municipal de Saúde:

I - planejar e fiscalizar a distribuição dos recursos destinados à saúde;

II - aprovar as propostas para celebração de convênio para prestação de serviços de saúde, públicos ou privados, atendidas as diretrizes do Plano Municipal de Saúde;

III - participar da elaboração e aprovar o Plano Municipal de Saúde;

IV - assessorar o Secretário Municipal de Saúde, na implantação e desenvolvimento da Política de Saúde do Município;

V - acompanhar e fiscalizar a implantação das ações de saúde;

VI - assistir os Conselhos Gestores das Unidades de Saúde;

VII - deliberar e aprovar, ouvidos os órgãos técnicos competentes, sobre a conveniência ou não de projetos, planos e programas de ações e serviços de saúde no âmbito do Município.

Art. 3º - O Conselho Municipal de Saúde, órgão deliberativo e paritário, será constituído de (0):

N



I - um representante da Secretaria Municipal de Saúde, indicado pelo Prefeito Municipal;

II - um representante do Escritório Regional de Saúde ERSA-36;

III - um representante da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Itapetininga;

IV - dois representantes dos funcionários de nível médio da rede municipal de saúde;

V - dois representantes dos funcionários de nível superior da rede municipal de saúde;

VI - dois usuários representantes dos Conselhos Gestores da Zona Rural;

VII - dois usuários representantes dos Conselhos Gestores da Zona Urbana;

VIII - quatro representantes das comunidades organizadas, sendo um da zona rural;

IX - um representante do Hospital Psiquiátrico Regional "Dr. Laert Vieira Pires".

§ 1º - com exceção dos representantes referidos nos incisos I, II e III, que serão indicados, os demais membros do Conselho serão eleitos pelos grupos que representam e terão direito a um suplente cada um.

§ 2º - os membros do Conselho Municipal de Saúde de que tratam os incisos VI, VII e VIII não poderão pertencer ao quadro de profissionais da saúde.

§ 3º - O Presidente do Conselho será eleito pelos seus pares na primeira reunião.

Art. 4º - Compete aos Conselhos Gestores das Unidades:

I - participar da elaboração do Plano de Saúde da Unidade;

II - acompanhar e fiscalizar as ações e serviços de Saúde da Unidade;

III - discutir e encaminhar ao Chefe ou Encarregado da Unidade, e, na inexistência de um destes, à Secretaria Municipal de Saúde, sugestões para solução dos problemas da Unidade;

IV - encaminhar à Secretaria Municipal de Saúde os problemas não resolvidos pelo Conselho Gestor e pelo Chefe



ou Encarregado da Unidade;

V - criar e implantar instrumentos de participação e co-responsabilidade comunitária no atendimento da saúde e na manutenção do patrimônio das Unidades de Saúde;

VI - informar e orientar a população sobre seus direitos e deveres na área de saúde;

VII - criar meios de comunicação e conscientização da clientela das Unidades de Saúde sobre os principais Programas de Saúde do Sistema.

Art. 5º - O Conselho Gestor de cada Unidade, órgão consultivo e fiscalizador, será assim composto:

I - usuário, até o número de 6 (seis) membros, e leitos pelas entidades organizadas da comunidade;

II - funcionários da Unidade, até 1/3 (um terço) do número de usuários, eleitos pelos seus pares;

III - Chefe ou Encarregado da Unidade.

Art. 6º - O mandato dos Conselheiros, tanto do Conselho Municipal de Saúde como dos Conselhos Gestores das Unidades de Saúde, será de 2 (dois) anos, permitida a recondução por mais um mandato.

Art. 7º - O exercício das funções de Conselheiro é considerado de relevante interesse público e tem prioridade sobre toda e qualquer função pública.

§ 1º - A função de Conselheiro não poderá ser remunerada, cabendo à Prefeitura Municipal o apoio estrutural, para fins de transporte e demais atividades do conselheiro.

§ 2º - É vedada aos membros dos Conselhos Municipal de Saúde e Gestores a obtenção de privilégios, para si ou para terceiros, junto aos serviços de saúde.

Art. 8º - Aos funcionários municipais e municipalizados que participarem dos Conselhos, ficará assegurada a lotação no local de trabalho, exceto os Secretários Municipais.

Art. 9 - É obrigatória a frequência dos Conselheiros às reuniões do colegiado.

Parágrafo único - O conselheiro que deixar de comparecer a 3 (três) reuniões, consecutivas ou não, sem justa causa, será dispensado de suas funções.

Art. 10 - Caberá à Secretaria Municipal de Saúde, no

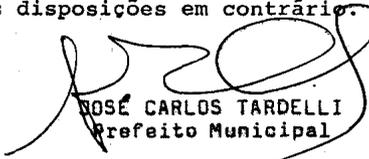
N



prazo de 60 (sessenta) dias contados da data de publicação desta Lei, a expedição de convite às instituições com direito à representação junto aos Conselhos, bem como autorização para a realização das eleições de representantes junto às Unidades de Saúde, nos termos desta Lei.

Art. 11 - No prazo de 30 (trinta) dias após a sua instalação, o Conselho Municipal de Saúde e os Conselhos Gestores elaborarão o seu Regimento Interno, a ser homologado por Decreto do Executivo.

Art. 12 - Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.


JOSÉ CARLOS TARDELLI
Prefeito Municipal

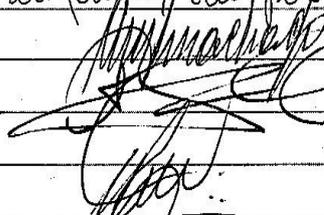
Publicada e registrada no Gabinete do Prefeito, em primeiro de julho de 1991.

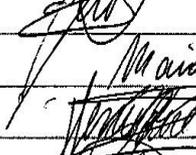
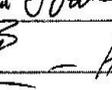

Carlos Roberto de Almeida Bueno
Secretário de Gabinete

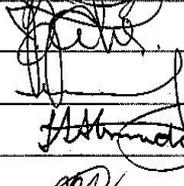
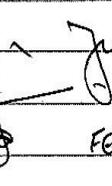
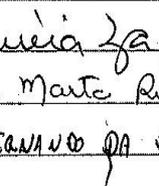
Anexo II – Excerto de Ata do CMS de Itapetininga de 2001:

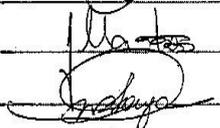

devidos, deliberou-se as regras das eleições supra que todos concordaram, ficando acordado que para eleição secreta do Presidente e Vice-Presidente, convencionou-se que, o mais votado será o presidente e o vice será o que obtiver a 2ª maior votação. Quanto aos secretários serão escolhidos logo em seguida. Por Rosângela foram abertas as inscrições minúsculas aos presentes para as candidaturas de presidente, ocasião que Alcidesy Scheidt, Henrique Alves Salem Monteiro e Wilson Dias Junior se apresentaram verbalmente como candidatos oficiais, sendo procedida a entrega de um pedaço de papel branco onde cada conselheiro deveria escrever apenas um nome para a função de presidente. Não havendo dúvida alguma sobre o pleito procedeu-se a entrega do papel branco aos conselheiros que procederam a votação nominal secreta, colocando seus votos num envelope comum mencionado. Logo após, procedida a apuração dos votos por Rosângela que, se fez acompanhar pelos demais presentes, apurou-se que houveram 16 dezessis votos, sendo oito votos para Alcidesy Scheidt, quatro votos para Henrique Alves Salem Monteiro, três votos para Wilson Dias Junior e um voto nulo, sendo então anunciado como presidente o Sr. Alcidesy Scheidt e como Vice-Presidente o Sr. Henrique. Logo em seguida, por indicação e aclamação dos presentes, foram eleitos como 1º secretário Antonio Marmo Sousa Machado e como 2ª Marta Rosana Nazarith, comprometendo-se de bom e fielmente desempenharem suas funções.

Após alguns esclarecimentos e opiniões, abertamente procedidas, ficou deliberado que o Ex. presidente Luiz Carlos Amargo Xavier Ferreira apresentará na próxima reunião do próximo dia 05 de dezembro, aqui mesmo, às 8:30 horas, as pendências que existem para serem apresentadas ao Conselho municipal de Saúde, reunião esta que será exclusivamente para esse fim. Fica estabelecido que excepcionalmente, além da reunião do dia 05 de dezembro próximo, também haverá a reunião do dia 19 de dezembro, sendo certo que, as demais, a partir de janeiro continuarão sendo as segundas e quartas, quarta-feira do mês, sempre no mesmo local, às 8:30 horas. Nada mais havendo a tratar foi encerrada a presente reunião, e procedida a futura da presente ata que, depois de lida e achada conforme, vai por todos assinada.

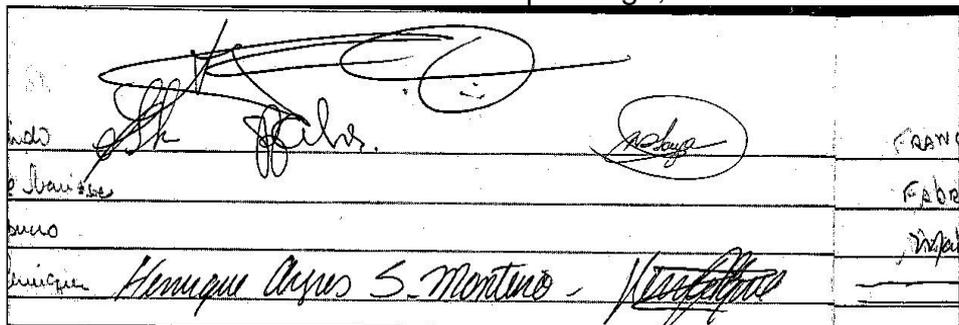
 

 Maria Joazeiro Ramalho Costa
 Henrique Ayres Salem Montenegro

 Jucia Zaccatto Alves
 Maria Rosana N. Ayres
 FERNANDO DA SILVA ALCEGA

 João Leão dos Santos

Anexo III – Ata do CMS de Itapetininga, de 03/07/2002:



 Ata da Reunião Ordinária do Conselho Municipal de Saúde de Itapetininga, de 03/07/2002.

 As nove horas do dia três de julho do ano de 2002, na sala de reuniões da casa do adolescente, sito a rua Dom Estanislau, 552, Vila Anjo em Itapetininga, sob a presidência do senhor Alcione Schorot, com a presença dos senhores Conselheiros: Antonio Maximo de Souza, Francisco Rovacci, Fabricio do Couto e Pinho, e Marta Rosana Nogueira Ayres, havendo a justificativa da ausência das Conselheiras: Senhora Gela Mallavacci e Sra. Durães Alves Rodrigues. A presente se iniciou com o secretário Fabricio do Couto e Pinho, lendo a ata anterior, onde a mesma foi aprovada. Em seguida o conselheiro senhor Antonio Maximo Machado informou ao conselho que a pedido do secretário as mesmas foram entregues xerox das três últimas atas das reuniões do CMS e seriam enviadas para DIR XXIII de São Carlos. A convite do Conselheiro senhor Fabricio, o voluntário do Corpo de Bombeiros, Senhor Antônio, explicou o problema que mora cidade enfrenta, duas crianças estão ostentando a tosse de chiver, momento este que o Conselheiro Antonio Machado concluiu que o problema não é apenas do família, e das autoridades e da sociedade de um modo geral.

 O presidente, Senhor Alcione, sugeriu que fosse solicitada a presença da Senhora Conselheira Luciana Matteli, que pediu assistência e presente também na reunião o Senhor Vereador, Abraão Isaac, onde vários comentários a respeito da Santa Casa e os problemas que a mesma vem enfrentando, e que é necessário que se tome medidas drásticas e urgentes. Nada mais havendo para tratar, foi encerrada a referida reunião às dez horas e trinta minutos, onde a presente ata será assinada pelo Secretário e pelos demais participantes.

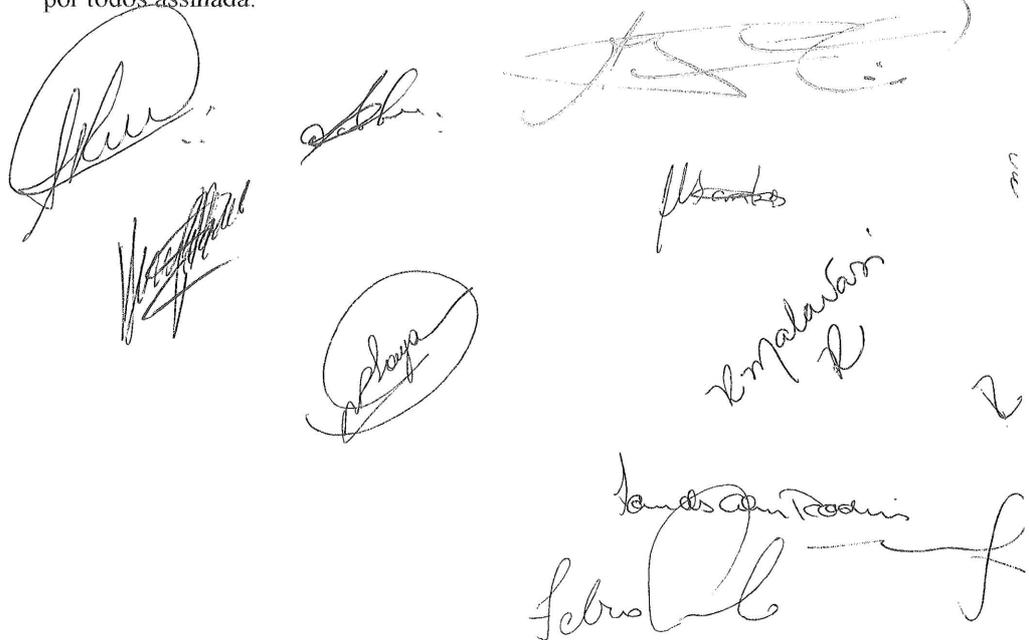
Anexo IV – Ata do CMS de Itapetininga, de 18/10/2002:

ATA DA REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAPETININGA – 18/10/2002

