

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

Joselma Maria Maranhão de Carvalho

**PERFIL DOS CONSELHEIROS MUNICIPAIS DE SAÚDE DE OLINDA:
DESCOBRINDO OS CAMINHOS**

RECIFE
2010

JOSELMA MARIA MARANHÃO DE CARVALHO

**PERFIL DOS CONSELHEIROS MUNICIPAIS DE SAÚDE DE OLINDA:
DESCOBRINDO OS CAMINHOS**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do grau de Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Orientador: Drº Sidney Feitosa Farias

RECIFE

2010

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

C331p Carvalho, Joselma Maria Maranhão de.
Perfil dos conselheiros municipais de saúde de Olinda:
descobrendo os caminhos/ Joselma Maria Maranhão de Carvalho. —
Recife: J. M. M. de Carvalho, 2010.

55 f.: il.

Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços
de Saúde) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas
Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientador: Sidney Feitosa de Farias.

1. Conselhos de Saúde. 2. Democracia. 3. Política de Saúde. I.
Farias, Sidney Feitosa de. II. Título.

CDU 614

JOSELMA MARIA MARANHÃO DE CARVALHO

**PERFIL DOS CONSELHEIROS MUNICIPAIS DE SAÚDE DE OLINDA:
DESCOBRINDO OS CAMINHOS**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do grau de Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Aprovado em: 10/11/2010

BANCA EXAMINADORA

Dr. Sidney Feitosa Farias
CPqAM / FIOCRUZ

Ms. Fabiana de Oliveira Silva Sousa
Secretaria Municipal de Saúde de Camaragibe

*Dedico este trabalho a minha família,
que me deu forças, para que eu
pudesse continuar a caminhada,
buscando realizações pessoais.*

AGRADECIMENTOS

À Deus, que tudo permite, quando é para o bem.

Ao meu orientador, Sidney, que mostrou o caminho para chegar ao fim desta jornada.

Aos Conselheiros de Saúde de Olinda, que foram a meta da minha pesquisa.

A minha irmã Ana, que sempre me deu firmeza de pensamento.

CARVALHO, Joselma Maria Maranhão. Perfil dos conselheiros municipais de saúde de Olinda: descobrindo os caminhos. 2010. Monografia (Especialização em Gestão de Sistema e Serviços de Saúde) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

RESUMO

As mudanças ocorridas nas últimas décadas no Brasil, particularmente no setor saúde, foram determinantes no quadro sanitário. Um fator relevante foi a inclusão social, inserida através dos Conselhos de Saúde. Este é um órgão colegiado que atua na formulação de estratégias políticas e no controle das políticas de saúde. A Constituição Federal de 1988 já apresentava os Conselhos Gestores de Políticas Públicas ou de Direitos como um dos focos de participação social. O objetivo geral deste trabalho foi analisar o perfil dos Conselheiros de Saúde de Olinda na execução do seu papel social e os objetivos específicos foram caracterizar o perfil dos Conselheiros de Saúde de Olinda e verificar o nível de conhecimento dos mesmos. O presente estudo utilizou como metodologia a pesquisa qualitativa e bibliográfica, tendo como referência a entrevista com aplicação de questionário semi-estruturado aos Conselheiros Municipais de Saúde de Olinda, seguida de levantamento e análise de dados. A pesquisa identificou que a falta de conhecimento técnico pode estar relacionada a dificuldades para desempenhar as atividades do Conselho, considerando o aumento da prestação de serviços de saúde pública, oferecidos aos usuários do SUS, no município de Olinda. É imprescindível que haja capacitação, em diversos temas apontados na pesquisa que vale a pena ser destacados, considerando a relevância dos mesmos para a melhoria do desempenho das funções dos Conselheiros.

Palavras Chaves: Conselho de Saúde. Democracia. Controle Social. Participação.

CARVALHO, Maria Joselma Maranhão. Profile of local health directors of Olinda: discovering the paths. 2010. Monograph (Specialization Course Management System and Health Services) - Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

ABSTRACT

The changes in recent decades in Brazil, particularly in the health sector, were decisive in healthcare context. A relevant factor was the social inclusion, inserted through the Health Councils. This is a collegial group that acts in policies formulation and strategies in the control of health policies. The Federal Constitution of 1988 already presented the Managing Councils of Public Policy and Rights as a focus of social participation. The general object is to analyze the Olinda's Health Counselors profile at the execution of their social functions and the specific objectives were to characterize their profiles and check their level of knowledge. The present study used as methodology a qualitative research and literature review, with reference to the interview with the application of semi-structured questionnaire to the Counselors of Municipal Health Olinda, followed by survey and data analysis. The research identified that the lack of technical knowledge may be related to difficulties in perform this activities at the Council, considering the increased provision of public health service offered to users of SUS in the city of Olinda. It's essential that the training, in several themes perceived at the research, happens and consider its relevance to improve Counselors obligations.

Keywords: Health Council. Democracy. Social Control. Participation.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CF	Constituição Federal
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CMSO	Conselho Municipal de Saúde de Olinda
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CS	Conselho de Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
FMSO	Fundo Municipal de Saúde de Olinda
IAPI	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários
IAP	Instituto de Previdência e Assistência
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LOPS	Lei Orgânica da Previdência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
TCG	Termo de Compromisso de Gestão
SAI	Sistema de Informações Ambulatorial
SIH	Sistema de Internação Hospitalar
SESI	Serviço Social da Indústria
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	21
2.1 Objetivo Geral	21
2.2 Objetivo Específico	21
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	22
4 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE OLINDA	24
4.1 Estrutura Populacional	24
4.2 Aspectos Socioeconômicos	24
4.3 Rede Assistencial	25
4.4 Pólos Econômicos	26
5 ASPECTOS REGIMENTAIS / NORMATIVOS DO CMSO	27
5.1 Competência do Secretário Executivo do Conselho	29
5.2 Competências do Conselho de Saúde de Olinda	29
5.3 Competência do Coordenador do CMSO	30
5.4 Competência do Vice Coordenador do CMSO	31
5.5 Competência dos Membros do CMSO	31
5.6 Disposições Gerais	31
6 DISCUSSÃO	31
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
REFERÊNCIAS	39
APÊNDICE A – Questionário	42
ANEXO A – Lei nº 4.619/88	44
ANEXO B – Regimento Interno do CMSO	48

1 INTRODUÇÃO

A saúde no Brasil passou por grandes mudanças nas últimas décadas, tendo como destaque o aumento da expectativa de vida e a redução significativa da mortalidade infantil, além da implantação de grandes programas sociais que ajudaram e continuam ajudando a concretizar as conquistas da saúde.

Durante a redemocratização, após a ditadura de Vargas, os institutos de previdência, criados na década de 1930, abrangiam associados por categorias profissionais.

No final da década de 1950 e início da década de 1960, a consolidação, a expansão de coberturas e o debate sobre a padronização dos benefícios previdenciários, levou à preservação e ao incremento da prática liberal de medicina e de hospitais privados e dos serviços médicos das empresas empregadoras. Os prestadores privados de saúde complementavam os serviços próprios ou constituíam a rede assistencial dos Institutos de Previdência e Assistência Social (IAPs). Os regulamentos dos IAPs admitiam que a assistência médica e hospitalar pudesse ser prestada diretamente ou mediante contratos ou convênios com outras entidades oficiais ou com particulares

O Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários (IAPI) adotou inicialmente, critérios securitários de atuação como limite de idade e comprovação de hígidez para seus associados, e, posteriormente, organizou uma rede de serviços de saúde.

Os industriários que representavam o maior número de segurados, eram atendidos pelos serviços médicos das fábricas, pelos serviços assistenciais do Serviço Social da Indústria (SESI) e por médicos que atendiam em seus consultórios particulares e hospitais contratados diretamente pelas empresas empregadoras.

A insuficiência da capacidade instalada dos serviços próprios para o atendimento das demandas e a opção por um atendimento diferenciado justificaram a contratação de serviços privados pelos IAPs.

Segundo Oliveira e Fleury (1985) entre 1930 e 1945, o número de segurados ativos das instituições de previdência passou de 157.486 para 2.762.822, no final desse período o número de hospitais próprios dos IAPs já chegava a quatro.

A expansão das coberturas dos IAPs e as reorientações sobre relevância da assistência médica como benefício previdenciário estimularam aquisição e

construção de serviços próprios pela maioria dos IAPs, no final da década de 1940 e início dos anos 50. Para Bastos (1979, 1986),

A contratação de prestadores privados de serviços tornou-se uma estratégia para complementar ou constituir a rede de serviços em cidades destituídas de estabelecimentos próprios. As categorias associadas aos IAPs manifestavam preferência pelos serviços privados.

Do ponto de vista da oferta de serviços, a opção pelo credenciamento de serviço privado potencializou a construção e as reformas de ampliação de hospitais particulares, nas décadas de 1950 e 1960, e as aspirações de inserção dos médicos no mercado de trabalho. Um médico poderia, com alguma facilidade, tornar-se sócio de um hospital, ser empregado de um IAP e manter seu consultório particular para o atendimento de segurados dos IAPs, trabalhadores de empresas empregadoras que mantinham esquemas assistenciais próprios e clientes particulares.

A saúde pública, ou seja, os serviços federais, estaduais e municipais, e as instituições beneficentes eram responsáveis pelo atendimento da maioria da população.

No final da década de 1950 e início da de 1960, a pauta de debates sobre a saúde, no âmbito dos IAPs, estava subordinada à polarização em torno das perspectivas de ampliação e padronização de benefícios para os segurados e pelas concepções sobre securitização dos IAPs. As polêmicas entre os defensores de uma previdência mais redistributiva e os adeptos do caráter de capitalização e proporcionalidade da relação entre contribuições e benefícios (BAHIA, 2005)

As tendências de ampliação dos planos de benefícios ou de cobertura assistencial de cada IAP, que poderiam antes ser interpretadas como resultantes das pressões de grupos específicos, confluíram para as proposições de uniformização das políticas previdenciárias na Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), aprovada em 1960. No contexto democrático do final da década de 1950, a Lops foi aprovada em meio à disputa presidencial que deu vitória à oposição liderada por Jânio Quadros. A incorporação das demandas dos segurados, resultante de uma atuação sindical mais coordenada, alargou o espectro de atuação da Previdência Social adotado por cada IAP. Os impactos da LOPS para os desdobramentos da atuação da Previdência Social são inequívocos no sentido da configuração de uma previdência unificada (BAHIA, 2005).

A modulação da assistência organizada pela Previdência, orientada pela oferta de mais e melhor para os considerados mais produtivos, marcou profundamente o ordenamento das relações entre o público no sistema de saúde brasileiro. Dois elementos essenciais à reflexão sobre organização das redes de assistência médico-hospitalar nesse período são: a tecnificação do ato médico e a elevação dos custos assistenciais e da crise econômico-financeira dos IAPs.

