

Curso de Especialização em Direito Público e Controle Externo para
Analistas do Tribunal de Contas da União

O Tribunal de Contas da União e os Conselhos de
Saúde: possibilidades de cooperação nas ações de
controle

Aluna:

Maria Antonia Ferraz Zelenovsky

Orientadora:

Mariana Siqueira de Carvalho Oliveira

Data: 10 de março de 2006

SUMÁRIO

1. Introdução	2
2. Estado Democrático de Direito e Participação Social	3
3. Saúde como direito fundamental	3
4. Perspectivas do Controle Social – Conferências e Conselhos de Saúde	4
5. O Conselho de Saúde	5
6. Evolução dos Conselhos de Saúde	6
7. A importância dos Conselhos de Saúde para o desenvolvimento do SUS	7
8. Principais obstáculos encontrados pelos Conselhos de Saúde	9
9. A importância da parceria TCU – Conselhos de Saúde	13
10. Considerações Finais	17
11. Bibliografia	18

1. Introdução

O Estado Democrático de Direito, estabelecido pela Constituição Federal de 1988, prevê a descentralização de recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os Fundos Estaduais e Municipais (FES e FMS, respectivamente) e a participação popular na formulação e controle das políticas públicas. Em virtude de sua relevância para a vida do cidadão e do montante de verbas que manipula, a área da saúde é uma das que mais demanda essa participação, que, por sua novidade, está exigindo aperfeiçoamento das formas de atuação, não só do cidadão mas também dos gestores e órgãos fiscalizadores.

O cerne da descentralização e da participação popular pauta-se na percepção de que a gestão mais próxima do problema é certamente a mais indicada para solucioná-lo; de que o melhor fiscal é aquele que está junto da aplicação dos recursos e que sofre as conseqüências de sua má administração. A Constituição atentou para este fato em seu art. 198, sendo que, posteriormente, a Lei nº 8.142/1990 regulamentou essa participação popular no Controle Social da Política de Saúde por intermédio das conferências e dos conselhos de saúde.

As conferências nacionais de saúde acontecem com periodicidade de quatro anos e com a representação de vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde, trabalhando principalmente os aspectos da descentralização, da universalização e da participação popular.

Os conselhos de saúde, devido à abrangência nacional e à presença do cidadão, maior interessado na aplicação dos recursos, são fundamentais para se conseguir transparência e efetividade. Por outro lado, o grau de consciência política e de organização da própria sociedade civil é essencial para o sucesso desta proposta.

No âmbito do controle de recursos públicos realizados pelo próprio Estado, o Tribunal de Contas da União – TCU é um órgão colegiado que desempenha a função de tribunal administrativo e, entre outras competências, julga as contas de responsáveis pelo manejo de dinheiros, bens e valores públicos federais, bem como daqueles que derem causa a perda, extravio ou outras irregularidades que resultem prejuízo ao erário. No Estado brasileiro, o TCU está situado no âmbito do Poder Legislativo, caracterizando-se, portanto, como controle externo das ações do Poder Executivo.

O trabalho ora apresentado analisa possibilidades de parcerias entre o TCU e os conselhos de saúde, com o objetivo de ampliar a fiscalização dos recursos descentralizados do FNS para os FES e FMS. Para tanto, será apresentada uma descrição do controle social estabelecido no ordenamento jurídico vigente, seguida pela análise do funcionamento e dos

principais problemas vivenciados pelos conselhos de saúde, e como essa parceria poderá ampliar o controle dos recursos do Sistema Único de Saúde – SUS.

2. Estado Democrático de Direito e Participação Social

A Constituição Federal de 1988, no *caput* de seu art. 1º, estabeleceu que a República Federativa do Brasil é um Estado Democrático de Direito, valorizando, dentre outros direitos fundamentais, o da cidadania.

O exercício pleno da cidadania – chamada por alguns teóricos de cidadania ativa – é a base da democracia participativa, realidade na qual não existe espaço para decisões apartadas da vontade popular. Tais decisões são referenciadas pela participação dos interessados.

A participação no processo político não significa apenas votar. A atuação indireta não exclui a participação direta.