Às dezoito horas do dia dezoito de outubro do ano de dois mil e dois, no Plenário da Câmara Municipal de Itapetininga, Centro, em Itapetininga, sob a Presidência do Sr. Alcideney Scheidt, contando com a presença dos Senhores Conselheiros, Claudio Antonio Domingues, Ângela Maria Pierrotti de Souza, Marta Rosana Nazareth Ayres, Wilson Dias Junior, João Lera dos Santos, Antonio Marmo de Souza Machado, Francisco Ravacci Netto, Henrique Ayres Salem Monteiro, Arlindo Soares de Meira, Fabrício do Canto e Pinho dos ouvintes visitantes Sr. João Rolim representante do Instituto Vida, Sra Hermínia Maria A. Machado, representando o Conselho Gestor da Nova Itapetininga e Vanizeti S. Bonini da Secretaria Municipal de Saúde, com a ausência justificada da Srª Maria Ivanisse Ramalho, Rosângela Ap. Malavazzi, Lourdes Alves Rodrigues e Fernando da Silva Almeida e dos Convidados representantes do Hospital Psiquiátrico, Dr. Marcos de Souza Camargo – Diretor Técnico, Drª. Rosa Maria de Carvalho – Responsável pelo ambulatório de Saúde Mental e Ana Maria Alves Pires Nalesso – Administradora do Hospital, e com a ausência justificada do convidado Dr. Guenca – Diretor Clínico, iniciou-se a presente, sendo lida e aprovada ata da reunião anterior. A seguir pelo Presidente Alcideney, foi colocado em discussão o Plano de Saúde Municipal para os próximos 3 anos, principalmente no tocante as mudanças no funcionamento do Hospital, em seguida houve a manifestação da Secretária da Saúde Dr. Ângela Pierroth, que explicou quais eram suas propostas para o mesmo, tendo em vista a realidade de Itapetininga na área da Saúde Mental, explicando ainda o alto custo operacional do Hospital e a necessidade urgente de mudança, que a única saída encontrada foi a possibilidade de transformá-lo em CAPS, com isso seriam reduzidas as internações e priorizava-se o atendimento ambulatorial, além da possibilidade de obtermos recursos do Governo Federal com o atendimento CAPS. Logo após, foi dada a palavra ao convidado Dr. Marcos de Souza Camargo, que fez varias considerações a respeito do Plano de Saúde Mental, explicando sobre o custo para se manter o hospital e que a responsabilidade deste Conselho é muito grande, pois se a idéia for de fechamento do Hospital para criação do CAPS substituindo as Internações hospitalares, ocorrerá uma grande perda social para Itapetininga, que por anos lutou para conseguir ser credenciada com leitos de saúde mental, que ele não está de acordo se a mudança prever o fechamento do hospital, neste momento a Secretaria interferiu explicando que não quer fechar o Hospital mas sim buscar recursos através do CAPS, novamente o Dr. Marcos



disse que no seu entendimento o CAPS não irá resolver nada sozinho, se for implantado também terá custos e só seria interessante para a cidade se criado como complemento, um aditivo ao Hospital, em seguida o Sr. João Rolim fez explicações sob o custo operacional do Hospital, que a cada dia aumenta levando uma grande parte do orçamento destinado a saúde. Com a palavra o Conselheiro Sr. Henrique Ayres, comentou que conforme as planilhas apresentadas Itapetininga realmente gasta além do normal com a saúde mental, e que entende a intenção da Secretaria de Saúde de reduzir custos com o Hospital e dividi-lo em outras áreas de maior necessidade, mas que por outro lado, também é inadmissível o fechamento do Hospital Psiquiátrico que é um orgulho de Itapetininga, não podendo jamais nosso município perder os 60 leitos habilitados para atender Saúde Mental e ficar dependente de internações em Sorocaba, finalizando disse que deveríamos estudar sim, uma melhor distribuição dos recursos e não termos medo de projetar novas idéias para buscar recursos federais e aumentar a qualidade dos serviços de saúde, citando o CAPS como exemplo. Ao final depois de várias manifestações ficou decidido que seria mantida a idéia da implantação do CAPS no Plano Municipal, mas com a ressalva de ser amplamente debatida qualquer mudança no funcionamento do Hospital Psiquiátrico, sendo solicitado pelo Presidente Alcideney cópia do Projeto a ser realizado para análise e aprovação do Conselho, pela Sr. Vanizetti, foi entregue também ao conselho cópia do Plano Municipal de Saúde na íntegra, o qual foi dado vista ao conselheiro Sr. Wilson Dias Junior para análise e posterior apreciação deste Conselho. Nada mais havendo para tratar às vinte e duas horas, foi encerrada a reunião, e procedida a feitura da presente ata por mim, Secretário, que depois de lida e revisada vai por todos assinada.

The block contains several handwritten signatures in black ink. From top to bottom, there are: a large signature on the left; a signature in the center; a large signature on the right; a signature below the center one; a signature below the right one; a signature below the right one with a '2' next to it; and a large signature at the bottom right with a '2' next to it.

Anexo V – Ata do CMS de Itapetininga, de 03/09/2003:


Ata da Reunião Extraordinária do Conselho Municipal de Saúde de Itapetininga, às oito horas e trinta minutos do dia três de setembro do ano de dois mil e três, na sala de reuniões da Casa do Adolescente, sito a Rua Dom Stanislau, s/n, Vila Aparecida em Itapetininga, sob a Presidência do Sr. Fláscio Schiav, contendo por a presença dos Sr. Conselheiros Angela Maria Perrotti de Souza, Antonio Nemes de Sousa Machado, do Forner de Meira, Fláscio Antonio Domingues, Fabrício do Pinha, Fernando da Silva Almeida, Francisco Rosário Neto, Fláscio Aires Salem Monteiro, Maria Rosângela Nazareth Ayres, Rosângela Maria Cavazzi e Wilson Dias Júnior, com a presença justificada de Honora Luíza Regina Mattelli e injustificada dos Srs. Roberto Kuanick e Josias Frutuoso, iniciou-se a presente sessão feita leitura de ofício enviado no dia 03/03, enviado pelo Sr. Nelson Amorezaes, diretor de Diretoria, no qual informa sobre curso de Capacitação dos Conselheiros no Programa de Apoio ao fortalecimento do Controle Social SUS, lançado em 2002 sendo aprovado por unanimidade pelo Conselho. Dando prosseguimento a reunião foi feita leitura de ofício enviado pela Câmara Municipal de Itapetininga no qual requer manifestar sobre a possibilidade de inclusão dos serviços de fisioterapia Programa de Saúde da Família, sendo explicado pela Conselheira Angela Maria Perrotti de Souza, que já foi realizado estudo na comunidade sobre a necessidade de um fisioterapeuta nesse local, dizendo realmente seria muito importante para os usuários usufruírem de um serviço que é necessário, devido a dificuldade da população em transportar até a cidade. Porém no momento não há verba disponível e quem sabe para o próximo ano este serviço poderá ser implantado. Ao final foram discutidos os últimos detalhes para próxima reunião do Conselho e não havendo mais nada a tratar, às dez horas e trinta minutos deu-se por encerrada a reunião, sendo prosseguir leitura da ata que foi lida e aprovada. Assinaturas abaixo - Assinadas

Mudeneq
Dra. Angela
Arbino
Cláudio
Arbino
Fernando
Francisco
Humberto

Anexo VI - Ata do CMS de Itapetininga, de 24/09/2003:

 50

Ata da Reunião do Conselho Municipal de Saúde de Itapetininga.

As nove horas, do dia vinte e quatro de setembro do ano de 2003, sob a Presidência do Sr. Gleidson Scheidt, na sede do Lincos, a rua Dom Estanislau no. 552, Vila Francisco, com a presença dos Senhores Conselheiros: - Antônio Jurmo Pacheco, Fabrício do Santos e Pinho, Wilson Elias Júnior, Cláudio Antonio Romarques, Luciana Mattelli, Fernando da Silva Almeida, Marta Emma Paqueti Aguiar, Henrique Gius Palmieri, Henrique Karacci Neto, com presença justificada da Conselheira Dorângela Milavaggi e presença de representantes da Prefeitura Municipal de Saúde: Carmelina Aguiar Pinheiro, Ricardo Thiago Gilvato, e Visitante Sr. Frei Carlos de Jesus. Iniciou-se a reunião ordinária do Conselho Municipal, sendo informado pelo Presidente o recebimento do Ofício circular no 226/03, encaminhando cópias do Relatório do Plano Anual Municipal referente aos meses de agosto e setembro de 2003. Foi iniciada a reunião, foi passada a palavra a representante da Prefeitura de Saúde e chefe de Vigilância Epidemiológica, Dra. Carmelina Aguiar, onde expôs sobre a execução da PPI-ES (Programa de Planejamento Paduado Integrado 2003 - Planilha de Planejamento Municipal), que se justifica através de ações / indicadores / parâmetros, métodos de cálculos, realizações de 2002 e metas para 2003, onde segue em anexo, a programação da mesma, colocada para deliberação dos Conselheiros, foi aprovada por unanimidade. O Conselheiro Luciana Mattelli fez uma observação a qual todos concordaram; que o Ministério repasse dados sobre a Vigilância Epidemiológica, onde muitas vezes a Prefeitura faz "Milagres" para poder atender aos programas. Sem mais assuntos a tratar, foi encerrada a reunião às onze horas e quinze minutos, onde foi lavada a ata de reunião, aprovada e assinada por todos os presentes.

Ata de Reunião

Antônio Jurmo	Marta Emma Paqueti Aguiar
Fabrício do Santos	Henrique Gius Palmieri
Wilson Elias Júnior	Henrique Karacci Neto
Cláudio Antonio Romarques	

Luciana Aguiar & Lucilla

Ata da Reunião extraordinária do Conselho Municipal de Saúde de Itapetininga -
 nos dias, do mês de janeiro de 2004, às duas horas e quarenta e cinco minutos, no plenário
 da Câmara Municipal, às duas horas e trinta minutos deu-se início a reunião do
 Conselho Municipal de Saúde, destinada a posse dos novos Conselheiros, através de
 Portaria da Prefeitura Municipal; esta presidida pelo Prefeito Sr. Ricardo Barbosa, que o
 dirigiu e nova composição do Conselho com suas devidas representações; que assim se definiu:
 Presidente: Flávio Batista - Representante Comunidade organizada zona Urbana
 Secretário: Angela Maria Ribeiro de Souza - Represent. indicada da Secretaria de Saúde
 Secretário: Wanda Rosana Nepomuceno - Represent. funcionários de nível médio
 Conselheiros: Maria José Borges de Fátima - Represent. Conselho Gestor zona Urbana
 Conselheiros: Maria Sérgio Nicolau - Representante indicado Ato Local de Itapetininga sob interm.
 Conselheiros: Roberto de Jesus Krumick - Representante Conselho Gestor zona Rural
 Conselheiros: Rosa Maria Cardoso Bello - Represent. indicado Hospital Psiquiátrico Delmo V. Pires
 Conselheiros: Regângela Aparecida Malavazzi - Represent. indicada Secretaria de Estado de Saúde
 Conselheiros: José Hilário de Almeida - Represent. Comunidade organizada zona Urbana
 Conselheiros: Jovair Souto - Represent. Conselho Gestor zona Rural
 Conselheiros: Maria Ester Zolner Pinheiro - Representante funcionários de nível superior
 Conselheiros: Antônio Nuno Souza Machado - Represent. Comunidade organizada zona Urbana
 Conselheiros: Lauro Roberto R. Rolim Júnior - Represent. Comunidade organizada zona rural
 Conselheiros: Cristiano Perighi - Representante funcionários nível superior
 Conselheiros: Claudineia Ap. Luiza Cavalho - Represent. funcionários nível médio
 Conselheiros: Dulcília de S. Santos - Represent. Comunidade org. zona Urbana
 Presidenciado a posse; foi discutido sobre a agenda do Conselho; como data local
 para as próximas reuniões sendo a próxima em oito de janeiro que tem como
 pauta: apresentação das chefias de Unidades e explicação sobre funcionamento das mesmas
 em assuntos a tratar, foi encerrada a reunião às onze horas; sendo a ata lavrada
 em duas cópias, lida e assinada por todos os Conselheiros presentes.

Assinaturas e rubricas dos membros do Conselho Municipal de Saúde:

- Flávio Batista
- Angela Maria Ribeiro de Souza
- Wanda Rosana Nepomuceno
- Maria José Borges de Fátima
- Maria Sérgio Nicolau
- Roberto de Jesus Krumick
- Rosa Maria Cardoso Bello
- Regângela Aparecida Malavazzi
- José Hilário de Almeida
- Jovair Souto
- Maria Ester Zolner Pinheiro
- Antônio Nuno Souza Machado
- Lauro Roberto R. Rolim Júnior
- Cristiano Perighi
- Claudineia Ap. Luiza Cavalho
- Dulcília de S. Santos

Anexo VIII – Ata do CMS de Itapetininga, de 27/04/2005:



Ata da Reunião do Conselho Municipal de Saúde de Itapetininga

Das vinte e sete dias do mês de Abril do ano de dois mil e cinco, às oito horas e cinquenta minutos, no plenário da Câmara Municipal, com a presença dos senhores conselheiros Christiane Menighi, Florença Batista, José Luis de Almeida, Antonio Marcelo de Souza Machado, Eulália de Fátima S. Santos, José Luciano de Almeida, Márcio J. Pontes de Camargo, Maria Esther Rodrigues Cirino, Maria Rosana N. Ayres, Rosa Maria Cardoso Bella e Rosângela Aparecida Malavazzi. Ausências justificadas de Carlos Roberto P. R. Júnior, Olívia Inácia J. V. Geraldo e João Paulo. Iniciou-se a reunião com leitura da Ata anterior e aprovação pelos conselheiros presentes, bem como aprovação da lista de nomes da Secretaria Municipal de Saúde sobre a necessidade de criação do Conselho gestor da UBS Mesquita e reativação do Conselho da Vila Belo Horizonte. Na sequência foi chamada à tribuna a diretora da Vigilância Epidemiológica Carmelina Agda Marcondes onde explicou sobre PPI - Vigilância em Saúde e documentação do Ponto de Qualidade para a política de Incentiva do Município de Itapetininga. Explicou que o plano prevê recursos financeiros destinados às ações de saúde no Município. Por isso a necessidade das notificações, dos boletins, tendo em vista que pode haver corte de recursos se não for comprovada a utilização dos insumos. Disse ainda que alguns programas precisam ser melhorados e reimplantados, a exemplo a hipertensão e o controle da tuberculose que mesmo com todo empenho da equipe e a dose supervisionada não está atingindo a taxa de cura. Em relação ao comitê de Mortalidade infantil, as reuniões continuam sendo feitas, porém necessita reativar o comitê. Disse Maria Ester disse ter ficado três meses consecutivos e reclamou a dificuldade de reunir os membros deste comitê. Rosângela informou que conforme discussões em reunião as providências já estão sendo tomadas para reativação. Todos os conselheiros presentes aprovaram a PPI e o plano tendo em vista a necessidade de recursos para a reativação das ações no Município. Na sequência a pauta; iniciou-se discussões sobre a realização no fórum de especialidades, a realizar-se em cinco de maio, onde Cons. José Luciano sugeriu que discutissemos, antes prontos no fórum, tendo em vista o aproveitamento da realização do evento. Disse ainda que o Conselho