No final da década de 1960, os problemas decorrentes da crescente importância econômica da assistência à saúde, projetados sobre uma organização de redes assistenciais baseadas no produtor privado de serviços, já haviam se anunciado. A variação dos preços e a cobrança indevida dos procedimentos executados pelos serviços credenciados e os múltiplos vínculos dos médicos, incluindo uma alta proporção de assalariados pela própria Previdência Social, foram apontados por Gentile ainda no início da década de 1960 (MELO, 1964, 1980). A liberdade do exercício profissional justificou, também aprovação pela Câmara de Deputados em 1964 de um Projeto-de-Lei legitimando o exercício simultâneo de dois cargos públicos pelos médicos (MELO, 1964).

É importante assinalar, portanto, que algumas das características das relações entre o público e o privado na saúde entre as quais a privatização e a legitimação da segmentação das demandas – foram estabelecidas antes do golpe militar.

A unificação dos IAPs, em 1967, pelo Decreto-Lei nº 72 do regime militar, reposicionou a assistência médico-hospitalar no âmbito da Previdência Social.

As novas concepções sobre o papel da assistência médica e da própria Previdência Social do regime militar foram postas em prática. O crescimento do número de segurados e a reorientação da pauta de benefícios concedidos pelo IAPs, especialmente pelo IAPI, anteciparam e sinalizaram os rumos da assistência médica da Previdência Social após 1964 (BAHIA, 2005).

Depois da intervenção no IAPI, a Previdência Social entrou na casa de todo mundo. A assistência médica tornou-se um atrativo para a angariação de novos segurados. Segundo Correa Sobrinho (1986) a assistência médica e o auxílio natalidade eram os “benefícios basilares”, porque estariam disponíveis para os trabalhadores ativos, enquanto as aposentadorias e pensões só seriam usufruídas no futuro.

Uma outra medida adotada, logo após a unificação, visando organizar os serviços médicos para atender a expansão da demanda foi a introdução do pagamento de adicionais de produtividade aos médicos do quadro próprio dos servidores do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) para os pacientes externos e o pagamento por serviços prestados aos pacientes internos mesmos que nos hospitais próprios. Aos médicos assalariados, após atenderem um valor correspondente a seus honorários como empregados do INPS, foi franqueada a possibilidade de expandir quantidade de pacientes assistidos (BAHIA, 2005).

Na década de 1970, os benefícios previdenciários foram estendidos aos trabalhadores rurais em 1971, aos empregados domésticos em 1972 aos trabalhadores autônomos em 1973, aos maiores de 70 anos e inválidos em 1974 e os empregados rurais em 1975. Entre 1968 e 1978, o número de segurados contribuintes praticamente triplicou. Em meados desta década, os benefícios da previdência atingiam aproximadamente 78% da população urbana e o orçamento da Previdência Social representava cerca de 40% do orçamento federal (OLIVEIRA et al., 1999).

Segundo Bahia (2005), a intensificação da privatização da assistência médica hospitalar, seja por meio dos convênios com empresas ou pelo credenciamento de prestadores autônomos, gerou um conjunto de regras operacionais auto-reguladas e definidas por Portarias, ordens de serviços que normatizaram as relações entre financiamento e a prestação de serviços. Esse painel de regulação das relações entre o público e o privado foi profundamente absorvido pelas instituições públicas e privadas, delimitando fronteiras entre mercado e estado vigentes até os dias atuais.

Afirma Bahia (2005), que a partir de 1972, o INPS autorizou a expedição de atestados para justificar falta por motivo de doença pelos serviços médicos das empresas, e em 1974, a Previdência Social, no âmbito do Plano de Pronta Ação, estendeu as atribuições dos convênios. O abono dos dias não trabalhados passou a ser uma atribuição exclusiva das empresas de planos de saúde ou dos serviços médico das empresas empregadas.

Uma outra forma de contribuir, amplamente difundida e acatada, foi a montagem de sistemas de seguridade particulares, planos de saúde em geral e planos de saúde e previdência nas empresas estatais (BAHIA, 2005).

As expectativas de uma profunda reestruturação do sistema de saúde – incluindo desde a alteração das normas sobre os múltiplos vínculos dos médicos,

passando pelas mudanças na natureza institucional, composição e distribuição dos serviços de saúde até as articulações da saúde com outras políticas sociais e participação da sociedade no debate e na deliberação das políticas sociais e participação da sociedade no debate e na deliberação das políticas de saúde – transformaram-se posteriormente em pontos da agenda da Reforma Sanitária (BAHIA, 2005).

A década de 80 no Brasil, foi marcada pela nova relação entre o Estado e a sociedade, especificamente a partir do seu final, que culminou com a Constituição Federal (CF) de 1988. A conjuntura política do país na época estava demarcada por um amplo debate em torno da democracia participativa e da construção de estratégias e propostas para o desenvolvimento de políticas de governo que assegurassem a composição com a organização de um poder popular e autônomo, estruturado a partir de movimentos sociais da sociedade civil. Este novo paradigma de gestão atendia às necessidades e exigências da sociedade, democratizando o acesso do poder, garantindo a participação da população junto aos mecanismos de funcionamento do Estado, tendo em vista a reorganização de suas políticas (SILVA; ALVES, 2009).

O fortalecimento da coletividade dos movimentos sociais para o enfrentamento desses novos desafios era primordial para acompanhar esta nova forma de gestão, indicando à sociedade a necessidade de apropriação das novas tendências de gestão social, do repensar suas formas de organização e redefinição das relações entre o político, o econômico e o social (SILVA; ALVES, 2009).

Na opinião de Silva e Alves (2009), esta busca na construção de novas alternativas de gestão pública e democrática das políticas sociais apresenta, já na CF de 1988, como um dos focos de participação social e política, os Conselhos Gestores de Políticas Públicas ou de Direitos.

Como descrito por Silva e Alves (2009), os Conselhos Gestores são considerados como esferas públicas, por terem como elementos constitutivos:

- a) visibilidade Social, com total transparência das suas decisões e representação dos interesses coletivos através de seus sujeitos sociais;
- b) caráter Democrático, com ampliação dos fóruns de discussões e a interlocução pública gerando decisões coletivas;
- c) controle Social, com a possibilidade da sociedade participarem das decisões e poderem acompanhar sua implantação.

A comunidade, além de participar do controle social do Sistema Único de Saúde (SUS) através das instâncias colegiadas, a partir da Lei nº 10.507 de 10 de julho de 2002, passa a exercer o papel de auxiliar das ações e serviços públicos de saúde, propriamente ditos. Esta Lei criou a profissão de Agente Comunitário de Saúde (ACS), no âmbito do SUS, para prestação de serviços ao gestor local, o que trouxe grande progresso no campo da saúde no Brasil (RIKALLAH, 2003, p. 16).

A cidadania, por sua vez, além de ser atributo político, consistente no conjunto de direitos e deveres de participar o governo e ser ouvido, hoje também vem recebendo um alcance mais amplo, passando a abranger, também todos os direitos básicos e as correspondentes obrigações, de que são titulares todas as pessoas sujeitas às leis do Estado, sejam cidadãos, sejam nacionais, sejam estrangeiros (MELO, 2003, p. 31).

Os conselhos gestores de políticas públicas representam um dos focos de participação sócio-político. A análise das possibilidades apresentadas aos conselheiros para o cumprimento do seu papel deliberativo e fiscalizador é uma necessidade para a democratização do país.

Segundo Bonavides (apud GAVROSNSKI, 2003, p. 33):

Os quatro princípios cardeais componentes da estrutura constitucional da democracia participativa:

- o princípio da dignidade da pessoa humana:
- o princípio da soberania popular:
- o princípio da soberania nacional
- o princípio da unidade da Constituição.

Para Ferreira (2004 apud FARIAS, 2009) a CF, Lei fundamental do Estado, também chamada de Carta Magna, é o conjunto de normas supremas do ordenamento jurídico de um país. Ela regula e organiza o funcionamento do Estado, é a Lei máxima que contém normas que dizem respeito à formação dos poderes públicos, forma de governo, distribuição de competências, que limita poderes e define os direitos e deveres dos cidadãos. A CF de 1988 foi o marco regulatório fundamental na história recente do atual Sistema Nacional de Saúde brasileiro. Segundo Ribeiro (2001 apud FARIAS, 2009), a ausência de regulação resulta em insulamento das organizações, que passam a conduzir suas ações a partir de conveniências internas e não das necessidades sociais a suprir. As estratégias de regulação do seguimento definem o modelo predominante de regulação, em termos de regulação do tipo estatal normativa /ou escalonada, tripartitismo, auto-regulação contratada e auto-regulação com vários órgãos públicos envolvidos no processo regulatório.

O SUS foi regulamentado em 1990 pela Lei 8.080 e revolucionou a saúde no Brasil, tornando-a um direito de todos, garantido através de políticas públicas, econômicas e sociais, por intermédio de serviços e ações de saúde, servindo de exemplo em vários países do mundo.

Com a implantação do SUS, surgiram os Conselhos de Saúde (CS), existentes nas três esferas de governo. É um órgão colegiado, deliberativo e permanente. Tem como objetivo consolidar, fortalecer, ampliar e acelerar o processo de controle social do SUS. Os Conselhos são formados por três segmentos: representantes da população, do governo e prestadores de serviços de saúde. Eles seguem as normas da Resolução nº 333, de 04 de novembro de 2003 e da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2010).

Durante o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde (MS) adotou as Normas Operacionais Básicas (NOB) como instrumento tático para regulação do processo de descentralização, quanto à divisão das responsabilidades e da relação entre União e os estados e municípios e para definição de critérios de repasse de recursos financeiros federais para estados e municípios. Conforme Farias (2009), nos anos 1990, as edições das NOBs teve como consequência, importantes mudanças sociais, econômicas e institucionais.

A primeira NOB, emitida em 1991, deu início a uma série de normas, foi elaborada em um período de redemocratização do país, e editada no ano seguinte a Lei Orgânica da Saúde (LOS), sendo esta, responsável por criar condições privilegiadas de negociação para viabilizar a descentralização na construção do SUS. A NOB/91 teve como característica básica a transformação dos serviços de natureza pública, igualando-os àqueles de natureza privada e filantrópica, além de introduzir o relacionamento direto do MS com as Secretarias Municipais de Saúde (SMS), através de “convênios de municipalização” (BRASIL, 1991 apud FARIAS, 2009).

A NOB/92 apenas deu continuidade a NOB/91, não representando modificações significativas, definiu-se também a criação do Sistema de Informações Ambulatorial (SIA) e o Sistema de Internação Hospitalar (SIH), (BRASIL, 1992 apud FARIAS, 2009).

A NOB/93 teve como referência a IX Conferência Nacional de Saúde e foi elaborada em quadro conjuntural de sucateamento do sistema público e de

deterioração das condições de saúde, agravados pela crise enfrentada pelo governo Collor. Nesta NOB, estabeleceu-se três diferentes modalidades de gestão para os municípios: incipiente, parcial e semi-plena: além das Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Comissão Intergestores Tripartite (CIT), como foros permanentes de negociação e deliberações. Os municípios habilitados na gestão semiplena foi regulamentado pelo Decreto nº 1.232/94 (BRASIL, 1993 apud FARIAS, 2009).