~~XXXXXXXXXX~~

Está um pouco "Feia" e que necessitamos "Resquece-la". É necessário a
 cumprimento entre os Conselheiros; a integração dos mesmos. Todos concor-
 daram que realmente necessita-se de estímulos, mas que as dificuldades tam-
 bém ocorrem por conta de muitas mudanças com relação as chefias de U-
 NIDADES. Continuando: Dr.º Maria Estere referiu-se ao Sem Trabalho que a
 Ruff e Conselheira Christiane vem desenvolvendo na Central de Vagas; onde
 foi se observa melhorias no que se refere aos agendamentos. Disse que ainda
 há muito a se fazer, que é necessário burocratizar, organizar e usar /
 qual é a abordagem para os problemas. Conselheira Romângela disse que com
 relação as referências é necessário ver os seus livros ao problema, pois é
 urge conscientizar tanto os profissionais quanto os usuários. Com relação
 a conscientização da população em relação aos serviços de saúde, o Conselho
 estará estudando junto a secretaria algum tipo de folheto explicativa onde se
 possa atingir as crianças, as escolas com intuito de atingir o objetivo co-
 mum que é a conscientização da Família. As mudanças não são fáceis, é/
 um processo lento, porém necessário. Sem mais assuntos a tratar,
 foi encerrada a reunião às 10:45h, onde se que houve a Ata por um breve
 período, sendo lida e aprovada por todos os conselheiros presentes. Em tempo
 esclareço que o Plano de Ação se refere as ações de HIA/AIDS e outras DST.

Marta Regina N. Nunes
 RG: 18959402

~~XXXXXXXXXX~~
 RG: 1230455.8

Romângela Ap. Pallavaci
 RG: 16.144.891

Antônio Marcelo Souza Machado
 RG: 9427580

José Lúcio de Almeida
 RG: 19447.769

Maria Murgulhao
 RG: 9967404

Christiane Murgulhao
 RG: [assinatura]

Márcio José P. Amargo
 RG: [assinatura]

Cláudia Murgulhao
 RG: 20.891.752
 Conselho Municipal de Saúde
 Funcionário Nível Médio

Maria Ester Z. Castro
 RG: 44000815

Estelita de Fátima de Santos
 RG: [assinatura]

Rosa Maria Amoroso Belli
 RG: 10704189



Ata Reunião Conselho Municipal de Saúde de Itapetininga realizada no dia 24/08/06 na Câmara Municipal de Itapetininga.

Estiveram presentes os seguintes Conselheiros:

Jose Lucio de Almeida, Antonio Etson Brun, Francisco Roracini Neto, Juria Zaguetto Alves, Wilma de Oliveira Megullon, Claudio Antonio Domingos, Luiz Carl de Lima, Antonio Carlos da Silva, Ari Nunes da Costa e Donizeti Pinto do Amaral. Faltas

justificadas de Arminia Aliege Machado, Ana Paula Rocha Barros, Claudineia ap. Vieira Corvello Christian Menighi, faltas não justificadas de Welguine Fache

Os trabalhos foram iniciados pelo senhor Presidente Jose Lucio de Almeida, que agradeceu a presença de todos. Inicialmente os Conselheiros futores da Chapadinha, Belo Horizonte e Nova Itapetininga. O Sr. Presidente aproveitando a oportunidade elegeu aos

membros do Conselho e a presença do Sr. Secretário da Saúde Dr. Roberto Alves de Souza sobre a falta de planancia para os médicos e demais trabalhadores da UBS de Vila Belo Horizonte que estão

sendo ameaçados devido a alguns fatos ocorridos naquela unidade. Em seguida o Sr. Presidente em nome todo conselho deu as boas vindas ao Dr. Roberto Alves de Souza que recentemente foi

nomeado Secretário Municipal da Saúde do qual passou-lhe a palavra.

O Sr. Secretário Municipal da Saúde de Itapetininga Dr. Roberto Alves de Souza enfatiza em seu discurso a necessidade da União entre o Conselho Municipal de Saúde, os Conselheiros futores das unidades e a comunidade em juntamente com a secretaria municipal de Saúde que as mesmas desenvolvam ações comunitárias para que

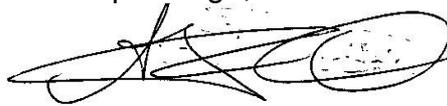
Tapetininga caminha para um mesmo objetivo dentro
 da área voltada à saúde. O Sr. Secretário de
 Saúde de Tapetininga Dr. Roberto Alves de Souza expôs
 a sua experiência no ERSA, transpondo em suas pa-
 lavras que o seu objetivo é levar para a Saúde de
 Tapetininga um tratamento humanizado. O Sr.
 Secretário Municipal de Saúde Dr. Roberto Alves de Souza teve
 como uma de suas primeiras atribuições o acompanhamento
 do desenrolar da negociação da Equipe Médica da pedi-
 atria do Hospital Regional e Maternidade, juntamente com
 a Direção do Banco de Olhos de Sorocaba. Essa negociação
 ocorreu no fórum de Tapetininga e foi acompanhada
 pelo Promotor Público Dr. José Roberto Barreira, do
 Dileto da Pir. XVIII Paul Nelson Andrade e do
 Sr. Presidente do Conselho Municipal de Saúde
 José Lucas de Almeida. Na ocasião ficou decidido
 entre as partes que a equipe médica permane-
 ceria prestando serviços na Maternidade do Hospital
 Regional de Tapetininga por mais 180 dias. O Sr.
 Secretário Municipal de Saúde Dr. Roberto Alves de Souza
 afirmou que o Conselho Municipal de Saúde Emitisse
 votos de congratulação ao Promotor Público Dr. José
 Roberto Barreira pela sua brilhante dedicação na
 resolução do impasse entre as partes e ao ex-se-
 cretário da Saúde Dr. Fesner Leite de Almeida
 pela sua participação e dedicação à Prefeitura
 Municipal de Saúde.

O Conselheiro Francisco Rorça Neto representando
 o Conselho Fiscal do Conselho Municipal de Saúde
 apresentou o relatório dos trabalhos realizados
 pelo Conselho Fiscal junto ao Setor de Contabili-
 dade da Secretaria Municipal de Saúde. Durante
 a reunião os conselheiros foram informados pelo Sr.

[Handwritten signature]

Secretário Municipal de Saúde Dr. Roberto Alves de
Gara, que a chefe da Equipe Médica do Pronto
Socorro Municipal, havia sido dispensada pela disci-
-ção do Fórum do Regional de Itapetininga. O Conselho
Antonio Etson Baum lembrou que não era necessário
a apresentação do relatório da visita feita
ao Pronto Socorro pelos conselheiros Sr. Donizeti
Pinto Amaral, Claudio Antonio Domingues, Claudi-
-nie Aparecida, Nilma Carvalho e José Lucio de Almeida
pois não estava presente a representante do mesmo
para responder as questões que seriam colocadas
sobre o atendimento necessário do Pronto Socorro.
Em decisão, unânime, todos os conselheiros decidiram
que todas as denúncias a partir desta data ao
Conselho Municipal de Saúde terão que ser
apresentadas por escrito. Em mais assuntos
a serem discutidos a reunião foi encerrada, ter-
-cendo marcado nesta reunião para o dia
14 de Setembro de 2006, as 8:30 horas, na
Câmara Municipal de Itapetininga. Sendo lida
a ata por mim Antonio Etson Baum, 2º Secretário
do Conselho Municipal de Saúde de Itapetininga, e
assinada por todos Conselheiros presentes.

[Handwritten signature]
José Carlos de Almeida
R.G. 19.434/769



Ata da eleição do Conselho Municipal de Saúde de Itapetininga. Nos quatorze dias de mês de fevereiro de ano de dois mil e oito com a presença da comissão organizadora formada por: José Lucio de Almeida, Luis Carlos de Lima, Blandineia Sp. da Vieira de Barvalho, Leão Berto, Vanda Denata Berto, João Fernando da Silva Martins Berto, Ana Belia Lires Malatista, Francisco Cavacci Netto, deu-se início às 09:00 hs e após encerramento das votações às 16:00 hs, a comissão organizadora convidou os candidatos a acompanhar os trabalhos de apuração dos votos para escolha dos novos conselheiros representantes das comunidades da zona urbana e rural, bem como funcionários da saúde, conforme edital referida eleição. Foram apurados o total de 1.15 sendo 5 nulos, 3 brancos. Em relação aos representantes das comunidades organizadas, os votos ficaram assim definidos: Srª Hermínia M A Machado; 173 votos, Srª Marcia José Pontes Camargo; 30 votos, Roberto Praença; 06 votos, Tania Regina dos Reis Silva; 06 votos, Arnaldo Ribeiro Dutra; 25 votos, Patricia Helena V C; 68 votos, José Carlos Mendes; 08 votos, Suzana de Assis P. Netoni; 44 votos, Ronaldo Silva; 104 votos, Brenusa Maria de Barvalho; 09 votos, José Wilson; 268 votos, José Carlos de Jesus; 53 votos, Antonio Brum; 150 votos. Os votos destinados aos funcionários: Giselda de 3ª Oliveira; 48 votos, Blandio Antonio Domingues; 26 votos, Marta Rosana Nazareth Ayres; 24 votos, Benedita de Jesus S. Paiva; 04 votos, Fernando da Silva; 13 votos, Regina Eli Vieira; 23 votos. Ao fim da contagem dos votos, oficializou-se a nova composição do Conselho que ficou assim

[Handwritten signature]

definido: Representantes dos funcionários nível superior: Fernando da Silva Almeida, 73 votos, Regina Celi Vieira; 29 votos, nível médio: Giselda de Fátima Oliveira 48 votos, Blandia Antonio Domingos 26 votos. Comunidade zona urbana: José Wilson Keni, igreja evangélica quadrangular, 268 votos, Ronaldo Silva representante do pintalena com 104 votos, Antonio Etson Brun representante da Aprisdefi/Ipae com 150 votos, representante da comunidade organizada zona rural, com 68 votos Patrícia Helena Z Braga. Associação Anália Franco. Na representação dos conselhos gestores da zona Urbana com 173 votos Herminia M. A. Machado, 30 votos. Marcio José Pontes de Camargo, Pastor Genival Monteiro. Na representação dos conselhos gestores da zona rural: Dr. Arnivaldo Ribeiro Dutra com 25 votos. Dr. José Carlos Mendes com 08 votos. Encerrado o processo da definição da composição do novo Conselho Municipal de Saúde, o presidente atual bem como a comissão organizadora deu-se por encerrado o mesmo às 19:00hs sendo divulgado na imprensa o resultado final. Segue lavrada a ata por mim Blandineia Aparecida Zúñiga de Carvalho e assinada pela comissão organizadora:

B. Carvalho

RG: 593.759

[Signature]

RG: 454.019

[Signature]
José Luiz de Almeida

RG: 19437.769

[Signature]

RG: 793.510-3

[Signature]

RG: 546.241

[Signature]
Petro Paulo Costa

RG: 14.165.321-8

[Signature]

RG: 495.188

Anexo XI – Ata do CMS de Itapetininga, de 22/10/2009:

Handwritten signature: Fernando da Silva Almeida
Conselheiro

1



**CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE
DE ITAPETININGA**

Rua: Saldanha Marinho, nº 759 – Centro- CEP:18.200-001
Telefone: 15-32721706 – e-mail:comus.itap@hotmail.com

1 Ata da reunião do Conselho Municipal de Saúde de Itapetininga, aos vinte e
2 dois dias do mês de outubro de dois mil e nove, as nove horas e trinta minutos
3 , onde teve início a reunião ordinária do Conselho Municipal de Saúde de
4 Itapetininga no auditório da Câmara Municipal de Itapetininga, com a presença
5 dos seguintes conselheiros municipais: Carlos José de Lazari, Claudio Antonio
6 Domingues, Carla Toscani Cseri, Regina Maria Soares Mendes de Souza,
7 Fernando da Silva Almeida, Francisco Ravaci Neto, Giselda da Fátima Oliveira,
8 José Carlos de Jesus, José Wilson Pini, Márcio José Pontes de Camargo, Patrícia
9 Helena V. Braga, Regina Celli Vieira e Ronaldo Silva e com ausências
10 justificadas dos conselheiros: Anivaldo Ribeiro Dutra e Hermínia Maria Aliaga
11 Machado e a ausência não justificada do conselheiro Luciano Nunes Souza. Esta
12 foi presidida pelo segundo secretário conselheiro Carlos José de Lazari e
13 secretariada pelo primeiro secretário conselheiro Fernando da Silva Almeida.
14 Nesta reunião ocorreu o Terceiro Encontro Municipal de Conselhos Gestores
15 com as representações dos Conselhos Gestores das unidades da UBS Dr.
16 Genefredo Monteiro, USF da Vila Arruda, UBS da Vila Rio Branco, USF do Bairro
17 do Monte Santo, Centro de Medicina Preventiva Dona Lydia Braga do Posto
18 Anália Franco, UBS Nova Itapetininga, USF do Morro do Alto, USF do bairro do
19 Rechã, USF do bairro da Conceição, USF do Jardim Fogaça e USF do bairro da
20 Bela Vista. Foram apresentadas pelo conselheiro Carlos a "Resolução 333 de
21 11/2003, Cartilha de Orientações aos conselheiros de Saúde, o que é Conselho
22 Municipal de Saúde (constituição, atribuições, deveres), o que é Conselho
23 Gestor de Saúde (constituição, atribuições, deveres)", todas contidas da pauta
24 desta reunião. Foi salientado como proposta a realização de uma Conferência
25 Municipal dos Conselhos Gestores para que haja uma deliberação de propostas
26 dos conselhos gestores em comum. Nesta conferência será colocada
27 orientações técnicas sobre a hierarquia dos conselhos de saúde, controle
28 social, princípios doutrinários, entre outras. Os conselheiros assinaram cópia
29 do documento SIOPS, já aprovado pelo CMS em reunião realizada no dia oito
30 de julho de dois mil e nove. Após a apresentação a Senhora Secretária
31 Municipal de Saúde e Conselheira colocou sugestão para a pauta da próxima
32 reunião, apresentação pelo Senhor Fábio dos Santos Nascimento do fluxo de
33 investimentos e gastos da Secretaria Municipal de Saúde (Hospital Regional,
34 Instituto Vida, Folha de Pagamento, Atenção Básica, Especialidades) a ser
35 realizada no dia doze de novembro de dois mil e nove. A Secretária convidou a
36 todos os conselheiros para acompanharem a audiência pública que apresentará