A NOB 01/96, publicada pela portaria nº 2.203 teve por objetivo favorecer o desenvolvimento da função de gestor pleno do sistema de atenção à saúde para o poder público municipal e redefiniu as responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União (BRASIL, 1996 apud FARIAS, 2009).

A NOAS 01/01 teve o intuito de aperfeiçoar e consolidar o processo de descentralização no SUS. Em 2002, essa NOAS passou por algumas reformulações que originaram a NOAS 01/02 (BRASIL, 2001, 2002 apud FARIAS, 2009).

Para Farias (2009). Essa norma propôs que estados e municípios organizassem suas estruturas de controle, regulação e avaliação para garantir o acesso de seus cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando recursos disponíveis e reorganizando a assistência. Buscando a melhor alternativa em termos de impacto na saúde da população.

Esse processo de descentralização foi muito importante para a saúde pública, pois, cada gestão municipal teve a oportunidade de passar a considerar as necessidades e particularidades de cada município.

O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais pactuado entre as três esferas de gestão (União, estados e municípios) do SUS, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão. Sua implementação se dá por meio da adesão de municípios, estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG), que, renovado anualmente, substitui os anteriores processos de habilitação e estabelece metas e compromissos para cada ente da federação (BRASIL, 2010).

As transferências dos recursos também foram modificadas, passando a ser divididas em seis grandes blocos de financiamento (Atenção, Básica, Média e Alta Complexidade da Assistência, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS e Investimentos em Saúde).

O Pacto pela Saúde está estruturado em três pilas:

- a) Pacto pela vida;
- b) Pacto em defesa do SUS;
- c) Pacto de gestão (BRASIL, 2006).

O Pacto pela Saúde avança na efetivação do controle social ao determinar que os gestores das três esferas de governo assumam publicamente suas responsabilidades. Os termos de compromisso de gestão devem ser aprovados pelos respectivos conselhos de saúde e implica na qualificação dos processos de planejamento, programação e avaliação das políticas de saúde.

A atenção à saúde estará em constante monitoramento na medida em que as metas, objetivos e indicadores presentes nos termos de compromisso de gestão deverão ser avaliados anualmente.

O Pacto pela Saúde, é muito mais que um acordo entre gestores da saúde das três esferas de governo. Ele é um compromisso do Estado Brasileiro pela melhoria da qualidade de vida da população. Os Conselhos são mecanismos para o controle social e contam com parcerias importantes para sua realização, como: Ministério Público, Tribunal de Contas e Poder Legislativo.

Ao longo de sua história, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) caracterizou-se como um colegiado formado por especialistas em assuntos de saúde pública, com caráter consultivo normativo, ou seja, estabelecia normas e diretrizes técnicas assim como, sempre que convocado, emitia pareceres. Assim permaneceu com algumas modificações até 1990, quando, por meio do Decreto nº 99.438, foi criado, o novo CNS, com base nos princípios e diretrizes do SUS. Além de congrega diversos segmentos da sociedade, este novo CNS passou a ter caráter deliberativo, podendo analisar e deliberar sobre assuntos de saúde pública, via resoluções, que devem ser dadas pelo Ministério da Saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1990).

A Lei nº 8.142, de 28/12/1990, instituiu as Conferências de Saúde e os CS, estes com caráter permanente e deliberativo para atuar na formulação de estratégias e fiscalização das políticas de saúde nas esferas municipais, estaduais e federal (BRASIL, 1990b).

Existem algumas limitações para executarem as práticas participativas, como os conflitos de interesses que dificultam a vida social harmônica e equilibrada além de participação de forma associativista sem reflexão e ação das questões estruturais da sociedade, simplesmente atrelada ao poder público.

Uma verdadeira participação pressupõe uma mudança na estrutura do poder, de forma a possibilitar a construção de novos sujeitos políticos.

O maior desafio imposto a administração municipal é a de garantir um real poder de interferência da sociedade no controle das ações de saúde.

A democratização do setor saúde, através dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS), exige a transferência efetiva das decisões para o conjunto dos segmentos envolvidos. Esse processo é mais fácil de acontecer no âmbito municipal porque nesta esfera existem condições de identificar os atores e grupos sociais, facilitando a demarcação dos conflitos.

Na opinião de Rizkallah (2003, p. 22) “A plenitude democrática só é alcançada na realidade quando a sociedade civil for mais organizada, permitindo assim uma participação comunitária mais qualificada e atuante. Além disso, uma conscientização maior da classe política é indispensável”.

Na saúde existem fortes grupos de pressão (prestadores privados de serviços, produtores de bens e equipamentos materiais e medicamentos, entre outros) que influenciam de forma determinante no modelo assistencial privatista.

O Brasil é um país grande, complexo e com profundas diferenças econômicas, sociais, culturais, demográficas e sanitárias dentre as cinco regiões. Por isso é importante a descentralização da saúde.

O termo Participação Cidadã e Controle Social ganhou designação pluralista, que inspirou as formas mais recentes do controle do Estado pela sociedade, “Na Reforma Sanitária Brasileira, essa noção ganhou um peso muito grande” lembra “significando a ação organizada dos diversos segmentos da população na formulação das políticas e na decisão pública”. Na prática, o controle social na saúde abrange todos os mecanismos que, de alguma forma, controlam, interferem e fiscalizam as decisões dos governos no setor. Os conselhos e as conferências de saúde são os braços mais conhecidos do controle social, mas o processo ainda abarca iniciativas de caráter coletivo e individual, como conselhos locais ou conselhos gestores, fóruns de trabalhadores, Ministério Público, ouvidorias, gestão participativa, pressão popular sobre o Congresso, entre outras (DOMINGUEZ, 2007).

Atualmente a população brasileira sabe e reconhece a importância do SUS para à efetivação do direito humano á saúde. Não há como ignorar os dados se não fosse a mobilização popular com o apoio técnico e político de profissionais. E a organização e a luta popular que fazem a diferença no Brasil.

A estruturação dos Conselhos de Saúde é fundamental para o seu bom funcionamento, para isso devem ser constituídos de alguns mecanismos como as plenárias ou assembléias, Diretoria ou Secretaria Executiva e comissões ou Câmaras Temáticas que, de acordo com a área do Conselho, tratarão de temas de suas especificidades. “Os Conselhos de Saúde, na verdade, são expressões institucionais de um processo mais amplo de reordenamento das relações Estado-sociedade, impulsionado por forças e fatores tanto endógenos quanto exógenos ao aparelho do Estado” (CARVALHO, 1998, p. 23).

De acordo com Batista (2007, p. 20), “O Controle Social é um projeto em construção, veremos que esta idéia é atual, pois está sempre em busca de melhorias”

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar o perfil dos Conselheiros de Saúde de Olinda na execução do seu papel social.

2.2 Objetivos Específicos

- a) Caracterizar o perfil dos Conselheiros de Saúde de Olinda;
- b) Verificar o nível de conhecimento dos Conselheiros de Saúde do Município de Olinda.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O presente estudo utilizou como metodologia a pesquisa qualitativa e bibliográfica, tendo como referência a entrevista com aplicação de questionário semi-estruturado aos Conselheiros Municipais de Saúde de Olinda.

O CMSO foi selecionado para o estudo, considerando que, em um dos encontros trimestrais para Prestação de Contas Financeira, junto aos CMSO, foi feita por parte da autora, a alusão de que, dada a importância e relevância desse Conselho, seria interessante apresentar neste trabalho monográfico um tema ligado ao mesmo. A idéia do tema abordado com os membros do CMSO foi imediatamente aceita e poderá contribuir com o levantamento das reais necessidades para desempenho eficiente das atividades que é a principal problematização do CMSO de Saúde, bem como as alternativas possíveis para resolução dos problemas apontados.

Entrevista semi-estruturada é aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante. Desta maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha do seu pensamento e de suas experiências, dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar do conteúdo da pesquisa (TRIVIÑOS, 1987 apud MESQUITA, 2003, p. 23).

No desenvolvimento das entrevistas abordamos: definições, disposições gerais, objetivos, Lei de criação, organização, estrutura, funcionamento e competência dos CS.

O estudo foi norteado pelos princípios éticos estabelecidos pelo Comitê de Ética do Aggeu Magalhães.

“O estudo descritivo pretende descrever com exatidão os fatos e os fenômenos de determinada realidade. Na abordagem qualitativa, significado é a preocupação essencial” (TRIVIÑOS, 1987 apud MESQUITA, 2003, p. 22).

“A abordagem qualitativa de um problema, além de ser uma opção do entrevistador, justifica-se, sobretudo, por ser uma forma adequada para atender a natureza de um fenômeno social” (RICHARDSON, 1999 apud MESQUITA, 2003, p. 22).

Foi utilizado como instrumento para coleta de dados um questionário fechado, do tipo semi-estruturado, elaborado especificamente para este estudo. A 1ª parte foi composta de 6 perguntas fechadas, e teve a finalidade de caracterizar os

conselheiros nos seus aspectos social e segmentos ao qual pertencem. A 2ª parte foi composta de 3 perguntas fechadas que identificou o grau de capacidade para desempenho do cargo e a 3ª parte foi composta de 3 perguntas, que destacou as perspectivas e dificuldades para desempenho das atividades exercidas pelos conselheiros.

O material utilizado durante a aplicação do questionário foi papel ofício, onde estava impresso o questionário, e caneta.

A coleta de dados foi feita pela autora do estudo, através da aplicação de questionário com todos os conselheiros em sessão ordinária, na sede do CMSO, em dia e hora marcada pelo referido órgão, com esta finalidade.

Os dados foram analisados a partir do recolhimento do questionário, sendo repassados para tabelas, montadas no *windows* e transformados em percentuais. Depois, esses resultados foram transcritos e esclarecidos em relatório, o qual descreveu a realidade encontrada, atingindo os objetivos específicos da pesquisa e concluiu-se os objetivos específico da pesquisa e identificando a problemática apontada no projeto.

O perfil dos conselheiros nos mostrou qual o grau de conhecimento dos Conselheiros sendo analisado com base no entendimento do papel dos mesmos e na legislação que regula os FMS e os CS e nas perspectivas foram consideradas as opiniões dos Conselheiros, destacando o que faltava para eles se sentirem mais seguros e capacitados.

4 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE OLINDA

O Município de Olinda possui uma área geográfica de 40,83 Km² e situa-se na Região metropolitana do Recife, estado de Pernambuco, região Nordeste do Brasil. Limita-se ao Norte com município de Paulista, ao Sul com Recife, ao Leste com o oceano Atlântico, ao Oeste com Paulista e Recife. Configura-se como o menor município em extensão territorial e terceiro maior em porte populacional da Região Metropolitana do Recife.

O território de Olinda é subdividido, segundo a lei nº 5161/99, em 31 barros e mais a zona rural. Para efeito de planejamento e gestão, o município também é dividido espacialmente em 10 Regiões Político-Administrativa (RPA) que se distribuem uniformemente em 2 Distritos Sanitários.

4.1 Estrutura Populacional

O Censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2000 registrou uma população estimada para 2009 de 397.266 habitantes, perfazendo uma densidade demográfica de 9.029 habitantes/ km².

As faixas etárias predominantes na população de Olinda são as de pessoas mais jovens. As faixas de 10 a 29 anos representam 35,4%, da população olindense e a população idosa 10,4%.

Considerando a distribuição geográfica no território de Olinda, percebe-se que há uma heterogeneidade de ocupação. Os bairros com maior número de habitantes são Rio Doce, Peixinhos e Jardim Atlântico. Entre os menos habitados destacam-se Amparo, Carmo e São Benedito.

4.2 Aspectos Socioeconômicos

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do Município de Olinda é de 0,792 o que o faz ocupar a quarta posição no ranking do Estado.

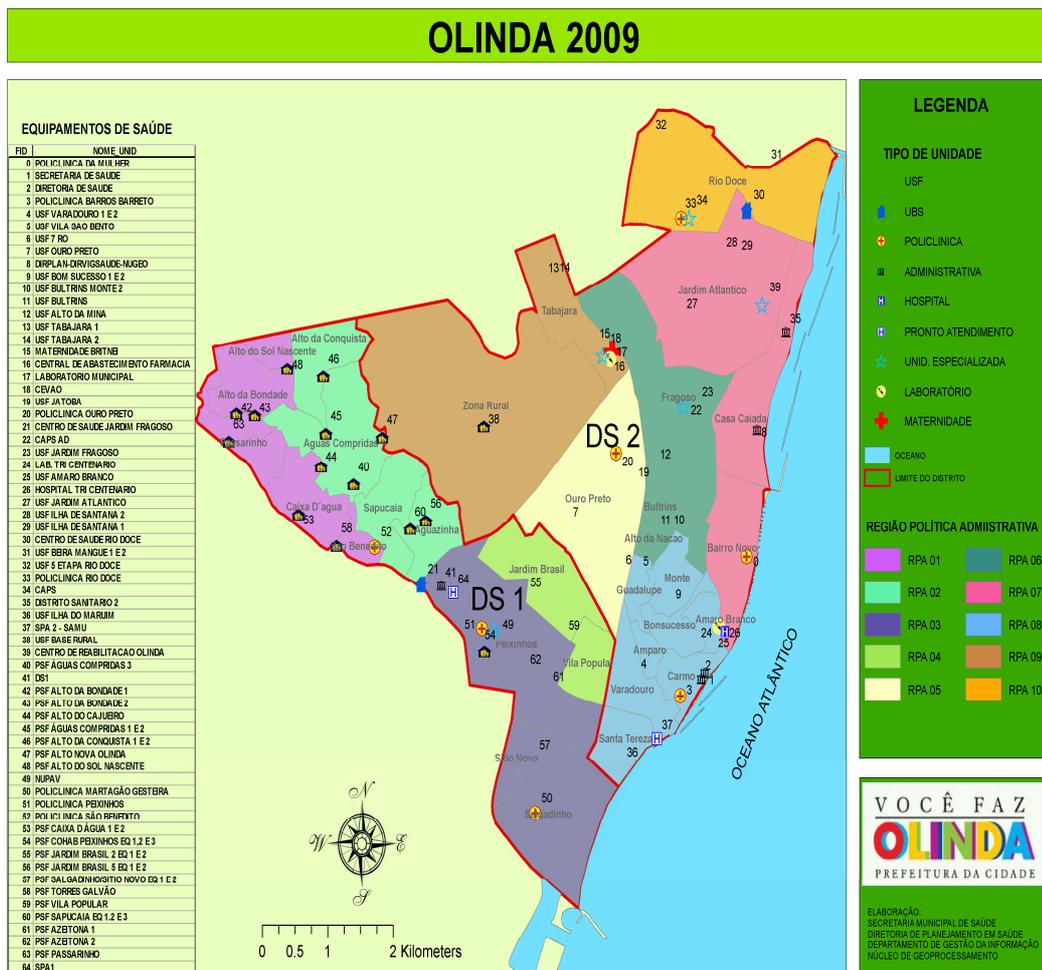
O abastecimento de água no município, no ano de 2000, observa-se que a grande maioria da população usufrui da rede geral de abastecimento (93,7%) e 3,9% da população faz uso da água advinda de poços ou de nascentes localizados nas propriedades.

Os bairros que possuem maiores proporções de domicílios ligados à rede geral de abastecimento de água são; Carmo, Amparo, Bonsucesso, Alto do Sol Nascente e São Benedito.

No que diz respeito às instalações sanitárias, os dados do Censo 2000 revelam que 35,8% dos moradores de Olinda residem em domicílios ligados à rede geral de esgoto. Destaca-se que 34.6% dos olindenses ainda fazem uso de fossas rudimentares em suas casas.

Com relação ao destino do lixo, 86,7% da população de Olinda conta com o sistema de coleta realizado por algum tipo de serviço de limpeza, o restante da população (13,4%), realiza a queima ou enterro do lixo na propriedade ou ainda despejam em terrenos baldios, ruas, rios, lagos ou no mar.

4.3 Rede Assistencial



Mapa 1- Rede Assistencial de Olinda.
Fonte: Olinda (2009).

4.4 Pólos Econômicos

Alguns pólos econômicos têm se desenvolvido no município, sendo mais expressivos:

- a) -Pólo médico: trecho urbano entre a Avenida Carlos de Lima Cavalcanti e Avenida Getúlio Vargas, estendendo-se até o início da Avenida José Augusto Moreira, concentrando diversos serviços médicos, constituem-se num embrião de um Pólo Médico. O município já dispõe de uma rede de saúde privada que congrega: 506 leitos, 6 unidades de complementação diagnóstica/terapêutica, 14 ambulatórios e inúmeras clínicas e consultórios médicos;
- b) Pólo gastronômico: a orla marítima além de constituir importante alternativa de lazer para a população e para os turistas ávidos de sol e mar, apresenta num particular trecho situado entre os Milagres e a Praça do quartel, em Bairro Novo, excelente potencial para o desenvolvimento de um pólo gastronômico apoiado com a implantação de estabelecimentos;
- c) Turismo Cultural: Olinda é considerada desde 1997, pela EMBRATUR, cidade de interesse turístico contando com um conjunto urbano situado na colina histórica, entremeado por vários monumentos arquitetônicos incluindo igrejas, mosteiros, conventos, museus, mercados e o próprio casario que induz ao deslumbramento do visitante.

Essas áreas com suas atividades específicas e mais o setor de indústria com 374 empresas, respondem por 73% da atividade econômica do município. Discriminando melhor, temos os seguintes percentuais: indústria (20%), comércio (18%), serviços (26%), social (13%), outros (27%).

A maior parte da população ativa desloca-se para exercer atividades nas cidades circunvizinhas, principalmente na capital, caracterizando-se o município como “cidade dormitório”.

5 ASPECTOS REGIMENTAIS / NORMATIVOS DO CMSO

O CMSO foi criado pela Lei Municipal nº 4.619 de 18 de fevereiro de 1988 e reestruturado pela Lei nº 5.276 de 14 de setembro de 2001 é um órgão deliberativo, normativo, fiscalizador e consultivo, de caráter permanente e de composição paritária do SUS no âmbito da Política Municipal de Saúde.

O Conselho deve observar na sua composição, organização e funcionamento o contido no Capítulo II, Seção I e II da Lei nº 5.26 de 14 setembro de 2001, onde não deverá conter menos de 10 (dez) e não mais que 20 (vinte) membros escolhidos entre os representantes dos usuários, profissionais de saúde, do governo e prestadores de serviço de saúde, sendo:

- a) 50% de sua representação total, representantes dos usuários de saúde;
- b) 25% de representantes dos trabalhadores em saúde;
- c) 25% de representantes do governo e prestadores de serviços de saúde.

A alteração do número de membros do CMSO, far-se-á, conforme o inciso IX, do Capítulo que trata da organização dos CS, Terceira Diretriz, da Resolução nº 333, de 04 de novembro de 2003.

Os representantes dos usuários serão eleitos em Assembleia Geral convocada pelo CMSO especificamente para este fim. Os representantes dos trabalhadores da saúde serão eleitos em Assembleia Geral convocada pelo CMSO e os representantes do governo e dos prestadores do serviço de saúde serão indicados oficialmente por suas instituições. A cada conselheiro titular corresponderá um suplente.

Em caso de renúncia de mandato por parte de entidade representante de usuário, trabalhadores bem como as instituições (gestores e prestadores de serviço) a plenária do Conselho deliberará sobre a sua substituição, na primeira reunião ordinária, após formalização da renúncia, até que sejam realizadas novas eleições na forma da Lei.

Os conselheiros terão mandato de dois anos com direito a uma reeleição conforme a Resolução nº 333.

As sessões ordinárias e extraordinárias devem ter a presença dos respectivos conselheiros. O conselheiro que faltar sem justificativa por escrito a 03 (três) sessões ordinárias consecutivas ou alternadas será obrigatoriamente substituído por

seu respectivo suplente após a apreciação da Coordenação, cabendo recursos ao pleno do conselho.

A coordenação do Conselho deve ser eleita a cada dois anos, e será eleito pela coordenação, respeitando o processo de rodízio dos segmentos podendo ser reeleito para mais um mandato conforme dispõe a Resolução nº 333.

A Plenária do CMSO é a instância máxima deliberativa configurada pela reunião ordinária e/ou extraordinária de seus membros.

O CMSO reuni-se mensalmente, sempre nas segundas quintas-feiras úteis de cada mês, pela manhã, e as Reuniões Extraordinárias, quando necessárias, serão convocadas pela coordenação (presidente) ou a pedido da maioria simples dos seus membros, através de ofício encaminhado à secretária do Conselho, sempre com antecedência mínima de 72 (setenta e duas horas). As pautas das reuniões ordinárias serão fechadas e disponíveis aos conselheiros, 72 horas antes da data da reunião.

Para a realização das Sessões Plenárias do CMSO, deverão ser obedecidos os seguintes procedimentos:

- a) Reuniões Ordinárias: serão convocadas em única chamada devendo suas instalações se dar unicamente através do quorum mínimo de 50% + 1 dos conselheiros presentes;
- b) Reuniões Extraordinárias: serão convocadas em duas camadas, a primeira chamada, com até 30 minutos de tolerância, acontecerá com o mesmo quorum da reunião ordinária; a segunda chamada acontecerá após os 30 minutos do horário estipulado para o início da reunião, sendo instalados com o quorum mínimo de 25% dos Conselheiros titulares presentes.

Em ambas as reuniões o Conselho deliberará por maioria simples dos presentes.

Cada membro do CMSO terá direito a um único voto na sessão plenária. O conselheiro suplente assumirá titularidade, após a verificação do quorum, com direito a voto, independente da posterior presença do titular. Todos os participantes presentes à plenária do Conselho terão direito à voz.