Anexo XII – Ata do CMS de Itapetininga, de 14/01/2010:


Fernando da Silva Almeida
Conselheiro

6



**CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE
DE ITAPETININGA**

Rua: Saldanha Marinho, nº 759 – Centro- CEP:18.200-001
Telefone: 15-32721706 – e-mail:comus.itap@hotmail.com

1 Ata da reunião ordinária do Conselho Municipal de Saúde de Itapetininga
2 realizada aos quatorze dias do mês de janeiro de dois mil e dez. Teve início a
3 reunião ordinária do Conselho Municipal de Saúde de Itapetininga as nove
4 horas e trinta minutos, no auditório da Câmara Municipal, com a presença dos
5 seguintes conselheiros municipais: Carlos José de Lazari, Cláudio Antonio
6 Domingues, Fernando da Silva Almeida, Francisco Ravaci Neto, Giselda de
7 Fátima Oliveira, Patrícia Helena Veríssimo Braga, Ronaldo Silva, Olini Giocondá
8 Dalmásio (representando a Secretaria Municipal de Saúde), Aline H.M.
9 Soriani (representando o Hospital Regional), Márcio José Pontes de Camargo,
10 Carla Toscani Cseri, Hermínia Maria Aliaga, José Carlos de Jesus, Regina Celi
11 Vieira, Giselda de Fátima Oliveira e as ausências justificadas de Francisco Ravaci
12 Neto e Anivaldo Ribeiro Dutra. Esta foi presidida pelo conselheiro Carlos José
13 de Lazari e secretariada pelo primeiro secretário conselheiro Fernando da Silva
14 Almeida. Foi feita a leitura da ata da reunião ordinária do dia dezessete de
15 dezembro de dois mil e nove, a qual foi aprovada por todos os conselheiros
16 presentes com a ressalva de que o conselheiro José Wilson Pini havia
17 telefonado ao conselheiro Carlos para avisar da sua ausência para aquela
18 reunião, recado que não me foi repassado antes da confecção da mesma. Este
19 fato nos levou a definir que os avisos e justificativas das ausências devem ser
20 entregues ou dirigidas ao 1º secretário, que estará posteriormente
21 encaminhando ao Conselho de Ética para apreciação e tomada de
22 decisões. Ficou decidido que cópias das atas devem ser encaminhadas através
23 de email para a Promotoria da Cidadania, Câmara Municipal e Prefeito
24 Municipal de Itapetininga. Em seguida, a enfermeira Christiane Merigui colocou
25 sobre o Plano Municipal de Saúde 2010/2013 estar sendo discutido com os
26 coordenadores dos sete departamentos, os quais estão explanando sobre as
27 ações a serem desenvolvidas, junto aos técnicos responsáveis pela confecção
28 do mesmo. Ela convidou o Conselho Municipal à fazer parte deste processo de
29 construção através de sua representação e ficou decidido que a conselheira
30 Regina Celi representará o setor técnico e as conselheiras Patrícia Braga e
31 Hermínia Aliaga representarão o setor social deste conselho nas reuniões
32 semanais, realizadas nas sextas-feiras pela Secretaria Municipal de Saúde, para
33 a confecção do Plano Municipal de Saúde 2010/2013. A conselheira Patrícia
34 colocou sobre a importância do programa de infraestrutura de informações
35 que contará com recursos próprios para este fim a partir de abril de 2010. O
36 conselheiro Fernando discutiu sobre a formação da CIST (Comissão Intersetorial

Fernando da Silva Almeida
Conselheiro



CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAPETININGA

Rua: Saldanha Marinho, nº 759 – Centro- CEP:18.200-001
Telefone: 15-32721706 – e-mail:comus.itap@hotmail.com

37 em Saúde do Trabalhador) e da sua importância para as ações em saúde do
38 trabalhador e seus familiares no nosso município. Foi encaminhado Através de
39 ofícios para a formação desta comissão os representantes da Previdência
40 Social- Instituto Nacional do Seguro Social pela servidora Marilda de Araujo Izzo,
41 Luiz, do Sub-grupo de Vigilância Sanitária de Sorocaba os servidores
42 Eng. Newton Renato Batista da Silveira e Cirurgião Dentista Pedro Pires de
43 Almeida Neto, da Vigilância Epidemiológica Municipal a enfermeira Rosa Maria
44 Cardoso Carvalho Bella e pela Vigilância Sanitária Municipal a Farmacêutica
45 Eliane Maria Leite Alves. Ficou agendada uma reunião para o dia vinte de
46 janeiro de 2010 nas dependências do CEREST, onde encontra-se locada a sala
47 do CMS para dar continuidade ao processo de formação da CIST. Com relação
48 ao 4º encontro municipal de conselhos gestores, decidiu-se na substituição do
49 mesmo pela Conferência Municipal de Saúde, a qual deve ser realizada no
50 primeiro semestre deste ano e que também agendou-se um encontro entre os
51 técnicos do CMS e da SMS para a sua realização. Ao final desta reunião foram
52 indicados os conselheiros Márcio José Pontes de Camargo, Pastor José Wilson
53 Pini e Ronaldo da Silva para a formação do Conselho de Ética deste Conselho
54 Municipal de Saúde, que terá como uma de suas atribuições, a tomada de
55 decisões sobre as faltas justificadas e as ausências não justificadas as reuniões
56 ordinárias e Extraordinárias deste conselho. Esta ata foi lavrada por mim e
57 colocada a disposição de todos.

58
59 Fernando da Silva Almeida – 1º secretário

Fernando da Silva Almeida
[Signature]
[Signature]
[Signature]

Anexo XIII – Ata do CMS de Itapetininga, de 14/04/2011:


Fernando da Silva Almeida

37

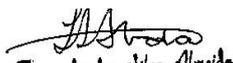


**CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE
DE ITAPETININGA**

Rua: Jorge Ozi, nº 588 – Centro- CEP:18.200-001
Telefone: 15-32721706 - e-mail: comus.itap@hotmail.com

1 Ata da reunião ordinária sob o nº 169 , do Conselho Municipal de Saúde de
2 Itapetininga, realizada aos 14 dias de Abril de dois mil e onze. A reunião teve início
3 às nove horas e dez minutos, no auditório da Câmara Municipal de Itapetininga,
4 com a presença dos conselheiros Carlos José de Lazari, Giselda de Fátima Oliveira,
5 Maria Cecília Zanardi, Carla Toscani Cseri, Cláudio Antonio Domingues, Regina
6 Celi Vieira, Anivaldo Ribeiro Dutra, José Carlos de Jesus, Ronaldo Silva, Francisco
7 Ravacci Neto, Silvana Rodrigues do Nascimento, Rosa Kotona, Fábio dos Santos
8 Nascimento, representando a Secretaria Municipal de Saúde. Ausência justificada do
9 conselheiro Fernando da Silva Almeida e injustificadas do conselheiro José Antonio
10 de Proença e José Wilson Pini. Dra Sônia deu início a apresentação do projeto da
11 farmácia centralizada, onde constam as necessidades, como a estrutura física,
12 considerando alguns elementos como a logística, o fluxo de trabalho e a capacidade
13 do atendimento para a realização da dispensação dos medicamentos dos setores
14 envolvidos, memorial de atividades em anexo. Conselheiro José Carlos perguntou
15 do prazo para a implantação. A mesma respondeu que a Secretaria da Saúde está
16 tomando providências para achar um local que atenda as necessidades. Conselheiro
17 Carlos fala sobre o projeto e suas necessidades, da funcionalidade, e da forma de
18 deliberação do mesmo, do envio a quem de direito, estipulando o prazo de 05 dias
19 para os conselheiros apreciarem e opinarem quanto ao projeto reportando a mesa
20 diretora seus pareceres. Dr Fábio deu início a apresentação do Termo de Parceria nº
21 01/2007 e Gerenciamento do Hospital Regional de Itapetininga, exercício 2010, dado
22 para conhecimento em anexo a esta ata, apresentação de dados que foi aprovado
23 por este conselho em unanimidade entre os presentes. Em seguida teve a
24 apresentação da enfermeira Patrícia sobre Capacitação equipe saúde da família,
25 destacou sobre os partos ocorridos, sendo a maioria parto normal, que o mesmo traz
26 muitos benefícios aos pacientes, garante melhor qualidade de vida, tem baixo índice
27 de mortalidade, conselheiro Anivaldo questionou quanto as internações no Hospital
28 Regional, quanto aos leitos, se atende a demanda, Dr Fábio respondeu que há 115
29 leitos, 12 para pediatria e 11 UTI, atendendo 600 internações/mês , e que cada
30 internação o paciente permanece em média 04 dias, tendo assim a possibilidade de
31 haver leitos vagos para atender posterior internação, apresentação anexa a esta
32 ata. Enfermeira Regina Celi fez apresentação sobre a oxigeno terapia, com familiares
33 de usuários presentes, falou sobre conceitos ;benefícios e objetivos, Regina
34 informou que há uma equipe formada, equipe multidisciplinar, pacientes com
35 prontuários devidamente identificados, uso de impressos corretos e lista de usuários,
36 há dados estatísticos , notas fiscais, como manusear o cilindro, como é transportado
37 o cilindro, com gasto de aproximadamente de 24 mil reais por mês, conselheiro
38 Carlos sugere a formação de uma associação dos usuários e solicita o envio a este
39 conselho do contrato de fornecimento do gás. A apresentação de oxigeno terapia

1


Fernando de Silveira Almeida
Conselheiro



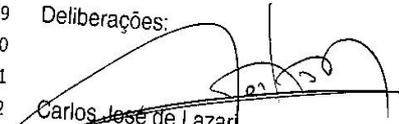
**CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE
DE ITAPETININGA**

Rua: Jorge Ozi, nº 588 – Centro- CEP:18.200-001
Telefone: 15-32721706 - e-mail: comus.itap@hotmail.com

40 está anexa a esta ata. Senhor Eduardo (Lamarca) informou sobre o conselho gestor
41 do local que foi dissolvido sem participação das partes, e Conselheiro Carlos pede a
42 Enfermeira Miriam para verificar o ocorrido junto a enfermeira responsável pelo
43 atendimento naquele bairro e deixou agendado para próxima quinta para
44 averiguação da situação da comissão. Conselheiro Carlos falou sobre a CIST
45 projeto que envolve a população, falou sobre a II Conferência da Saúde do
46 Trabalhador que se realizará no dia 20 (vinte) de maio de 2011 (dois mil e onze)
47 importância do evento onde será tratada a elaboração do atendimento do
48 trabalhador no sistema SUS no âmbito municipal. Conselheiro Carlos convocou Dr.
49 Fabio, Sra. Maria Cecília e Sra. Carla para formar uma comissão para conferência.
50 Eu, Geny Fukunishi Fragas, lavrei esta ata, dando fé à mesma. Tendo em vista a
51 aprovação do teor desta por todos os conselheiros acima descritos em meio digital,
52 eu Carlos José de Lazari, presidente do Conselho Municipal de Saúde de
53 Itapetininga, assino a mesma e dou fé da veracidade dos fatos descritos na forma da
54 lei.

55
56 Conclusões: Apreciação por parte dos conselheiros da instalação da farmácia central
57 no município, com cópia do projeto entregue a cada membro do conselho.
58

59 Deliberações:

60
61
62 
63 Carlos José de Lazari

64 CPF: 040.324.338-60 RG: 19.438.522 SSP-SP

65 Presidente do Conselho Municipal de Saúde

Anexo XIV – RESOLUÇÃO CMS N.º 01, DE 29/06/2011:

Em continuidade inserimos a primeira deliberação realizada conforme a lei deste Conselho Municipal de Saúde;

**CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE
DE ITAPETININGA**

**Rua: Jorge Ozi, 588 – Centro-
CEP:18.200-085**

**Telefone: 15-32721706 – e-
mail:comus.itap@hotmail.com
comusitapetininga@gmail.com**

RESOLUÇÃO CMS N.º 01, DE 29/06/2011

Aprova o Relatório Anual de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Itapetininga referente ao Exercício 2010

O Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Itapetininga,
Considerando que a Lei Federal N.º 8.142/90 regulamentou o Relatório Anual de Gestão - RAG como ferramenta de acompanhamento da gestão do SUS nas três esferas de governo;

Considerando que a Portaria GM/MS 3.176 de 24/12/08 estabeleceu as normas de elaboração do RAG, o fluxo de aprovação e respectivos prazos;

Considerando que a Portaria GM/MS de 21/02/08 estabeleceu que a aprovação do RAG pelos Conselhos Municipais de saúde passou a constituir indicador pactuado nacionalmente,

Considerando o que foi deliberado na Reunião Extraordinária do Conselho Municipal de Saúde de Itapetininga realizada em 29/06/11;

RESOLVE:

Artigo 1.º. Fica aprovado o Relatório Anual de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Itapetininga referente ao Exercício 2010.