O CMSO poderá criar Comissões Temáticas, quantas necessárias, com o objetivo de acompanhar, identificar possíveis irregularidades e colaborar com o processo administrativo no âmbito geral da Política de Saúde, com vistas ao pleno funcionamento. As comissões serão constituídas por conselheiros titulares e

suplentes, garantindo a participação paritária dos segmentos representados. As comissões poderão solicitar o apoio técnico, quando necessário. As comissões ou grupos de trabalho elegerão o coordenador entre seus membros.

O Secretário Executivo do CMSO será indicado pelo Secretário Municipal de Saúde de Olinda, sendo seu nome apreciado pelo Plenário do CMSO.

5.1 Competência do Secretário Executivo do Conselho

- a) Participar das reuniões ordinárias e extraordinárias do Conselho, elaborando as atas das reuniões e o registro das freqüências;
- b) Manter atualizada a documentação do CMSO;
- c) Manter os conselheiros informados das reuniões ordinárias e extraordinárias e das pautas a serem discutidas, bem como dos demais assuntos e publicações de interesse do CMSO;
- d) Expedir, receber e arquivar documentos do Conselho;
- e) Preparar e controlar a publicação no Diário Oficial do Município de todas as decisões e resoluções necessárias proferidas pelo CMSO;
- f) Desempenhar outras atribuições que lhe forem conferidas.

5.2 Competências do Conselho de Saúde de Olinda

- a) Definir as prioridades da Política de Saúde Municipal, em consonância com as de nível Federal e Estadual, com base nas necessidades da população, identificadas junto aos Conselheiros Gestores de Saúde, priorizando aquelas de maior gravidade para a população;
- b) Estabelecer, analisar e deliberar sobre as diretrizes a serem observadas na elaboração do Plano Municipal de Saúde;
- c) Estimular, orientar e fortalecer os Conselheiros de Saúde de Unidade, bem como implanta-los em áreas onde não existam os mesmos;
- d) Difundir as informações sobre as Políticas de Saúde com participação das instituições na discussão;
- e) Estimular a participação das comunidades, no levantamento das necessidades propostos de solução, a fiscalização e avaliação das ações de saúde desenvolvidas no município;

- f) Exigir que as proposições aprovadas nas Conferências Municipais de Saúde sejam interadas e implementadas através do Plano Municipal de Saúde;
- g) Estimular e orientar a adoção de uma política de Recursos Humanos adequados as aspirações e necessidades da comunidade de acordo com a realidade sanitária;
- h) Analisar e emitir parecer sobre os processos de ampliação de serviços da rede física de interesse da saúde no âmbito do município;
- i) Atuar na formulação de estratégias e no controle da execução financeira e orçamentária do Fundo Municipal de Saúde, acompanhando e controlando a movimentação e o destino dos recursos;
- j) Acompanhar avaliar e fiscalizar os serviços de saúde prestados à população pelos órgãos e entidades pública e privadas integrante do SUS no município;
- k) Definir critérios de qualidade de funcionamento dos serviços de saúde pública e privada no âmbito do SUS;
- l) Definir critérios para celebração de contratos e convênios referidos no inciso anterior;
- m) Propor diretrizes, junto ao gestor, quanto à localização e o tipo de unidades prestadoras de serviços de saúde públicos e privados, no âmbito do SUS;
- n) Priorizar o investimento na rede pública dos serviços de saúde de Olinda e Região Metropolitana, utilizando os serviços da rede filantrópica e privada, apenas como complementar e após justificativa e apreciação do Conselho Municipal de saúde;
- o) Elaborar seu Regimento Interno, que só poderá ser modificado com convocação de dois terços dos conselheiros;
- p) Convocar, a Conferência Municipal de Saúde de Acordo com o disposto n Lei nº 5.276/2001, Capítulo III, artigo 12.

Outras atribuições estabelecidas pela Lei Orgânica de Saúde (Lei 8.080 d 19/09/90) e pelas Conferências de Saúde (Lei 8.142 de 28/12/90).

5.3 Competência do Coordenador do CMSO

- a) Presidir as reuniões ordinárias e extraordinárias do CMSO;
- b) Tomar parte nas discussões da Plenária do Conselho e só exercer o voto em caso de desempate “o voto minerva”;

- c) Autorizar, depois de ouvida a plenária, faltas, impedimentos, afastamentos e licenças dos demais Conselheiros;
- d) Delegar competências, desde que submetidas e aprovadas pela Plenária do Conselho;
- e) Assinar e divulgar a Resoluções do CMSO.

5.4 Competência do Vice Coordenador do CMSO

Ao Vice Coordenador compete:

- a) Auxiliar o coordenador no cumprimento de suas atribuições;
- b) Exercer as atribuições que lhe forem conferidas pela Plenária do Conselho;
- c) Substituir o coordenador nos seus impedimentos e ausências.

5.5 Competência dos Membros do CMSO

Aos membros do CMSO compete:

- a) Comparecer às reuniões ordinárias e extraordinárias, apreciar, discutir, propor e fazer cumprir as decisões do Conselho;
- b) Cumprir as normas previstas na legislação do SUS no tocante a garantir o fortalecimento do Controle social;
- c) Propor a criação de comissões e grupos de trabalho, participando dos mesmos, indicando nomes para a sua composição;
- d) Requerer votação de matéria, em regime de urgência;
- e) Cumprir e zelar pelo cumprimento deste Regimento.

5.6 Disposições Gerais

Os membros do CMSO terão sua função considerada como serviço público relevante, não fazendo jus a remuneração de espécie alguma ou jeton, pelo exercício da função de Conselheiro.

Será garantida a dispensa das atribuições profissionais de todos os Conselheiros, titulares e suplentes, em exercício efetivo, durante o período de seu mandato, quando convocados pelo Conselho Municipal de Saúde, conforme item X da Terceira Diretriz – Resolução nº 333.

Será permitido ao Conselheiro Municipal de Saúde, representante do segmento trabalhador a permanência no setor de trabalho, bem como a estabilidade do seu contrato durante o período do seu mandato de conselheiro. Cabendo à Coordenação do Conselho Municipal monitorá-los para que estes, em nenhuma hipótese, possam utilizar-se deste benefício com condutas que venha denegrir a imagem do Conselho.

Será garantido ao CMSO a autonomia para elaborar seu Planejamento Orçamentário anual, Quarta Diretriz, Resolução nº 333, de 4 de novembro de 2003, contemplando todas as suas necessidades e, por conseguinte, assegurando o recebimento do devido repasse monetário da Diretoria Financeira do Município

O orçamento do conselho municipal de saúde será gerenciado pelo próprio conselho (Resolução nº 333 de 4/11/2003).

À comissão de finanças do conselho compete elencar os elementos de despesa e definir as prioridades sob a apreciação, discussão e aprovação do pleno, buscando sempre atingir a máxima funcionalidade da estrutura interna do conselho.

Os casos omissos ao Regimento são resolvidos por deliberação da maioria absoluta dos membros do CMSO.

Portanto, a organização do CMSO foi normatizado em conformidade com as orientações da política de saúde brasileira para responder os desafios da realidade local.

6 DISCUSSÃO

A composição total do CMSO obedece ao critério de paridade da Lei 8.142/90. Tal composição atende às deliberações da IX Conferência Nacional de Saúde / 92 e às recomendações da Resolução do Conselho Nacional de Saúde 33/92.

A apuração dos dados levou em consideração o interesse dos 22 conselheiros presentes no dia da aplicação do questionário, na sua maioria usuários. Embora, o CMSO seja representado por 20 conselheiros titulares e 20 suplentes, no dia da aplicação a representação estava formada por 12 usuários, 9 trabalhadores e 1 gestor, ficando desta forma alterado o projeto que indicava o preenchimento do mesmo pelos 20 titulares.

a) Caracterização dos Conselheiros

Tabela 1 – Distribuição das características sócio-demográficas dos conselheiros do CMSO, 2010.

(continua)

ASPECTO	Nº	%
Segmento		
Usuário	12	55
Trabalhado	9	41
Gestor	1	4
Total	22	100
Idade (em anos)		
20 - 30	3	14
31 – 40	3	14
41 - 50	5	23
51 - 60	5	23
Acima de 61	6	26
Total	22	100
Sexo		
Feminino	16	73
Masculino	6	27
Total	22	100

Tabela 1 – Distribuição das características sócio-demográficas dos conselheiros do CMSO, 2010.

ASPECTO	Nº	(conclusão)
		%
Grau de Instrução		
Alfabetizado	1	5
Médio	14	63
Superior	5	23
Outros	2	9
Total	22	100
Já foi Conselheiro antes?		
Sim	11	50
Não	11	50
Total	22	100
Tem alguma ocupação?		
Sim	18	82
Não	4	18
Total	22	100

Fonte: questionário aplicado pela autora.

Observou-se que a maioria dos 22 conselheiros são usuários. Há um elevado número de conselheiros na faixa etária superior a 50 anos de idade, são quase 50%. 73% (setenta e três) do sexo feminino. Grande parte dos conselheiros, 63% (sessenta e três) possuem nível médio e apenas 9% (nove) possuem outros títulos acima do nível superior. Existe proporcionalidade de 50% (cinquenta) entre os conselheiros com experiência e sem experiência, sendo um fato positivo se considerarmos a possibilidade de troca de experiências. 82% (oitenta e dois) tem alguma tipo de ocupação profissional, sendo que 36% (trinta e seis) trabalham diretamente na área de saúde.

Tabela 2 - Levantamento do Grau de Conhecimento dos Conselheiros do CMSO, 2010.

ASPECTO	Nº	(continua)
		%
Você recebeu alguma capacitação dentro do Conselho de Saúde?		
Sim	11	50
Não	11	50
Total	22	100
Associe a Lei ao assunto ao qual se refere:		
Acerto de 100%	7	32
Acerto de 75%	1	4
Acerto de 50%	4	18
Acerto de 25%	1	5
Erro 100%	6	27
Branco	3	14
Total	22	100

Tabela 2 - Levantamento do Grau de Conhecimento dos Conselheiros do CMSO, 2010.

ASPECTO	(conclusão)	
	Nº	%
A EC 29/2000 fixa percentuais mínimos de repasse, pelo município e pelo estado, para saúde, respectivamente em:		
Corretas	7	32
Erradas	11	50
Branco	4	18
Total	22	100

Fonte: questionário aplicado pela autora.

Os índices apontam que os conselheiros que já haviam sido conselheiros em outras gestões tinham recebido capacitação, enquanto os que estavam sendo conselheiros pela 1ª vez, estão exercendo efetivamente o cargo sem receber qualquer tipo de capacitação ou preparo técnico.

Quanto ao conhecimento das Leis mais relevantes com os temas abordados e o desempenho das atividades do conselho, apenas 32% (trinta e dois) dos conselheiros tem domínio total das Leis, com acerto de 100% (cem), sendo acertada por 3 usuários e 4 trabalhadores, 27% (vinte e sete) tiveram erro de 100% (cem) e 14% (quatorze) deixaram em branco.

Foi perguntado de acordo com a EC 29/2000, qual o índice mínimo de repasse do município e do estado? O nº de acerto ficou em 32% (trinta e dois), tendo sido respondido por 4 trabalhadores e 3 usuários, 50% (cinquenta) de erro e 18% (dezoito) em branco.