Artigo 2.º. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

CARLOS JOSÉ DE LAZARI

Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Itapetininga

Anexo XV – Ata do CMS de Itapetininga, de 10/08/2011:



**CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE
DE ITAPETININGA**
Rua: Jorge Ozi, nº 588 – Centro- CEP:18.200-085
Telefone: 15-32721706 – e-mail:comus.itap@hotmail.com

Itapetininga, 10 de agosto de 2011

Em resposta ao SGEP no que tange a política de Educação Permanente para os conselheiros Municipais de Itapetininga, segue;

Temos hoje implantado em nosso município um programa de Educação Permanente nos moldes do texto do Ministério da Saúde, Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde.

Objetivos;

- Contribuir para a ampliação e qualificação da participação social na formulação, gestão e controle social da Política de Saúde.
- Fortalecer os conselheiros de saúde como sujeitos sociais que participam da formulação e deliberação da política de saúde como representantes da sociedade
- Desenvolver estratégias que promovam o intercâmbio de experiências sobre o controle social no SUS

Tendo em vista o desenvolvimento desses assuntos, o CMS Itapetininga, montou um plano de estratégias para desenvolver a educação permanente junto aos conselheiros municipais e também envolvendo os conselheiros dos conselhos locais, com abertura a toda população interessada.

Esse Plano envolve a discussão e apresentação de:

- ✓ Participação Social
- ✓ Financiamento da Participação e do Controle Social
- ✓ Intersetorialidade
- ✓ Informação e comunicação em saúde
- ✓ Legislação do Sistema Único de Saúde

Sendo que damos início a este processo em agosto de 2011, implantando o curso de treinamento a conselheiros, com a carga horária de 40h, palestras e apresentações realizadas na sede de funcionamento do CMS Itapetininga, onde os temas acima, são divididos e ministrados aos participantes.

Sendo que as turmas são formadas por 18 pessoas por modulo, com uma carga de 4 horas aulas semanais.

Carlos José de Lazari
Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Itapetininga

Anexo XVI – REGIMENTO INTERNO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAPETININGA:

REGIMENTO INTERNO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAPETININGA – C.M.S ITAPETININGA – SÃO PAULO.

CAPITULO I – CMS/ITAPETININGA E SUAS FINALIDADES

Art. 1.º - O presente Regimento interno tem por finalidade regulamentar a competência, as atribuições, a organização e o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde de Itapetininga – CMS/Itapetininga, nos termos da legislação em vigor.

Art. 2.º - O CMS/Itapetininga, criado pela Lei Municipal, 3141 de 01.º de julho de 1991, constitui-se no órgão colegiado máximo do Sistema Único de Saúde – SUS, no Município, em caráter permanente, com funções deliberativas, normativas e fiscalizadora, atuando na formulação de estratégias e no acompanhamento, no controle e na avaliação da execução da política municipal de saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros.

CAPITULO II – DAS COMPETÊNCIAS.

Art. 3.º - Ao CMS Itapetininga, sem prejuízo das funções do poder legislativo, compete;

I. Acompanhar, avaliar e fiscalizar os serviços de saúde prestados a população pelos órgãos e entidades públicas, filantrópicas e privadas, integrantes do Sistema Único de Saúde, no âmbito do Município.

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

III. Elaborar o Regimento Interno do Conselho Municipal e Conselhos locais de saúde e outras normas de funcionamento.

IV. Discutir, elaborar e aprovar proposta de operacionalização das diretrizes aprovadas pela Conferência de Saúde.

V. 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.

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

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

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 em face do 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 de equidade.

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

XI. Avaliar e deliberar sobre contratos e convênios, conforme as diretrizes dos Planos de Saúde Nacional, Estadual e Municipal.

XII. Aprovar proposta orçamentária anual da saúde, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na lei de Diretrizes Orçamentárias (artigo 195, Parágrafo 2.º da CF) observando o princípio do processo de planejamento e orçamentação ascendente (artigo 36 da Lei n.º 8080/90) e legislação municipal.

XIII. Propor critérios para a programação e execução financeira e orçamentária do Fundo 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 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 quando houver irregularidades ou 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 dos Conselhos, nas suas respectivas instâncias.

XVIII. Estabelecer critérios para a realização das Conferências Municipais de Saúde conforme legislação, determinar 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 Conferência Municipal 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 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 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, as atividades e competências do Conselho de saúde, bem como Legislação do SUS, suas políticas, orçamento e financiamento.

XXIII. Deliberar, encaminhar e avaliar a política para os Recursos Humanos do SUS, inclusive os aspectos financeiros de remuneração e incentivos, forma de contratação e vínculo.

XXIV. Acompanhar a implementação das deliberações constantes dos relatórios das plenárias do conselho municipal de saúde.

XXV. Enunciar as diretrizes de elaboração e proceder à revisão anual (1º Trimestre do ano), do Plano Municipal de Saúde.

XXVI. Apreciar e aprovar os critérios de qualidade para o funcionamento dos serviços, oferecidos pelos órgãos e entidades integrantes do SUS no Município.

XXVII. Coordenar, acompanhar, avaliar e redimensionar o funcionamento dos Conselhos das Unidades Básicas de Saúde, Conselhos Distritais de Saúde, Conselho Gestor do Pronto Socorro e qualquer outro conselho gestor de instituição que tenha vínculo com o SUS, existente ou que venham a ser criados, em consonância com as políticas de saúde públicas e diretrizes do CMS Itapetininga.

XXVIII. Outras articulações, definidas e asseguradas em atos complementares, baixados pelos Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde e Conselho Estadual de Saúde, que se referirem à gestão do SUS.

XXIX. Aprovar critérios e valores, de remuneração de serviços extras e os parâmetros municipais de cobertura assistencial.

CAPITULO III – Da Organização, Estrutura e Funcionamento

Art. 4.º - O CMS/Itapetininga será constituído pelos seguintes órgãos:

- Plenária Geral
- Diretoria
- Secretaria Executiva
- Comissões Permanentes e Temáticas
- Assessoria Técnica
- Comissões Especiais

Art. 5.º - O plenário do CMS/Itapetininga é o órgão deliberativo máximo, constituído por 16 (dezesesseis) conselheiros titulares e seus respectivos suplentes, representantes de órgãos e entidades da área governamental, dos prestadores de serviços de saúde ao SUS, dos profissionais vinculados a saúde e da sociedade civil organizada, conforme os termos da legislação.

Parágrafo 1.º - A alteração da composição plenária do CMS/Itapetininga deverá ser previamente deliberada pelo plenário, com aprovação e dois terços de seus integrantes em reunião convocada para este fim.

Parágrafo 2.º - A composição do Plenário deverá ser de 8 (oito) representantes de Usuários, 4 (quatro) representantes de Profissionais da área de saúde, 04 (quatro) representantes de Prestadores de serviço de saúde ao SUS e de representações de órgãos

Público respeitada à legislação Municipal e do Conselho Nacional de Saúde que determina a seguinte distribuição percentual:

- 50% de entidades de usuários
- 25% de trabalhadores de saúde
- 25% de representação de governo, de prestadores de serviços privados conveniados ou sem fins lucrativos.

Parágrafo 3.º - A representação dos usuários sempre será paritária, em relação ao conjunto dos demais seguimentos.

Parágrafo 4.º - A substituição de entidade, órgão ou instituições, quando houver infração a Legislação ou a este Regimento Interno, se dará em reunião ordinária.

Parágrafo 5.º - A Secretaria Municipal de Saúde terá sua representação como permanente incluída nos 25% referentes às representações de Prestadores de serviço de saúde ao SUS e de representações de Órgãos Públicos.

Artigo 6.º - As entidades, para integrarem este Conselho, deverão estar legalmente constituídas e em pleno funcionamento. A documentação deverá ser apresentada no ato do cadastramento e quando exigida pela direção ou pelo plenário.

Parágrafo Único – Os conselheiros locais e distritais deverão obedecer aos requisitos e critérios do Regimento Interno específico para os mesmos. Os Conselheiros locais devem reportar-se hierarquicamente ao CMS/Itapetininga.

Art. 7.º - Cada órgão. Entidade ou instituição indicará através de ofício dirigido a Direção do CMS/Itapetininga um membro titular e um suplente, devendo renovar ou substituir no prazo e formalidades previstos na legislação em vigor, bem como por período temporário quando for necessário, por prazo não inferior a 30 (trinta) dias. Na indicação deverá ser observado o segmento a ser inserido, questões legais e este regimento.

Parágrafo 1.º - Na ausência do titular assumira, automaticamente, o suplente com direito a voto.

Parágrafo 2.º - Os membros suplentes terão assegurados amplo direito a voz nas reuniões, mesmo na presença dos titulares.

Parágrafo 3.º - O ofício formal de indicação dos conselheiros titulares e suplentes das entidades representadas no CMS/Itapetininga deverá constar o endereço para correspondência, números de telefones (fixos, comercial e celular), endereço eletrônico e ou outras formas de contato com o conselheiro.

Parágrafo 4.º - De acordo com a legislação em vigor, as entidades, instituições e órgãos governamentais, deverão preencher ficha cadastral e renová-la a cada 2 anos.

Art. 8.º - Não poderão representar a categoria de usuários ou profissionais, as pessoas físicas que forem proprietárias ou administradoras, em primeiro grau, de instituições ou empresas prestadoras de serviços de saúde ao SUS;

Parágrafo 1.º - Não poderão ser indicadas a serem conselheiros, pessoas condenadas nos últimos 5 anos por causarem danos econômicos ou morais ao órgão públicos e privados relacionados à saúde.

Parágrafo 2.º - Não poderão representar os usuários, pessoas que sejam profissionais de saúde em pleno desenvolvimento do exercício ou representação da profissão, na iniciativa privada ou pública que preste ou não serviço ao SUS. E ainda aqueles que detenham cargos de confiança ou funções gratificadas no executivo e assessor do legislativo Municipal.

Art. 9.º - Não poderão ser indicadas para representar o seguimento de profissionais de saúde, pessoas proprietárias ou diretoras de empresas, instituições e órgãos gestores ou prestadores de serviço do SUS.

Art. 10.º - Os conselheiros, integrantes do CMS Itapetininga, entidade ou instituição, perderão a representatividade no Plenário deste Conselho Municipal de Saúde, nos seguintes casos:

I. Por superveniência de causa de que resulte na desvinculação de representação junto ao CMS Itapetininga;

II. Afastamento do município por período superior a seis meses, ressalvado em que o afastamento seja motivado para exercer delegação de interesse do próprio CMS Itapetininga, aprovado por deliberação do Plenário;

III. Quando não comparecer, por três reuniões consecutivas ou seis reuniões ordinárias intercaladas no período de um ano;

Art. 11.º - o conselheiro do CMS Itapetininga, que concorrer a cargo eletivo nas esferas federal, estadual e municipal, deverá licenciar-se de sua representação no espaço de 6 (seis) meses anteriores ao pleito;

Art. 12.º - O órgão, entidade ou instituição que não estiver representado por nenhum de seus indicados e duas reuniões ordinárias consecutivas ou cinco ordinárias

intercaladas num prazo de quatro meses, deverá substituir os mesmos em um prazo de 15 dias de haver sido comunicado por escrito do fato pela Direção ou por delegação do Plenário;

Parágrafo 1.º - Será excluído a entidade, instituição ou órgão governamental que permanecer após a comunicação com a incidência de faltas, conforme caput deste artigo, ou ainda, se solicitado a substituição de seus representantes por 3 ou mais vezes, não o fizer, num período de 3 meses.

Parágrafo 2.º - A entidade, instituição ou órgão governamental deverá ser comunicado, por escrito. Diretamente ou pelo serviço de Correios, com contraprova de recebimento, da possibilidade de ser excluída, no mínimo com 10 dias de antecedência.

Parágrafo 3.º - Não havendo manifestação da entidade, instituição ou órgão governamental, depois de comunicada num prazo de dez dias, será apreciado no plenário, podendo haver substituição da mesma na forma da legislação em vigor;

Parágrafo 4.º - A representação excluída poderá recorrer da decisão, num prazo de dez dias após a Plenária.

Parágrafo 5.º - Em caso de extinção ou por falta de interesse da entidade, instituição ou órgão governamental, demonstrada oficialmente, tornar-se-á vaga a sua representação.

Parágrafo 6.º - Excetua-se do disposto no Parágrafo anterior a Secretaria Municipal de Saúde conforme Parágrafo 5.º do artigo 5.º, devendo, no entanto ser comunicado ao superior hierárquico do conselheiro indicado, para as devidas providências legais de responsabilidade.

Parágrafo 7.º - As sanções previstas neste artigo serão deliberadas pelo Plenário, em Plenária ordinária, por maioria simples dos conselheiros presentes.

Parágrafo 8.º - Deverão os conselheiros, enquanto representação deste Conselho, agir com ética e profissionalismo na defesa dos direitos e interesses das políticas públicas de saúde, procurando sempre, pautar pela cortesia, educação e diplomacia, garantindo que os interesses da comunidade sejam respeitados.

Art. 13.º - As substituições das entidades, instituição ou órgão governamental, ocorrerão quando houver vacância da representação e não existir recurso ou impedimento legal de qualquer outra representação.

Parágrafo Único – As substituições obedecerão ao estabelecido no parágrafo 2.º do artigo 5.º deste regimento.

Art. 14.º - O plenário deverá indicar para as substituições, as entidades que tiverem maior afinidade direta com o caráter de saúde pública, seja por necessidade enquanto classe de usuário, por serviços prestados ou vinculação com o SUS.

Parágrafo Único – Só será indicado às entidades, instituições ou órgãos governamentais interessados, que se manifestem espontaneamente ou através de convite, encaminhado pela Direção do CMS Itapetininga.

Art. 15.º - As representações que desejarem integrar o CMS Itapetininga deverão encaminhar ofício a Direção posteriormente constar nos informes da reunião subsequente, para encaminhamentos cabíveis.

Art. 16.º - Compete aos conselheiros titulares e aos suplentes no impedimento daqueles:

- I. Comparecer as reuniões ordinárias e extraordinárias do CMS Itapetininga.
- II. Requerer, para que constem em pauta, assuntos que devem ser objetos de discussão e deliberação no CMS Itapetininga, bem como, a preferência para exame de matéria urgente.
- III. Representar o CMS Itapetininga quando designado pelo Plenário e ou pela Direção.
- IV. Requerer em conjunto com outros conselheiros, no mínimo 1/3 da totalidade do Plenário, reuniões extraordinárias, para discussão e deliberação de assuntos urgentes e prioritários.
- V. Apresentar projetos de resolução e formular moções e proposições no âmbito de competência do CMS Itapetininga.
- VI. Propor diligência em processo que no seu entendimento não estejam suficientemente instruídos.
- VII. Propor alterações parciais ou totais deste regimento interno.
- VIII. Exercer atribuições e atividades inerentes a sua função de participante do CMS Itapetininga.
- IX. Votar e ser votado para integrar os órgãos dirigentes do CMS Itapetininga, desde que com assento no Conselho a mais de noventa dias.

Art. 17 – É vetado aos conselheiros titulares e aos suplentes:

- I. Representar ou pronunciar-se publicamente sobre qualquer assunto, através de órgãos da mídia ou em qualquer outra instância, em nome do CMS de Itapetininga, sem a devida anuência da direção ou plenária deste conselho.

II. Agir deliberadamente em ações de fiscalização, acompanhamento ou avaliação de Serviços de Saúde Pública, por conta própria e independente, que não seja de conhecimento da direção ou plenária deste conselho, conforme regimento interno da comissão de fiscalização e comissão de Ética;

III. Tomar decisões ou ações em nome do CMS Itapetininga, sem o prévio conhecimento da direção e ou da plenária.

CAPITULO IV – DAS PLENÁRIAS

Art. 18 – As Plenárias Ordinárias ocorrerão a cada 15 dias, sendo as mesmas na segunda e quarta quintas feiras de cada mês, com a primeira chamada às nove horas da manhã, com a presença de pelo menos metade mais um de seus membros e com segunda chamada, às nove horas e trinta minutos.

Parágrafo 1.º - As plenárias são públicas e todos os presentes tem direito a voz, guardando a ordem nas falas e pedidos, sendo que os conselheiros municipais tem a preferência.

Parágrafo 2.º - As plenárias para eleição da Diretoria ou para a alteração deste Regimento Interno ocorrerão com a presença mínima de dois terços das entidades representadas com direito a voto.

Parágrafo 3.º - A proposta de alteração deste Regimento será incluída na pauta com 30 (trinta) dias de antecedência.

Parágrafo 4.º - A plenária do CMS Itapetininga deliberará por meio de maioria simples dos conselheiros presentes, mediante votação aberta, sendo esta secreta quando da eleição, total ou parcial da Diretoria ou quando a Plenária assim o deliberar.

Parágrafo 5.º - Cada entidade, instituição e órgão governamental terá direito a um voto através de seu representante presente, devidamente indicado e de acordo com este Regimento.

Parágrafo 6.º - Durante o regime de votação serão sustadas as intervenções dos presentes.

Parágrafo 7.º - As abstenções, durante a votação, por parte dos representantes, deverão ser registradas em Ata.

Parágrafo 8.º - As presenças dos conselheiros serão registradas, pela assinatura dos mesmos em livro próprio e ao registrar a presença o conselheiro receberá uma identificação que lhe dará direito de votar na plenária.

Art. 19.º - Para fins de agilidade e tornar dinâmica, cada reunião, poderá a critério do Plenário ser estipulado tempo limite para os pontos de pauta, respeitados os previstos neste regimento;

Parágrafo 1.º - Os informes, no inicio das reuniões, que pela sua característica não cabe discussão, serão limitados a um máximo de 5 minutos para a direção, cinco minutos para a Secretaria Municipal de Saúde e 2 minutos para cada conselheiro ou visitante.

Parágrafo 2.º - Para encaminhamentos dos pontos de pauta, o limite de tempo atribuído a cada conselheiro será no máximo de 5 minutos. A intervenção inicial dos presentes será limitada em três minutos e as posteriores em dois minutos.

Parágrafo 3.º - As intervenções deverão obedecer à ordem de inscrição previamente efetuada com o secretário da plenária, não sendo permitida a interrupção no tempo disponível.

Parágrafo 4.º - As Plenárias terão duração máxima de 2 horas, prorrogáveis a critério de maioria absoluta dos presentes, por mais 30 minutos e em casos excepcionais prorrogáveis pelo tempo que a plenária julgar necessário a conclusão dos trabalhos.

Parágrafo 5.º - Cabe ao Presidente do CMS Itapetininga o direito do voto de Minerva.

Art. 20.º - Os assuntos da pauta das Plenárias deverão ser formalizados pela Diretoria do CMS Itapetininga

Parágrafo 1.º - Os assuntos encaminhados para ponto de pauta serão apreciados pela diretoria e ou comissões antes de se tornarem uma pauta, sendo indispensável à presença do relator ou responsável pelo assunto para esclarecimentos nas comissões e plenária.

Parágrafo 2.º - Os pontos de pauta não vencidos em uma plenária serão automaticamente os primeiros pontos pautados para a próxima reunião ordinária.

Parágrafo 3.º - A ordem das pautas respeitará a ordem de chegada dos assuntos no conselho, modificações na ordem da pauta serão votadas em plenária.

Art. 21 – O CMS Itapetininga fica desobrigado, exceto em casos excepcionais, de avaliar projetos, prestações de contas ou semelhantes, quando não for encaminhado em tempo hábil pela Secretaria Municipal de Saúde, prestadores de serviços ou outros órgãos

que necessitem de tais procedimentos. A sugestão de ponto de pauta deve ser encaminhada em formulário próprio e acompanhada de documentação completa.

Parágrafo 1.º - Considerar-se-á tempo hábil, o período mínimo de quatro (04) dias úteis anteriores a plenária.

Parágrafo 2.º - O proponente caso entenda que deva ter sua proposta discutida como ponto de pauta, deverá manifestar-se na abertura ou nos informes da plenária, solicitando a discussão. Caso aja aprovação da plenária o ponto proposto entrará como ponto de pauta segundo a rotina de encaminhamentos dos pontos de pauta analisados pelo CMS Itapetininga.

Art. 22.º - As plenárias serão devidamente registradas em Ata escrita ou digitalizada, a qual será encaminhada a cada conselheiro através de e-mail ou entrega em formulário impresso e timbrado do CMS Itapetininga, para análise dos conselheiros e aprovadas em reunião ordinária posterior, devendo constar as posições majoritárias e minoritárias das deliberações, com seus respectivos números de votantes.

Art. 23.º - as atas poderão ser gravadas em fitas magnéticas ou digitais, e após serem aprovadas deverão ser encaminhadas ao Prefeito Municipal, Promotoria Pública de Defesa Comunitária ou Semelhante e a Câmara Municipal de Vereadores.

Art. 24.º – Quando o número de abstenções for maior votação de uma proposta, o plenário será novamente esclarecido naqueles pontos que geraram dúvidas e se mesmo assim forem mantidas as abstenções este assunto deverá retornar a pauta na próxima reunião para maiores esclarecimentos.

Art. 25.º - As Plenárias extraordinárias serão convocadas pelo presidente ou por no mínimo de 1/3 dos conselheiros titulares, mediante ampla divulgação e convocação oficial e direta aos conselheiros, com no mínimo 48 horas de antecedência.

Art. 26.º - As plenárias ordinárias somente serão adiadas, pela Direção, por motivos relevantes ou por deliberação expressa da plenária, que deliberará por maioria simples dos conselheiros presentes ou ainda por ausência de quórum.

Art. 27.º - A plenária do CMS Itapetininga deverá manifestar-se por meio de resoluções, recomendações, moções e outros atos deliberativos.

Parágrafo 1.º - As resoluções da plenária serão obrigatoriamente encaminhadas, num prazo máximo de sete dias, para avaliação e homologação pelo Prefeito Municipal.

Parágrafo 2.º - As resoluções serão, obrigatoriamente, homologadas e publicadas pelo Prefeito Municipal no prazo de 30 dias.

Parágrafo 3.º - Decorrido o prazo mencionado no Parágrafo 2.º e não sendo enviada ao CMS Itapetininga, justificativa com proposta de alteração ou rejeição da resolução que será deliberada na reunião seguinte, esta entrará automaticamente em vigor.

Parágrafo 4.º - Para fazer cumprir o que determina o Parágrafo 3.º, o CMS Itapetininga, poderá e deverá recorrer ao Ministério Público.

CAPITULO V – DA DIREÇÃO

Art. 28 – As atividades do CMS Itapetininga serão administradas por uma diretoria composta por 4 representantes, com a seguinte composição:

- Presidente
- Vice-Presidente
- 1.º Secretário
- 2.º Secretário

Parágrafo Único – O mandato da Diretoria será de dois anos, sendo permitida a recondução de seus integrantes através de votação em plenária.

Art. 29.º - É competência da Diretoria:

Parágrafo 1.º - Do Presidente:

- I. Estruturar internamente o CMS Itapetininga garantindo 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.
- II. Coordenar as Plenárias e reuniões de Diretoria.
- III. Representar o CMS Itapetininga e participar de reuniões ou eventos quando convocado e ou convidado.
- IV. Assinar todos os documentos emitidos pelo CMS Itapetininga.
- V. Encaminhar decisões das Plenárias.
- VI. Delegar atribuições, aos demais membros da Diretoria ou Conselheiros.

VII. Decidir “ad referendum” da Plenária somente em assuntos altamente relevantes e urgentes, devendo submeter à apreciação do Plenário na primeira plenária subsequente.

Parágrafo 2.º - Compete ao vice-presidente, por ordem hierárquica, substituir eventualmente o Presidente no seu impedimento e auxiliar na administração do CMS Itapetininga.

Parágrafo 3.º - Compete ao 1.º Secretário:

- I. Lavrar as Atas das reuniões de Diretoria e das Plenárias Gerais.
- II. Coordenar em conjunto com o Secretário (a) Executivo, o arquivamento de toda a documentação do CMS Itapetininga.
- III. Encaminhar aos órgãos de comunicação as resoluções do Conselho, assim como divulgar as plenárias, reuniões e eventos específicos deliberados pelo plenário.

Parágrafo 4.º - Aos demais secretários compete substituir o anterior na sua impossibilidade, auxiliar a Diretoria na administração, colaborar na coordenação das plenárias e atividades do CMS Itapetininga.

Art. 30.º - São atribuições da Diretoria:

- I. Reunir-se periodicamente para encaminhar as decisões de plenárias e promover dentro de sua competência, às atribuições do conselho conforme a legislação federal, estadual ou municipal, e deste regimento.
- II. Analisar, selecionar e elaborar as pautas de plenárias, bem como elaborar as Atas das mesmas.
- III. Elaborar o calendário anual de plenárias Ordinárias para aprovação em Plenário, convocar as plenárias Extraordinárias, bem como dirigir as mesmas.
- IV. Encaminhar projetos, documentos, denúncias e solicitações as comissões pertinentes
- V. Divulgar de forma mais ampla possível, todas as ações do CMS Itapetininga.
- VI. Manter a Sede do CMS Itapetininga aberta ao público, no mínimo 20 horas semanais.
- VII. Distribuir tarefas e coordenar os trabalhos dos funcionários do CMS Itapetininga.

Art. 31.º - A Direção poderá se destituída pelo plenário, quando a atuação da mesma for considerada prejudicial aos interesses do CMS Itapetininga, comprovada por parecer de Comissão de Ética paritária, constituída pelo plenário para tal finalidade.

Parágrafo Único – A Comissão Especial de Ética de que se trata este artigo, deverá conceder aos integrantes da Diretoria amplo espaço de defesa.

CAPITULO VI – DA SECRETARIA EXECUTIVA

Art. 32.º - A Secretaria Executiva prestará apoio técnico, administrativo e operacional a todos os órgãos do CMS Itapetininga, especialmente a sua Direção, a quem está subordinada diretamente.

Art. 33.º – A Secretaria Executiva deverá contar com servidores necessários ao seu pleno funcionamento.

Parágrafo Único – A Secretaria Executiva poderá contar com pessoal oriundo de qualquer instituição que integre o SUS.

Art. 34.º - São atribuições da Secretaria Executiva:

- I. Executar e coordenar as atividades técnicas e administrativas do CMS Itapetininga.
- II. Zelar pela manutenção em ordem dos serviços, fichários e arquivos do CMS Itapetininga.
- III. Elaborar e promover a publicação de Resoluções, Ordens de Serviços, e demais expedientes de deliberação do Plenário e da Direção.
- IV. Promover o registro, expedição, controle e guarda de processos e documentos do CMS Itapetininga.
- V. Elaborar proposta de orçamento anual do CMS Itapetininga.
- VI. Zelar pela conservação dos bens moveis e imóveis do CMS Itapetininga, pelo registro dos mesmos em livro próprio.
- VII. Proceder ao acompanhamento da execução de despesas do CMS Itapetininga.
- VIII. Executar o trabalho mecanográfico do CMS, bem como, o solicitado pelos conselheiros que tenham relação com suas atividades no CMS Itapetininga.
- IX. Acompanhar, promover e executar juntamente com a Comissão Eleitoral os casos previstos neste regimento.
- X. Exercer as demais atividades e ou atribuições que lhe forem confiadas pela direção.

CAPITULO VII – DAS COMISSÕES PERMANENTES

Art. 35.º - Serão consideradas comissões permanentes a; Comissão Técnica (COMTEC), Comissão de Finanças (COMFIN), Comissão Fiscalizadora (COMFIS), Comissão de Ética (COMET), Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST).

Art. 36.º - As comissões permanentes deverão ser compostas, prioritariamente, por conselheiros, buscando atender os critérios e paridade, especialmente no tocante do seguimento usuário.

Art. 37.º - A escolha dos componentes das comissões será feita com indicação dos seguimentos e com a homologação em plenária.

Parágrafo 1.º - As indicações serão reavaliadas anualmente pela plenária.

Parágrafo 2.º - Em caso de saída de representante assumira o suplente devendo ser indicado um novo conselheiro, do mesmo seguimento, em plenária.

Parágrafo 3.º - A direção do CMS Itapetininga deverá informar a plenária semestralmente a assiduidade dos membros das comissões permanentes.

Art. 38.º - A coordenação das comissões será escolhida pela própria comissão e homologada pela plenária.