Verificou-se que os 32% (trinta e dois) que acertaram a questão referente a EC 2000 são os mesmo que conhecem as 4 leis relacionadas com os temas debatidos no dia-a-dia do conselho.

Considerando a soma do nº de questões erradas mais o nº de questões em branco, supera em muito o nº de acertos que foi em ambas as perguntas de 32%, ficando evidenciado que o índice de acerto esta diretamente ligado as pessoas que já haviam sido conselheiras antes e que já haviam recebido capacitação, mesmo que para elas estas capacitações recebidas ainda sejam insuficientes para um bom desempenho das atividades desenvolvidas pelos conselheiros.

A falta de conhecimento das leis, motivo da necessidade de capacitação, também já era citado na Revista Radis, nº 53, de 2007, quando Moraes (apud DOMINGUEZ, 2007) dizia que os Conselhos Estaduais e Municipais não tem

treinamento sobre assuntos de finanças, Mesquita (2003), na sua monografia sobre o Conselho do Município de Pau dos Ferros- RN, reforça a necessidade de capacitação dos conselheiros como forma de obterem informações e conhecimentos para se posicionarem sobre as questões que dizem respeito à saúde e possam fazer reivindicações.

Tabela 3 - Levantamento das Perspectivas dos Conselheiros do CMSO, 2010.

ASPECTOS	N	%
Qual o seu papel dentro do Conselho?		
Fiscalizar	9	41
Defender o controle social	1	5
Representar o usuário	2	9
Adquirir conhecimento sobre saúde	1	5
Branco	2	9
Outros	7	31
Total	22	100
Quais os temas que você gostaria que fossem abordados nas capacitações?		
Pacto pela Saúde	15	27
Lei 8.080	8	15
Lei 4.320	5	9
EC 29/2000	14	26
Lei 8.666	8	15
Outros:		
Educação permanente	1	2
Questões sobre agentes de endemias	1	2
Relatório de Gestão	1	2
Instruções Normativas	1	2
total	54	100
Quais as principais dificuldades encontradas, para desenvolverem as atividades do conselho?		
Espaço Físico	11	29
Falta de conhecimento técnico	12	32
Falta de apoio das comunidades	8	21
Estrutura de funcionamento interno inadequada, quanto distribuição das tarefas	1	3
Outros:		
Participação/presença maior do governo	1	3
Mais dedicação dos conselheiros	1	3
Maior participação entre todos os segmentos bem como, com a Secretaria	1	3
Maior compromisso dos conselheiros	1	3
Nenhum problema	1	3
Total	57	100

Fonte: Questionário aplicado pela autora.

Quanto ao seu papel dentro do conselho, 41% (quarenta e um) responderam fiscalizar e 31% (trinta e um) responderam outros, e por último, empatando, 9% (nove) responderam representar o usuário e outros 9% deixaram em branco.

Dentre os temas que gostariam de receber capacitação, os temas mais destacados foram o Pacto pela Saúde 27% (vinte e sete), a EC 29/2000 com 26% (vinte e seis) e por último a Lei 8.666 com 15% (quinze).

Para os conselheiros, as maiores dificuldades encontrada para desenvolverem as atividades é a falta de conhecimento técnico, com 32%, em seguida espaço físico 29% e por último a falta de apoio das comunidades 21%.

Chamou à atenção na 1ª questão (qual o seu papel dentro do conselho) que houve respostas em branco, podendo demonstrar que nem todos os conselheiros estão preparados para “vestir a camisa” do controle social.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa constatou que a falta de conhecimento técnico pode estar relacionada a dificuldades para desempenhar as atividades do Conselho, considerando o aumento da prestação de Serviços de Saúde Pública, oferecido aos usuários do SUS, no município de Olinda.

É imprescindível que haja capacitação, em diversos temas apontados na pesquisa que vale a pena ser destacados, considerando a relevância dos mesmos para a melhoria do desempenho das funções dos Conselheiros. Sendo eles:

- a) -O Pacto pela Saúde;
- b) EC nº 29/2000;
- c) Lei nº 8.080;
- d) Lei nº 8.666;
- e) Lei nº 4.320;
- f) Educação Permanente;
- g) Questões sobre Agentes de Endemias;
- h) Relatório de Gestão;
- i) Instruções Normativas;

Para um melhor aproveitamento e eficácia das capacitações, considera-se também necessário a aquisição ou definição de um espaço físico próprio para a sede do CMSO e um trabalho de conscientização junto as comunidades, quanto a necessidade de *Feedback* de interação, objetivando alcançar melhorias na qualidade de vida da população considerando o apontamento no questionário da falta de apoio das comunidades.

Por último, sugerimos a divisão dos conselheiros em grupos temáticos, para que dessa forma possam trabalhar mais direcionadamente dentro de cada temática, favorecendo o aprofundamento da capacitação recebida de acordo com o papel específico de cada grupo, podendo também, fazer rodízios periódicos como forma de aprendizagem geral e troca de experiências.

Destacamos ainda, que antes da posse definitiva, cada conselheiro receba o mínimo de capacitação necessária para o entendimento do funcionamento do conselho e suas atribuições.

REFERÊNCIAS

BAHIA, L. O SUS os desafios do direito à saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. In: LIMA, N. T. et al. (Org.). Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. cap. 13, p. 407- 447.

BATISTA, F. Jr. O controle social é um projeto em construção. Revista RADIS: comunicação em saúde, Rio de Janeiro, n. 53, p. 20-21, jan. 2007.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília, DF, 1990a. Disponível em: <[www.scribd.co/.../Lei 8.080/90-diretrizes_do_SUS](http://www.scribd.co/.../Lei_8.080/90-diretrizes_do_SUS)>. Acesso em: 26 abr. 2010.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Brasília, DF, 1990b. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/8.142.htm>. Acesso em: 26 abr. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho de saúde. Disponível em: <<http://www.portaleducacao.com.br/farmacia/artigos/6912/conselho-de-saude>>. Acesso em: 22 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Introdução. In: _____. Sistema de planejamento do sus: uma construção coletiva. Organização Coletiva. Brasília, DF, 2006. p. 11-19.

BRASIL. Ministério da Saúde. Série pactos pela saúde. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br?dab/serie_pactos.php>. Acesso em: 8 set. 2010.

CARVALHO, A. I. Os conselhos de saúde, participação social e reforma do estado. Ciência & saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 23–25, 1998.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº 333, 4 novembro de 2003. Brasília, DF, 2003. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/resolucao_333.pdf>. Acesso em: 26 de abril. 2010.

COSTA, E. O ministério público na efetivação do controle social no Sistema Único de Saúde: contribuições práticas a partir da experiência mineira (Araguaia). 2002. Monografia (Curso de Especialização à Distância em Direito Sanitário) - Faculdade de Direito, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2002.

DOMINGUEZ, B. C. A gestão autoritária cede espaço, pouco a pouco, à práxis democrática. Revista RADIS: comunicação em saúde, Rio de Janeiro, n. 53, p. 12-19, jan. 2007.

FARIAS, S. F. Interesse estruturais a regulação da assistência médico-hospitalar. 2009. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.

GAVRONSKI, A. A. A participação da comunidade como diretriz do SUS: democracia participativa e controle social. 2003. Monografia (Curso de Especialização à distância em Direito Sanitário) – Faculdade de Direito, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2003.

HOCKMAN, G. et al. Políticas públicas no Brasil. 20. ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.

MELO, J. V. A falta de homologação das decisões do conselho de saúde: implicações. 2003. Monografia (Curso de Especialização à Distância em Direito Sanitário) – Faculdade de Direito, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2003.

MESQUITA, M. T. S. A percepção dos conselheiros do Município de Pau dos Ferros sobre a sua atuação no Conselho Municipal de Saúde. 2003. Monografia (Especialização de Equipes de Gestores dos Sistemas e Serviços de Saúde) - Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2003.

OLINDA. Lei nº 4.619, de 18 fevereiro de 1988 e reestruturado pela Lei nº 5.276 de 14 setembro de 2001. Criação do conselho municipal de saúde. Olinda, 2008.

OLINDA. Secretaria de Saúde. Plano municipal de saúde 2010-2013 proposto para a 9ª Conferência Municipal de Saúde. Olinda, 2009.

OLINDA. Secretaria de Saúde. Relatório anual de gestão 2009. Olinda, 2010.

RIZKALLAH, C. B. N. O direito à saúde e o ministério público. 2003. Monografia (Curso de Especialização à Distância em Direito Sanitário) - Faculdade de Direito, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2003.

RIZKALLAH, E. J. As implicações jurídicas do controle social sobre a aplicação das verbas da saúde. 2003. Monografia (Curso de Especialização à Distância em Direito Sanitário) – Faculdade de direitos, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2003.

SANTINI, L. A. et al. Mecanismo de participação e controle social. In: SANTINI, L. A.; GOULART, F. A. A.; REIS, H. C. A saúde no município: organização e gestão. Rio de Janeiro: IBAM, 1991. p. 22-27.

SILVA, A. V. N.; ALVES, A. S. H. Retratos dos conselheiros municipais de saúde, assistência social e dos direitos da criança e do adolescentes da região metropolitana da baixada santista. São Paulo, 2009. Disponível em: <[http://www.followscience.com/liberalyuploads/3fb445a9b7baf61d96f220f90d97bb34/161/retrato dos conselhos municipais da região metropolitana da baixada santista](http://www.followscience.com/liberalyuploads/3fb445a9b7baf61d96f220f90d97bb34/161/retrato%20dos%20conselhos%20municipais%20da%20regi%C3%A3o%20metropolitana%20da%20baixada%20santista)>. Acesso em: 30 ago. 2010.

APÊNDICE A - Questionário

1ª PARTE: (identificação do perfil dos conselheiros)

1.1 Segmento:

usuário trabalhador gestão

1.2 Idade: _____

1.3 Sexo:

Feminino Masculino

1.4 Grau de Instrução:

- Alfabetizado
 nível fundamental
 nível médio
 nível superior
 outros

1.5 Você já foi conselheiro antes?

sim não

1.6 Tem alguma ocupação profissional?

sim, qual _____
 não

2 PARTE; levantamento do grau de conhecimento,

2.1 Você recebeu alguma capacitação dentro do Conselho de Saúde?

sim
 não

2.2 Associe a Lei ao assunto ao qual ela se refere:

- a) Lei 4.320/1964 regula as modalidades de licitações
b) Lei 8.142/90 regula o funcionamento do SUS
c) Lei 8.080/90 regula a competência dos Conselho de Saúde
d) Lei 8.666/9 regula a contabilidade pública

2.3 A Emenda Constitucional 29/2000, fixa percentuais mínimos de repasse pelo município e estado para a saúde, respectivamente em:

- 12% e 15%
 15% e 12%
 15% e 18%

3 PARTE; levantamento das perspectivas dos conselheiros?

3.1 Qual o seu papel dentro do conselho?

3.2 Quais os temas que você gostaria que fossem abordados nas capacitações?

() O pacto pela saúde;

() Lei 8.080

() Lei 4.320

() Emenda Constituição 29

() Lei 8.666

() Outros _____

3.3 Quais as principais dificuldades encontradas, para desenvolverem as atividades do conselho?

() Estrutura Física;

() Falta de conhecimento técnico;

() Falta de apoio das comunidades;

() Estrutura de funcionamento interno inadequado, quanto a distribuição das tarefas;

() Outros _____

Aluna: Joselma Carvalho

Turma: Recife 1

Contato: joselma_pmo@hotmail.com

Telefone: 88494973

Trabalho: 33051109 - 33051135

ANEXO A - Lei nº 4.619/88



LEI Nº 4619/88

CÂMARA MUNICIPAL DE OLINDA decreta

E EU, SANCIONO A PRESENTE LEI,
OLINDA, 13 DE FEVEREIRO DE 1988.