Art. 39.º - As comissões somente poderão emitir parecer com presença mínima de 50% de seus representantes.

Art.40.º - As comissões, quando necessário, poderão solicitar assessorias.

Art. 41.º - Os membros faltosos terão seus mandatos extintos se faltarem a três reuniões consecutivas ou seis intercaladas no período de 12 meses.

Art.42.º - Caso o segmento não encaminhe representante o mesmo será indicado pela plenária.

Art. 43.º - A função dos membros das comissões é de caráter de avaliação, acompanhamento, investigação e diagnostico com emissão e parecer ou relatório à direção para ser encaminhada à plenária.

Seção I – Da Comissão Técnica – COMTEC

Art. 44.º – O CMS/Itapetininga manterá em caráter permanente uma Comissão Técnica (COMTEC) integrada por três conselheiros, representantes dos órgãos da Sociedade, indicados para comporem a mesma, que desenvolverá estudos técnicos aos órgãos do CMS/Itapetininga, especialmente a Diretoria.

Art. 45.º – À Comissão Técnica compete:

I. Analisar projetos técnicos, laudos e documentos semelhantes, para emitir parecer a Plenária ou a Direção;

II. Desenvolver estudos com vistas à elaboração de planos e projetos relativos à política municipal de saúde, quando solicitado pelos órgãos do CMS/Itapetininga;

III. Avaliar denúncias, emitindo parecer quando solicitado pela comissão de fiscalização ou Direção.

Art. 46.º – Os pareceres não terão caráter deliberativo, servindo apenas de orientação a Direção, conselheiros e plenário para deliberações.

Parágrafo Único: Caso houver dois ou mais entendimentos pela COMTEC deverá ser elaborado o parecer contendo as mesmas e enviados a plenária para deliberação.

Art. 47.º – Para desenvolver as funções da COMTEC, o CMS/Itapetininga deverá ter acesso a todo e qualquer dado das instituições integrantes do SUS.

Parágrafo 1.º - Aquele que dificultar o acesso às informações necessárias para deliberações do CMS/Itapetininga será denunciado ao Ministério Público para averiguação de crime de responsabilidade.

Parágrafo 2.º – Os representantes dos segmentos deverão ser indicados, por seus pares, com pelo menos 1/3 (um terço) dos seus representantes;

Parágrafo 3.º – Havendo necessidade poderá a COMTEC convidar técnicos para subsidiar as discussões.

Art. 48º – A Comissão Técnica do CMS/Itapetininga deverá desenvolver suas atribuições de acordo com o Regimento Interno específico a ser aprovado pelo Plenário, por proposta da Direção.

SEÇÃO II – Da Comissão de Finanças

Art. 49.º – a Comissão de Finanças desenvolverá sua atuação acompanhando os recursos financeiros e orçamentários do Fundo Municipal de Saúde, criado pela Lei n.º 3483, de 12 de fevereiro de 1992, e de recursos financeiros atribuídos ao Sistema Municipal de Saúde.

Art. 50.º – São atribuições da Comissão de finanças:

I. Avaliar e emitir parecer ao Plenário das prestações de contas enviadas pela SMS (Secretaria Municipal de Saúde), conforme determina a legislação.

II. Avaliar e emitir parecer ao Plenário das prestações de contas enviadas por prestadores de serviços ao SUS.

III. Avaliar e emitir parecer sobre a previsão orçamentária do município relativo à saúde.

IV. Acompanhar a aplicação do orçamento municipal e das receitas governamentais destinadas ao Fundo Municipal de Saúde ou programas específicos da área de Saúde.

V. Avaliar e emitir parecer ao Plenário e a Diretoria sobre despesas da Secretaria, relativas a imóveis por ela administrada, novas construções e reformas dos prédios próprios ou locados.

VI. Avaliar e emitir parecer sobre os ativos do Fundo Municipal de Saúde,

VII. Avaliar anualmente o inventário dos bens da SMS (Secretaria Municipal de Saúde) emitindo parecer.

VIII. Poderá acompanhar as licitações referentes às despesas com o SUS no município.

Art. 51.º – A composição da Comissão de finanças (COMFIN) respeitará a paridade conforme o artigo 37.º deste regimento, sendo composta por quatro conselheiros;

Parágrafo Único – Os representantes dos segmentos deverão ser indicados, por seus pares, com pelo menos 1/3 (um terço) dos seus representantes.

Art. 52.º – A Comissão de Finanças do CMS/Itapetininga deverá desenvolver suas atribuições de acordo com o Regimento Interno específico a ser aprovado pelo Plenário, por proposta da Direção.

SEÇÃO III – Da Comissão de Ética

Art. 53.º – A comissão de ética (COMET), apesar do caráter permanente será acionada pela direção ou plenária, quando necessário;

Art. 54.º – A Composição da Comissão de Ética é composta por 03 (três) conselheiros.

Art. 55.º – caberá a COMET avaliar o comportamento dos conselheiros, quando tomarem atitudes inconvenientes, isolados ou não, nas Plenárias ou fora destas, que não condigam com as condutas previstas na legislação em vigor ou, quando tomarem posições contrárias aos interesses deste conselho.

Art. 56.º – Quando se fizer necessário à intervenção da comissão de ética, a mesma emitirá parecer que será encaminhado à plenária, tendo o(s) conselheiro(s) direito a ampla defesa.

Parágrafo Único: A Comissão de Ética poderá sugerir:

I. O aceite da defesa do(s) conselheiro(s);

II. O arquivamento;

III. A advertência verbal;

IV. A advertência por escrito;

V. Quando em casos de reincidência, poderá ser sugerido o afastamento definitivo do conselheiro das suas funções, sendo assim:

VI. A entidade representada pelo conselheiro julgado deverá ser comunicada e solicitada seu pronunciamento;

VII. A entidade poderá permanecer com a vaga e proceder à substituição do conselheiro quando comprovado que não havia de sua parte conivência qualquer no caso julgado;

VIII. A substituição da entidade no CMS/Itapetininga se dará conforme artigo 5.º Parágrafo 4.º deste regimento.

Art. 57.º – A Comissão de Ética do CMS/Itapetininga deverá desenvolver suas atribuições de acordo com o Regimento Interno específico a ser aprovado pelo Plenário, por proposta da Direção.

SEÇÃO IV – Da comissão de fiscalização

Art. 58.º – A Comissão de Fiscalização do CMS/Itapetininga terá por objetivo principal proceder ao exame a ao acompanhamento das ações e serviços desenvolvidos e

mantidos diretamente, ou através de convênios e contratos, pelo SUS, atuará também em casos especiais, quando houver situação de risco grave, a população, em empresas ou instituições privadas. No caso, do setor privado, só atuará por denúncia escrita e devidamente identificada, pelos atingidos ou por parte dos órgãos de comunicação escrita, falado e televisado.

Art. 59.º – A comissão de fiscalização deverá organizar-se para acompanhar sistematicamente as deliberações da plenária, devendo também trazer através de relatórios retorno das informações colhidas, tanto à direção como às outras comissões e a plenária.

Art. 60.º – A Comissão de Fiscalização do CMS/Itapetininga, para o cumprimento de suas atribuições, deverá contar com a infraestrutura operacional necessária.

Parágrafo 1.º – Poderá quando necessário acionar e atuar em conjunto com outros órgãos competentes de fiscalização.

Art. 61.º – A Comissão de Fiscalização do CMS/Itapetininga deverá desenvolver suas atribuições de acordo com o Regimento Interno específico a ser aprovado pelo Plenário, por proposta da Direção.

SEÇÃO V – Da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador

Art. 62.º – À CIST (Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador) compete:

I. Assessorar ao CMS/Itapetininga, nas políticas de saúde do trabalhador, nelas incluídas o meio ambiente do trabalho, e na implantação do SIST (Sistema de Informações de Saúde do Trabalhador), no Município;

II. Acompanhar e fiscalizar as atividades municipais referentes à saúde no trabalho que estão expressas na Legislação Federal, Estadual e Municipal, em especial ao exposto.

III. Analisar, organizar e propor juntamente com órgãos de classes, prestadores de serviços e gestores, as propostas para os programas e serviços afins que serão levadas à deliberação da plenária do CMS/Itapetininga;

IV. Agir direta ou indiretamente, junto aos setores de controle social, movimentos organizados de trabalhadores, visando contribuir, como agentes ativos e capazes para a consolidação da área de saúde do trabalhador no SUS;

V. Acompanhar e fiscalizar as atividades do Centro Regional de Referência em Saúde do trabalhador (CEREST) e ou Programa Municipal de Saúde do Trabalhador, bem como integrar o Conselho Gestor, do referido centro;

VI. Avaliar e emitir parecer sobre os relatórios do CEREST e ou PST e outros órgãos que desenvolvam atividades relativas à saúde do trabalhador;

VII. Avaliar denúncias pertinentes e encaminhar aos segmentos afins.

Art. 63.º – A CIST poderá convidar técnicos e autoridades quando necessário para avaliar projetos, acidentes de trabalho ou situações de agravo à saúde do trabalho, no município.

Art. 64.º - As entidades, não integrantes do CMS/Itapetininga, que desejarem compor a CIST deverão ter trabalhos ou princípios referenciados à saúde do trabalhador.

Art. 65.º – A CIST deverá desenvolver suas atividades, conforme Regimento Interno específico, o qual deverá ser aprovado em Plenário do CMS/Itapetininga.

SEÇÃO VI – Da Comissão de Saúde Mental

Art. 66.º – Analisar as políticas de gestão de saúde mental propostas pelo Gestor Municipal, com a finalidade de subsidiar as decisões sobre o tema nas plenárias do CMS/Itapetininga.

Art. 67.º – Propor soluções ao Gestor Municipal sobre os problemas de gestão na saúde mental.

Art. 68.º – Fiscalizar junto às UBSs, CAPSs e demais unidades que compõe a rede municipal de atenção à saúde mental, a efetiva implantação das políticas de saúde preconizadas pelo Ministério da Saúde.

Art. 69.º – A CS Mental deverá desenvolver suas atividades, conforme Regimento Interno específico, o qual deverá ser aprovado em Plenário do CMS/Itapetininga.

CAPITULO VIII – Das Comissões Especiais

Art. 70.º – Para cumprimento de suas atividades e atribuições específicas, poderá o Plenário do CMS/Itapetininga, por proposta própria ou da Direção, constituir Comissões Especiais, em caráter permanente ou temporário.

Art. 71.º – o CMS poderá criar comissões Intersetoriais e grupos de trabalho paritários ou não que poderão contar com integrantes não conselheiros se assim for deliberado em plenária.

Art. 72.º – O CMS/Itapetininga poderá criar ou incentivar Comissões Temáticas Intersetoriais, de âmbito municipal ou distrital, subordinadas ou não, para fins de estudos de questões de saúde coletiva.

Parágrafo Único: As Comissões Temáticas terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde cuja execução envolverá ou não áreas compreendidas no âmbito do SUS.

CAPITULO IX – Das Eleições de mesa Diretora e Eleições Gerais.

Art. 73.º – As eleições ocorrerão, caso não haja nenhum impedimento legal tanto na questão mesa diretora como na questão membro representantes do conselho.

Parágrafo 1.º – No caso de haver impedimentos legais, a eleição ocorrerá até 15 dias após a elucidação dos fatos.

Parágrafo 2.º – A Plenária para a eleição será instalada com o mínimo de dois terços dos integrantes com direito a votar e 60 minutos após a instalação da mesma serão apurados e imediatamente divulgados os votos, sendo posteriormente realizada a ata da mesma.

Parágrafo 3.º – Em não havendo nenhum impedimento legal a posse da nova Diretoria, se dará na primeira reunião subsequente.

Art. 74.º – Na primeira reunião ordinária, do ano da eleição, será escolhida uma Comissão Eleitoral, composta de três membros, com a finalidade de coordenar o processo de eleição de acordo com a legislação em vigor e este regimento.

Parágrafo Único: O integrante da comissão eleitoral, não poderá estar inscrito em nenhuma chapa concorrente.

Art. 75.º – As chapas para concorrer à eleição, terão obrigatoriamente de ser apresentadas, por escrito, à Comissão supracitada, até o último dia útil, previsto para o serviço público municipal, data previamente acordada na plenária, sendo que as mesmas receberão o número conforme ordem de inscrição. Havendo a apresentação de apenas uma chapa se realizará a eleição que necessitará de maioria de votos para caracterizar a vitória, em não havendo essa concordância será fixada nova eleição para a próxima reunião ordinária do conselho municipal.

Parágrafo 1.º – Cada chapa concorrente será apresentada por um Conselheiro, que fará a sua inscrição.

Parágrafo 2.º – Em até 48 horas, após o encerramento de inscrição de chapas, a Comissão reunirá-se e analisará as mesmas, tornando-as públicas através das Plenárias e de publicação de edital em um jornal local.

Parágrafo 3.º – Caso a Comissão não homologue alguma chapa, deverá comunicar em até 48 horas o seu responsável (quem a inscreveu) com as razões que impediram a homologação.

Parágrafo 4.º – Caso exista discordância de algum conselheiro ou de autoridade pertinente, caberá recurso por escrito no prazo dois dias a contar da publicação em jornal local. A Comissão Eleitoral terá 48 horas depois de recebido o recurso para analisar e manifestar-se.

Parágrafo 5.º – Em continuado as divergências, será imediatamente convocada uma Plenária para debater o assunto e em não sendo encerrado deverá a Comissão encaminhar os fatos ao Ministério Público.

Parágrafo 6.º – Com a finalidade de sanar as divergências as chapas concorrentes poderão substituir inscritas, em até 48 horas.

Parágrafo 7.º – Havendo impedimento legal para a realização da eleição em data prevista, a plenária poderá constituir comissão provisória ou prorrogar o mandato da atual diretoria por tempo determinado, nunca superior a 90 dias.

Parágrafo 8.º – É vedada a participação de um candidato em mais de uma chapa.

Parágrafo 9.º – A duração do mandato dos conselheiros será de 04 (quatro) anos, o mandato da mesa diretora será de 02 anos sendo realizada a cada período nova eleição para a mesa diretora.

Art. 76.º – Será considerada vencedora da eleição, a chapa que obtiver a maioria simples dos votos dos conselheiros, com direito a voto.