JOSE ARNALDO AMARAL.
PREFEITO.

Art. 1º - A nova estrutura organizacional da Secretaria de Saúde do Município de Olinda fica estabelecida na conformidade do Artigo 2º desta Lei, e se destina à atualização e ampliação dos seus atuais órgãos e a criação de outros, para perfeito atendimento da política municipal de saúde.

Art. 2º - As modificações estruturais agora estabelecidas integram o quadro seguinte e o organograma anexo.

- 1 - Gabinete do Secretário
 - 1.1 - Conselho Municipal de Saúde
 - 1.2 - Assessoria de Coordenação e Planejamento
 - 1.2.1 - Coordenação de Estatística
 - 1.2.2 - Coordenação de Planejamento
- 2 - Departamento de Apoio Administrativo
 - 2.1 - Divisão de Suprimento
 - 2.1.1 - Setor de Compras
 - *2.1.2 - Setor de Almoxarifado
 - 2.2 - Divisão Serviços Gerais
 - *2.2.1 - Setor de Prédios
 - 2.2.2 - Setor de Equipamentos
 - 2.3 - Divisão de Recursos Humanos
 - 2.3.1 - Setor Pessoal
 - 2.3.2 - Setor de Treinamentos
- 3 - Departamento de Assistência a Saúde
 - 3.1 - Divisão de Saúde do Trabalhador
 - *3.1.1 - Setor de Doenças Profissionais
 - *3.1.2 - Setor de Junta Médica



CÂMARA MUNICIPAL DE OLINDA

PERNAMBUCO

Fls. 02

- 3.2 - Divisão de Ações Básicas de Saúde
 - 3.2.1 - Coordenação Médica - EL...
 - 3.2.2 - Coordenação Odontológica - S...
 - 3.2.3 - Coordenação da Área I - ...
 - 3.2.3.1 - Administrador do C.S. Alto da Bondade
 - 3.2.3.2 - Administrador do C.S. Alto da Conquista
 - 3.2.3.3 - Administrador do C.S. Sapucaia
 - 3.2.3.4 - Administrador do C.S. Caixa D'água
 - 3.2.3.5 - Administrador do C.S. Águas Compridas
 - 3.2.3.6 - Administrador do C.S. Passarinho
 - 3.2.4 - Coordenação da Área II - ...
 - 3.2.4.1 - Administrador do C.S. Sítio Novo
 - 3.2.4.2 - Administrador do C.S. Vila da Coab.
 - 3.2.4.3 - Administrador do C.S. Jardim Brasil
 - 3.2.4.4 - Administrador do C.S. Vila Popular
 - 3.2.5 - Coordenação da Área III - ...
 - 3.2.5.1 - Administrador do C.S. Jatobá
 - 3.2.5.2 - Administrador do C.S. Jardim Fragoso
 - 3.2.5.3 - Administrador do C.S. Cidade Tabajar
 - 3.2.6 - Coordenação da Área IV - ...
 - 3.2.6.1 - Chefe do Setor de Arquivo do Ambulatório Central
 - 3.2.6.2 - Chefe do Setor de Cozinha/Lavanderia Ambulatório Central
 - 3.2.6.3 - Chefe do Setor de Limpeza do Ambulatório Central
 - 3.2.6.4 - Administrador do C.S. de Bultrins
 - 3.2.6.5 - Administrador do C.S. de Bonsucesso
 - 3.2.6.6 - Administrador do C.S. da Ilha do Mar
 - 3.2.6.7 - Administrador do C.S. do Varadouro
 - 3.2.7 - Coordenação da Área V - ...
 - 3.2.7.1 - Administrador do C.S. Beira Mar
 - 3.2.7.2 - Administrador do C.S. Ilha de Santana
 - 3.2.7.3 - Administrador do C.S. Rio Doca
- 3.3 - Divisão de Epidemiologia - ...
- 3.4 - Divisão de Fitoterapia - ...
 - 3.4.1 - Chefe do Setor de Cultivo



CÂMARA MUNICIPAL DE OLINDA

PERNAMBUCO

Fls. 03

4 - Departamento de Recursos Naturais e Meio Ambiente

4.1 - Divisão de Veterinária e Zoonoses

* 4.1.1 - Setor de Apreensão de Animais

* 4.1.2 - Setor de Controle de Vetores

4.2 - Divisão de Meio Ambiente

* 4.2.1 - Setor de Cadastro

* 4.2.2 - Setor de Fiscalização

4.3 - Divisão de Necrópoles

4.3.1 - Administrador do Cemitério de Guadalupe

4.3.2 - Administrador do Cemitério de Beberibe

Art. 3º - O atual "Centro de Estudos e Treinamento em Saúde" é substituído pela "Assessoria de Coordenação e Planejamento", vinculada ao Gabinete do Secretário de Saúde.

Art. 4º - Para o perfeito desempenho das atividades dos órgãos constantes do Artigo 2º anterior, ficam criados, além dos já existentes, nove cargos de Coordenador de Serviço de Saúde, símbolo CC-5, vinte cargos de Administrador de Posto Comunitário, símbolo CC-6 e dois cargos de Administrador de Cemitério, símbolo CC-6, bem como ficam extintos um cargo de Diretor de Departamento, símbolo CC-2 e oito cargos de Chefe de Setor, símbolo CC-2 todos já integrantes da nomenclatura do Quadro de Pessoal Comissionado da Edilidade.

Art. 5º - Fica criado o Conselho Consultivo e Deliberativo, vinculado ao Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde de Olinda.

Art. 6º - O corpo diretivo do órgão de que trata o artigo anterior é composto de 10 (dez) membros e assim definido: Secretário de Saúde de Olinda, seu Presidente; Representante da Câmara de Vereadores do Município; Representantes em número de cinco das Regionais de Saúde na sua totalidade; Representante da Secretaria de Saúde de Pernambuco; Representante do INAMFS no Estado e Representante da Funeso.

Art. 7º - Dentro de 30 (trinta) dias de vigência da presente Lei, o Chefe do Poder Executivo Municipal regulamentará, por Decreto, a sua implementação.



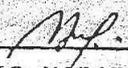
CÂMARA MUNICIPAL DE OLINDA Fls. 03
PERNAMBUCO

Art. 8º - As despesas para execução desta Lei correrão à conta das dotações orçamentárias vigentes.

Art. 9º - Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, retroagindo os seus efeitos a 1º de fevereiro do ano em curso.

Art. 10º - Revogam-se as disposições em contrário.

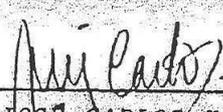
Casa Bernardo Vieira de Melo, 11 de fevereiro de 1988.



NICÁCIO MARANHÃO
Presidente



VANILDO LEITE
1º Secretário



JOSÉ CARLOS XAVIER
2º Secretário

ANEXO B - Regimento Interno do CMSO

REGIMENTO INTERNO

CAPITULO I

Da Natureza e Finalidade

Art. 1º - O Conselho Municipal de Saúde de Olinda – CMSO criado pela Lei Municipal nº. 4.619 de 18 de fevereiro de 1988 e reestruturado pela Lei nº. 5.276 de 14 de setembro de 2001 é um órgão deliberativo, normativo, fiscalizador e consultivo, de caráter permanente e de composição paritária do Sistema Único de Saúde – SUS no âmbito da Política Municipal de Saúde.

CAPITULO II

Da Composição, Organização e Funcionamento.

Art. 2º - O Conselho Municipal de Saúde de Olinda observará na sua composição, organização e funcionamento o contido no Capítulo II, Seção I e II da Lei nº. 5.276 de 14 de setembro de 2001, não contendo menos de 10 (dez) e não mais que 20 (vinte) membros escolhidos entre os representantes dos usuários, profissionais de saúde, do governo e prestadores de serviço de saúde, sendo:

I – 50% (cinquenta por cento) de sua representação total, representantes dos usuários de saúde.

II – 25% (vinte e cinco por cento) de representantes dos trabalhadores em saúde.

III – 25% (vinte e cinco por cento) de representantes do governo prestadores de serviços de saúde (conforme Conselho de Saúde - Guia de Referência para sua criação e organização - MS, pág. 21, de 12.11.1991).

§ 1º – A alteração do número de membros do Conselho Municipal de Saúde de Olinda far-se-á conforme o inciso IX, do Capítulo que trata da Organização dos Conselhos de Saúde, Terceira Diretriz, da Resolução nº. 333, de 04 de novembro de 2003.

§ 2º – Os representantes dos usuários serão eleitos em Assembléia Geral convocada pelo Conselho Municipal de Saúde especificamente para este fim.

§ 3º – Os representantes dos trabalhadores da saúde serão eleitos em Assembléia Geral convocada pelo Conselho Municipal de Saúde especificamente para este fim.

§ 4º – Os representantes do governo e dos prestadores do serviço de saúde serão indicados oficialmente por suas instituições.

Art. 3º – A cada conselheiro titular corresponderá um suplente.

§ 1º - Em caso de renúncia de mandato por parte de entidade representante de usuário, trabalhadores, bem como as instituições (gestores e prestadores de serviço) a plenária do Conselho deliberará sobre a sua substituição, na primeira reunião ordinária, após a formalização da renúncia, até que sejam realizadas novas eleições na forma da lei.

§ 2º - Os conselheiros terão mandato de dois anos com direito a uma reeleição conforme a Resolução nº. 333, de 04 de novembro de 2003.

Art. 4º – As sessões ordinárias e extraordinárias deverão ter a presença dos respectivos conselheiros.

Parágrafo único - O conselheiro que faltar sem justificativa por escrito a 03 (três) sessões ordinárias consecutivas ou alternadas será obrigatoriamente substituído por seu respectivo suplente após a apreciação da Coordenação, cabendo recursos ao pleno do conselho.

Art. 5º - A coordenação do Conselho será eleita a cada dois anos, respeitando o critério da paridade, conforme o inciso V, do Capítulo que trata da Organização dos Conselhos de Saúde, Terceira Diretriz, da Resolução nº. 333, de 04 de novembro de 2003, podendo ser reeleita nas sessões ordinária e extraordinária do Conselho Municipal de Saúde.

Parágrafo único - O (a) coordenador (a) do Conselho Municipal de Saúde de Olinda será eleito pela coordenação, respeitando o processo de rodízio dos segmentos podendo ser reeleito para mais um mandato conforme o que dispõe a resolução nº. 333, de 04 de novembro de 2003.

Art.6º - A Plenária do Conselho Municipal de Saúde de Olinda é a instância máxima deliberativa, configurada pela reunião ordinária e/ou extraordinária de seus membros.

Art.7º - O Conselho Municipal de Saúde de Olinda reunir-se-á mensalmente, sempre nas segundas quintas-feiras úteis de cada mês, pela manhã, e as Reuniões Extraordinárias, quando necessárias, serão convocadas pela coordenação (presidente) ou a pedido da maioria simples dos seus membros, através de ofício encaminhado à secretária do Conselho, sempre com antecedência mínima de 72 (setenta duas horas);

§ 1º - As pautas das reuniões ordinárias serão fechadas e disponíveis aos conselheiros, 72 horas antes da data da reunião.

§ 2º - Para a realização das Sessões Plenárias do Conselho Municipal de Saúde de Olinda, deverão ser obedecidos os seguintes procedimentos:

I - **Reuniões Ordinárias** - serão convocadas em única chamada devendo suas instalações se dar unicamente através do quorum mínimo de 50% + 1 dos conselheiros presentes;

II. - **Reuniões Extraordinárias** - serão convocadas em duas chamadas, a primeira chamada, com até 30 minutos de tolerância, acontecerá com o mesmo quorum da Reunião Ordinária; a segunda chamada acontecerá após os 30 minutos do horário estipulado para o início da reunião, sendo instalados com o quorum mínimo de 25% dos Conselheiros titulares presentes.

Parágrafo único - Em ambas as reuniões o Conselho deliberará por maioria simples dos presentes.

§ 3º - Cada membro do Conselho Municipal de Saúde de Olinda terá direito a um único voto na sessão plenária. O Conselheiro suplente assumirá a titularidade, após a verificação do quorum, **com direito a voto, independente da posterior presença do titular.**

§ 4º - Todos os participantes presentes à plenária do Conselho terão direito à voz.

Art. 8º - O Conselho Municipal de Saúde de Olinda poderá criar Comissões Temáticas, quantas necessárias, com o objetivo de acompanhar, identificar possíveis irregularidades e colaborar com o processo administrativo no âmbito geral da Política de Saúde, com vistas ao pleno funcionamento do Conselho.

I - As comissões serão constituídas por conselheiros titulares e suplentes, garantindo a participação paritária dos segmentos representados.

II - As comissões poderão solicitar o apoio técnico, quando necessário.

III - As comissões ou grupos de trabalho elegerão o coordenador entre seus membros.

Art. 9º - O Conselho Municipal de Olinda contará com uma Secretaria Executiva constituída de servidores do quadro dos órgãos da Administração Pública Municipal - (Secretaria de Saúde e/ou requisitado de outro órgão), em conformidade com a legislação pertinente, para prestar o apoio administrativo necessário à organização e funcionamento do Conselho, devendo a Secretaria de Saúde fornecer os meios adequados para a realização das reuniões.

Parágrafo único - O (a) Secretário (a) Executivo (a) do Conselho Municipal de Saúde de Olinda será indicado (a) pelo Secretário de Saúde do Município, sendo seu nome apreciado pelo Plenário do Conselho Municipal de Saúde.

Art. 10 ° - À (o) Secretário (a) Executivo do Conselho Municipal de Saúde de Olinda compete:

I – Participar das reuniões ordinárias e extraordinárias do Conselho, elaborando as atas das reuniões e o registro das freqüências;

II – Manter atualizada a documentação do Conselho Municipal de Saúde de Olinda;

III – Manter os conselheiros informados das reuniões ordinárias e extraordinárias e das pautas a serem discutidas, bem como dos demais assuntos e publicações de interesse do Conselho Municipal de Saúde de Olinda;

IV – Expedir, receber e arquivar documentos do Conselho;

V – Preparar e controlar a publicação no Diário Oficial do Município de todas as decisões e resoluções necessárias proferidas pelo Conselho Municipal de Saúde de Olinda;

VI – Desempenhar outras atribuições que lhe forem conferidas.

CAPÍTULO III

Das Competências

Art. 11° - Ao Conselho Municipal de Saúde de Olinda – CMSO, órgão deliberativo e de caráter permanente, compete:

I – Definir as prioridades da Política de Saúde Municipal, em consonância com as de nível Federal e Estadual, com base nas necessidades da população, identificadas junto aos Conselheiros Gestores de Saúde, priorizando aquelas de maior gravidade para a população;

II – Estabelecer, analisar e deliberar sobre as diretrizes a serem observadas na elaboração do Plano Municipal de Saúde;

III – Estimular, orientar e fortalecer os Conselhos de Saúde de Unidade, bem como implantá-los em áreas onde não existam os mesmos. Difundir as informações sobre as Políticas de Saúde com a participação das instituições na discussão;

IV - Estimular a participação das comunidades, no levantamento das necessidades propostas de solução, na fiscalização e avaliação das ações de saúde desenvolvidas no município;

V - Exigir que as proposições aprovadas nas Conferências Municipais de Saúde sejam integradas e implementadas através do Plano Municipal de Saúde;

VI – Estimular e orientar a adoção de uma política de Recursos Humanos adequada às aspirações e necessidades da comunidade de acordo com a realidade sanitária;

VII – Analisar e emitir parecer sobre os processos de ampliação de serviços da rede física (Lei 5276 de 14/09/2001-Art. 1º, Item V) de interesse da saúde no âmbito do município;

VIII – Atuar na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde;

IX – Propor critérios para a programação e para a execução financeira e orçamentária do Fundo Municipal de Saúde, acompanhando e controlando a movimentação e o destino dos recursos;

X - Acompanhar, avaliar e fiscalizar os serviços de saúde prestados à população pelos órgãos e entidades públicas e privadas integrantes do SUS no município;

XI – Definir critérios de qualidade de funcionamento dos serviços de saúde público e privado, no âmbito do SUS;

XII - Definir critérios para celebração de contratos ou convênios entre o setor público e as entidades filantrópicas e privadas de saúde, no que tange à prestação de Serviços de Saúde;

XIII - Appreciar e deliberar sobre os contratos e convênios referidos no inciso anterior;

XIV - Propor diretrizes, junto ao gestor, quanto à localização e o tipo de unidades prestadoras de serviços de saúde públicos e privados, no âmbito do SUS;

XV – Priorizar o investimento na rede pública dos serviços de saúde de Olinda e Região Metropolitana, utilizando os serviços da rede filantrópica e privada, apenas como complementar e após justificativa e apreciação do Conselho Municipal de Saúde;

XVI – Elaborar seu Regimento Interno, que só poderá ser modificado com convocação de dois terços dos conselheiros;

XVII – Convocar, a Conferência Municipal de Saúde de acordo com o disposto na lei nº. 5.276/2001, Capítulo III, artigo 12;

XVIII – Fortalecer parcerias com o Ministério Público, Conselhos Municipais e Estaduais, Câmara Municipal, Universidades e Instituições afins, como forma de preservar a manutenção do SUS e respaldar o controle social;

XIX – Outras atribuições estabelecidas pela Lei Orgânica de Saúde (Lei 8080 de 19/09/90) e pelas Conferências de Saúde (Lei 8142 de 28/12/90)

CAPÍTULO IV

Das Atribuições

Art. 12 – Ao coordenador do Conselho Municipal de Saúde de Olinda – CMSO compete:

I – Presidir as reuniões ordinárias e extraordinárias do Conselho Municipal de Saúde de Olinda;

II – Tomar parte nas discussões da Plenária do Conselho e só exercer o voto em caso de desempate “o voto Minerva”;

III - Autorizar, depois de ouvida a plenária, faltas, impedimentos, afastamentos e licenças dos demais Conselheiros;

IV – Delegar competências, desde que submetidas e aprovadas pela Plenária do Conselho;

V – Assinar e divulgar as Resoluções do Conselho Municipal de Saúde de Olinda;

Art. 13 – Ao Vice Coordenador compete;

I – Auxiliar o coordenador no cumprimento de suas atribuições;

II – Exercer as atribuições que lhe forem conferidas pela Plenária do Conselho;

III – Substituir o coordenador nos seus impedimentos e ausências.

Art. 14 – Aos membros do Conselho Municipal de Saúde de Olinda compete:

I – Comparecer às reuniões ordinárias e extraordinárias, apreciar, discutir, propor e fazer cumprir as decisões do Conselho;

II – Cumprir as normas previstas na legislação do SUS no tocante a garantir o fortalecimento do Controle Social;

III – Propor a criação de comissões e grupos de trabalho, participando dos mesmos e indicando nomes para a sua composição;

IV – Requerer votação de matéria, em regime de urgência;

V – Cumprir e zelar pelo cumprimento deste Regimento.

Capítulo V

Das Disposições Gerais

Art. 15 – Os membros do Conselho Municipal de Saúde de Olinda – CMSO terão sua função considerada como serviço público relevante, não fazendo jus a remuneração de espécie alguma ou jeton, pelo exercício da função de Conselheiro.

Parágrafo 1 - Será garantida a dispensa das atribuições profissionais a todos os Conselheiros, titulares e suplentes, em exercício efetivo, durante o período de seu mandato, quando convocados pelo Conselho Municipal de Saúde, conforme item X da Terceira Diretriz – Resolução 333.

Parágrafo 2 - Será garantido ao conselheiro Municipal de Saúde, representante do segmento trabalhador a permanência no setor de trabalho, bem como a estabilidade do seu contrato durante o período do seu mandato de conselheiro. Cabendo à Coordenação do Conselho Municipal monitorá-los para que estes, em nenhuma hipótese, possam utilizar-se deste benefício com condutas que venham denegrir a imagem do Conselho.

Art. 16 – Será garantida ao conselho Municipal de saúde de Olinda a autonomia para elaborar seu Planejamento Orçamentário anual, Quarta Diretriz, Resolução nº. 333, de 04 de novembro de 2003, contemplando todas as suas necessidades e, por conseguinte, assegurando o recebimento do devido repasse monetário da Diretoria financeira do Município.

I – O orçamento do conselho municipal de saúde será gerenciado pelo próprio conselho (Resolução 333 de 04/11/2003).

Parágrafo único - À comissão de finanças do conselho compete elencar os elementos de despesa e definir as prioridades sob a apreciação, discussão e aprovação do pleno, buscando sempre atingir a máxima funcionalidade da estrutura interna do conselho.

Art. 17 – Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos por deliberação da maioria absoluta dos membros do Conselho Municipal de saúde de Olinda.

Art. 18 – O presente Regimento entrará em vigor na data de sua publicação.

Olinda, 11 de setembro de 2008.

Coordenador do Conselho Municipal de Saúde de Olinda.

romerondias@yahoo.com.br	-	Romero Dias
adetilde@hotmail.com	-	Adetilde Moraes
maviael@globo.com	-	Maviael Cavalcanti