Parágrafo 1.º – Em caso de empate haverá nova eleição, em até sete dias após o primeiro pleito.

Parágrafo 2.º – Persistindo o empate, será considerada vencedora a chapa que for escolhida pela modalidade de sorteio.

Art. 77.º – Nos casos de vacância nos cargos da Direção, os mesmos serão preenchidos depois de oficializado ao Plenário.

Parágrafo 1.º – Na vacância do cargo da Presidência assumirá no seu lugar o 1.º Vice-presidente.

Parágrafo 2.º – Na vacância dos cargos de Vice–Presidentes e Secretários, será preenchida a vaga na última posição hierárquica, salvo manifestação antecipada de não interesse ou por dificuldades, do detentor do cargo;

Parágrafo 3.º – Os conselheiros eleitos para cumprimento do acima disposto completarão o período de mandato restante.

Art. 78.º – Havendo renúncia coletiva ou afastamento de cinquenta por cento dos integrantes da Direção, num prazo inferior ou igual a 30 (trinta) dias, haverá eleição de uma nova Direção.

Parágrafo 1.º Ocorrendo o previsto no caput, o Plenário designará uma Comissão de 4 (quatro) conselheiros, para temporariamente dirigir o Conselho e uma Comissão Eleitoral para promover a eleição da diretoria num prazo máximo de trinta dias. As regras para a eleição são as previstas neste regimento.

Parágrafo 2.º: O mandato dos eleitos, neste caso, será pelo período restante do mandato.

Art. 79.º - Fica definido o mandato a partir de março de 2009 pelo período de 04 (quatro) anos, artigo este votado em reunião ordinária da plenária com a presença de todos os conselheiros municipais e aprovada por unanimidade, respeitando a Terceira Diretriz do Artigo 5.º da Resolução 333 de 2003, que rege não coincidir o mandato dos conselheiros, com o mandato da esfera do poder Executivo.

CAPITULO X – Do Regimento Interno

Art. 80.º – O presente Regimento poderá ser alterado, parcial ou totalmente, através de proposta expressa por qualquer um dos conselheiros do CMS/Itapetininga.

Parágrafo 1.º – As propostas de alteração, total, deste Regimento Interno, deverão ser apreciadas ressalvadas os impedimentos previstos neste regimento, em plenária específica do CMS/Itapetininga, convocada por escrito, com antecedência mínima de cinco dias, com cópia das alterações.

Parágrafo 2.º – No caso de revisão parcial, de no máximo cinco artigos, poderá ser deliberado em Plenária Ordinária, desde que aprovado em Plenário.

Parágrafo 3.º – As alterações do Anexo I serão apreciadas em reunião ordinária, com o conhecimento prévio dos conselheiros.

Art. 81.º – Os casos omissos a este Regimento Interno serão resolvidos pelo Plenário do CMS/Itapetininga.

Art. 82.º – Este Regimento Interno entrará em vigor na data da sua aprovação.

CAPITULO XI - DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

Art. 83.º – O CMS/Itapetininga elaborará num prazo de seis meses o Regimento das Comissões Permanentes, assim como neste prazo deverá elaborar um Regimento com critérios dirigidos para os Conselhos locais e distritais.

Art. 84.º - A regularização do que trata da composição do CMS/Itapetininga, será feita em até 30 dias após a aprovação deste regimento.

Art. 85.º – Dos prazos de resposta aos questionamentos e ofícios direcionados;

I. Fica disposto que o prazo de resposta para ofícios será de 15 (quinze) dias, a contar da data de recebimento descrita através de protocolo de recebimento.

II. O pedido de prorrogação de resposta deverá ser efetuado por escrito e entregue a Secretária Executiva do Conselho Municipal com antecedência de 2 dias úteis do prazo final de apresentação.

III. A prorrogação terá datas seguintes de 15 (quinze) a 30 (trinta) dias.

IV. Passado esses prazos, tornar-se-á passível de medidas legais conforme disposto no Artigo 47 parágrafo 1.º, após deliberação em plenário.

Este Regimento Interno foi adequado a Resolução 333 do Conselho Nacional de Saúde

Itapetininga 10, de janeiro de 2010”.

**Anexo XVII – “*minuta*” LEI DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE
PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPETININGA
Estado SÃO PAULO**

Minuta: ALTERAÇÃO DA LEI DE INSTITUIÇÃO do Conselho Municipal de Saúde de Itapetininga, LEI 3141 DE 10 DE JUNHO DE 1991.

CAPÍTULO I

DA INSTITUIÇÃO

Art. 1º. Em conformidade com a Constituição da República Federativa do Brasil Título VIII, Capítulo II e as Leis Federais 8080/90 e 8142/90, fica instituído o Conselho Municipal de Saúde de Itapetininga, órgão permanente, deliberativo e normativo do Sistema Único de Saúde no âmbito municipal, que tem por competência formular estratégias e controlar a execução da política de saúde do município, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros

**CAPÍTULO II
DOS OBJETIVOS**

Art. 2º. O Conselho Municipal de Saúde terá funções deliberativas, normativas, fiscalizadoras e consultivas, objetivando basicamente o estabelecimento, acompanhamento, controle e avaliação da política municipal de saúde, de acordo com a Lei Orgânica do Município de e a Constituição Federal, a saber:

I - Atuar na formulação e no controle da execução da Política Municipal de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros, e nas estratégias para sua aplicação aos setores público e privado;

II - Deliberar sobre os modelos de atenção a saúde da população e de gestão do Sistema Único de Saúde;

III - Estabelecer diretrizes a serem observadas na elaboração de planos de saúde do Sistema Único de Saúde, no âmbito municipal, em função dos princípios que o regem e de acordo com as características epidemiológicas, das organizações dos serviços em cada instância administrativa e em consonância com as diretrizes emanadas da Conferência Municipal de Saúde.

IV - definir e controlar as prioridades para a elaboração de contratos entre o setor público e entidades privadas de prestação de serviços de saúde;

V - Propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde.

VI - Aprovar a proposta setorial da saúde no Orçamento Municipal

VII - Criar, coordenar e supervisionar Comissões Intersetoriais e outras que julgar necessárias, inclusive Grupos de Trabalho, integradas pelas secretarias e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil

VIII - Deliberar sobre propostas de normas básicas municipais para operacionalização do Sistema Único de Saúde;

IX - Estabelecer diretrizes gerais e aprovar parâmetros municipais quanto a política de recursos humanos para a saúde;

X - Definir diretrizes e fiscalizar a movimentação e aplicação dos recursos financeiros do Sistema Único de Saúde, no âmbito municipal, oriundos das transferências do orçamento da União e da Seguridade Social, do orçamento estadual, 15% do orçamento municipal, como decorrência do que dispõe o artigo 30, VII, da Constituição Federal e a Emenda Constitucional Nº 29/2000

XI - Aprovar a organização e as normas de funcionamento das Conferências Municipais de Saúde, reunidas ordinariamente, a cada 2 (dois) anos, e convocá-las, extraordinariamente, na forma prevista pelos parágrafos 1.º e 5.º do Art. 1.º da Lei 8142/90;

XII - Aprovar os critérios e o repasse de recursos do Fundo Municipal de Saúde para a Secretaria Municipal de Saúde e a outras instituições e respectivo cronograma e acompanhar sua execução;

XIII - Incrementar e aperfeiçoar o relacionamento sistemático com os poderes constituídos, Ministério Público, Câmara de Vereadores e mídia, bem como com setores relevantes não representados no Conselho;

XIV - Articular-se com outros conselhos setoriais com o propósito de cooperação mútua e de estabelecimento de estratégias comuns para o fortalecimento do sistema de participação e Controle Social;

XV - Acompanhar o processo de desenvolvimento e incorporação científica e tecnológica na área de saúde, visando à observação de padrões éticos compatíveis com o desenvolvimento sociocultural do município;

XVI - Cooperar na melhoria da qualidade da formação dos trabalhadores da saúde;

XVII - Divulgar suas ações através dos diversos mecanismos de comunicação social;

XVIII - Manifestar-se sobre todos os assuntos de sua competência.

CAPÍTULO III DA CONSTITUIÇÃO

Art. 3º. O Conselho Municipal de Saúde, terá a seguinte constituição:

- a) segmentos organizados de usuários do Sistema Único de Saúde;
- b) prestadores de serviços de saúde do Sistema Único de Saúde;
- c) trabalhadores da Saúde e,
- d) representantes do governo municipal.

Parágrafo Único: A representação dos usuários será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

Art. 4º. O Conselho Municipal de Saúde terá uma Mesa Diretora como órgão operacional de execução e implementação de suas decisões sobre o Sistema Único de Saúde do Município, eleita na forma do art. 6º desta Lei.

CAPÍTULO IV DA COMPOSIÇÃO

Art. 5º. O Conselho Municipal de Saúde terá a seguinte composição:

I - de forma paritária e quadripartite, escolhidos por voto direto dos delegados de cada segmento na Conferência Municipal de Saúde, as representações no conselho serão assim distribuídos:

- 12 (doze) representantes de entidades de usuários do Sistema Único de Saúde;
- 6 (quatro) representantes dos trabalhadores de Saúde;
- 4 (quatro) representantes de prestadores de serviço do Sistema Único de Saúde Municipal;
- 1 (dois) representantes, indicados pela Secretaria Municipal de Saúde ;
- 1 (dois) representantes do Poder Executivo indicados pelo Prefeito Municipal.

II - a representação paritária de que trata este artigo, será realizada de forma direta junto aos delegados representantes dos segmentos, que participarão da Conferência Municipal de Saúde e ou pela apresentação pelas entidades devidamente registradas através de ofício;

III - Cada segmento representado do conselho terá um suplente, eleito na Conferência Municipal de Saúde e ou pela apresentação pelas entidades devidamente registradas através de ofício.

VI - Um mesmo segmento poderá ocupar no máximo duas vagas no Conselho Municipal de Saúde;

IV - a presidência do Conselho Municipal de Saúde será atribuída ao **conselheiro eleito** pela plenária do Conselho.

Art. 6º. A Mesa Diretora, referida no artigo 4º desta Lei será eleita diretamente pela Plenária do Conselho e será composta de:

- Presidente;
- Vice-Presidente;
- Secretário e,
- Vice-Secretário

Art. 7º. O Conselho Municipal de Saúde reger-se-á pelas seguintes disposições, no que se refere a seus membros:

I - serão indicados pelos seus respectivos segmentos e serão substituídos pelos mesmos mediante solicitação a entidade representada através da Mesa Diretora do Conselho;

II - terão seu mandato extinto, caso falem, sem prévia justificação, a 3 (três) reuniões consecutivas ou 6 (seis) intercaladas, num período de 12 (doze) meses;

III - terão mandato de 4 (quatro) anos, cabendo prorrogação ou recondução;

IV - cada entidade participante terá um suplente, conforme disposto no item III do Art. 5º desta Lei.

Parágrafo único. O exercício do mandato de membro do Conselho Municipal de Saúde não será remunerado e será considerado de alta relevância pública.

Art. 8º. Para melhor desempenho de suas funções, o Conselho Municipal de Saúde poderá recorrer a pessoas e entidades, mediante os seguintes critérios:

I - consideram-se colaboradores do Conselho Municipal, as instituições formadoras de recursos humanos para a saúde e as entidades representativas de profissionais e usuários de saúde, independentemente de sua condição de membros;

II - poderão ser convidadas pessoas ou instituições de notória especialização na área de saúde, para assessorar o Conselho em assuntos específicos;

III - poderão ser criadas comissões internas entre as instituições, entidades e membros do Conselho, para promover estudos e emitir pareceres a respeito de temas específicos.

CAPÍTULO V DO FUNCIONAMENTO E CONVOCAÇÃO

Art. 9º. O Conselho Municipal de Saúde funcionará segundo o que disciplina o seu regimento interno e terá as seguintes normas gerais:

I - o órgão de deliberação máxima será a Plenária do Conselho;

II - a Plenária do Conselho reunir-se-á ordinariamente duas vezes por mês e extraordinariamente, quando convocada pelo Presidente ou pela maioria simples de seus membros;

III - o Conselho Municipal de Saúde reunir-se-á extraordinariamente para tratar de matérias especiais ou urgentes, quando houver:

a) Convocação formal da Mesa Diretora;

b) Convocação formal de metade, mais um de seus membros titulares.

IV - cada membro do Conselho terá direito a um único voto na Plenária do Conselho;

V - as Plenárias do Conselho serão instaladas com a presença da maioria simples dos membros que deliberarão pela maioria dos votos presentes;

VI - as decisões do Conselho Municipal de Saúde serão consubstanciadas em resolução, moção ou recomendação.

VII - a Mesa Diretora do Conselho poderá deliberar "ad referendum" da Plenária do Conselho.

Art. 10º. O Conselho Municipal de Saúde convocará a cada dois anos, uma Conferência Municipal de Saúde para avaliar a política municipal de saúde, propor diretrizes de ação para o Sistema Único de Saúde e efetuar a eleição dos representantes do conselho.

CAPÍTULO VI DAS DIRETRIZES BÁSICAS DA ATUAÇÃO

Art. 11º. O Conselho Municipal de Saúde observará no exercício de suas atribuições, as seguintes diretrizes básicas e prioritárias:

I - a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a promoção da saúde, redução do risco de doenças e de outros agravos, e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção, recuperação e reabilitação.

II - integralidade de serviços de saúde, buscando promoção da saúde em toda a rede municipal, diminuindo as taxas de mortalidade infantil e aumentando a expectativa de vida.

Art. 12º. O Conselho Municipal de Saúde promoverá como órgão colegiado deliberativo e representativo, debates estimulando a participação comunitária, visando prioritariamente, a melhoria de serviços de saúde no Município.

Art. 13º. As disposições desta lei, quando necessário, serão regulamentadas pelo Poder Executivo, desde que homologadas pelo Poder Legislativo.

Art. 14º. Esta Lei, que revoga a LEI 3141 DE 10 DE JUNHO DE 1991, demais disposições em contrário, entrará em vigor na data de sua publicação.

_____, em xxxxxxxxxxxxxxxx .

Roberto Ramalho Tavares
Prefeito Municipal