Bobbio registra que:

[...] se se deseja apontar um indicador de desenvolvimento democrático [...] deveremos procurar ver se aumentou não o número de eleitores, mas o espaço no qual o cidadão pode exercer seu próprio poder de eleitor.¹

Para que exerça seu direito de forma plena é preciso que a comunidade, além de atuar diretamente na formulação das políticas públicas, fiscalize a ação dos gestores, em particular a retidão e a correção da aplicação dos recursos.

3. Saúde como direito fundamental

Os direitos fundamentais são prerrogativas indispensáveis para que os cidadãos tenham vida digna e satisfatória. A mais simples análise desses direitos indica que a saúde é, necessariamente, uma dessas prerrogativas.

A Constituição Federal, no Título dos Direitos e Garantias Fundamentais, ao incluir, em seu art. 6º, a saúde como direito social, trouxe em seu bojo que ela não pode ser programática ou simples promessa de campanha política, mas que precisa ser implementada dentro de paradigma eficiente, que traga resultados imediatos para a população.

Sendo a redução da diferença entre os abonados e os desafortunados um dos alicerces para esses direitos fundamentais, o direito de acesso à saúde, dentre outros que foram elencados pelo constituinte, além da garantia da vida, tem também sua razão de ser no ideal da igualdade entre as pessoas.

¹ BOBBIO, 2002, p. 68-69

Na esteira desse ideal de igualdade, o artigo 196 trouxe os princípios da universalidade e da igualdade de acesso às ações e aos serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde, afirmando que a saúde é direito de todos e dever do Estado, cabendo a este garanti-lo por meio de políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos. Para que esses princípios fossem atendidos, foi criado o Sistema Único de Saúde – SUS.

O financiamento do SUS é feito diretamente ou indiretamente por toda a sociedade, como se vê no art. 195 da Constituição Federal². O art. 198 acrescenta que o financiamento será feito com recursos do orçamento da seguridade social da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, além de outras fontes, tratadas no art. 32 da Lei nº 8.080/1990. Tal Lei traz em seu art. 33, por sua vez, que o Ministério da Saúde acompanhará, por meio de seu sistema de auditoria – Denasus – a aplicação dos recursos repassados a estados e municípios.

Ainda que a Constituição estabeleça o atendimento na área de saúde para todos, é senso comum que os recursos públicos não são suficientes ou não são bem aplicados ou são desviados pela corrupção, sendo prementes estratégias para reorganizar o financiamento e o modelo do SUS, bem como o controle dos recursos por ele utilizados. A municipalização da saúde brasileira trouxe novas perspectivas, porém, a ampliação e a efetividade da participação da comunidade e dos movimentos sociais dará maior transparência e, conseqüentemente, maior efetividade na aplicação desses recursos, mesmo que escassos.

Se a Constituição Federal de 1988 instituiu o SUS e este, por sua vez, necessita direcionar suas ações para cumprir o preceito constitucional de implementar um sistema de saúde digno e de qualidade, no qual “a saúde é direito de todos e dever do Estado”, então o financiamento para essas ações precisa estar em constante construção. Novas formas precisam ser implementadas, entretanto, só surtirão efeitos se ocorrer paralelamente maior controle dos recursos existentes.

4. Perspectivas do Controle Social – Conferências e Conselhos de Saúde

O advento da nova ordem social trouxe em seu bojo o instituto do controle social e da participação popular. Entende-se por controle social o direito público subjetivo que possibilita à sociedade civil organizada fiscalizar os atos dos gestores no exercício da aplicação dos recursos públicos; por participação popular o poder de influenciar diretamente na formulação das políticas públicas.

O controle social é fruto de uma luta conduzida pelo Movimento da Reforma Sanitária, que teve seu marco na 8ª Conferência Nacional de Saúde. Essa Conferência, realizada no ano de 1986, foi a culminância de um longo processo de lutas de organizações populares de caráter democrático. Recomendava, insistentemente, o controle social e a participação da comunidade como solução para combater a má aplicação dos recursos. Desta forma alcançar-se-ia a transparência, para evitar o desvio de recursos, e a adequação das políticas públicas às reais necessidades da população.

Fazendo uma análise das motivações históricas da Constituição, pode-se ver que o constituinte apenas transpôs o que a sociedade almejava: participação direta para garantir eficiência na aplicação dos recursos. O controle social foi então assegurado e regulamentado pelas Leis nº 8.080/1990 – Lei Orgânica da Saúde – e nº 8.142/1990, que estabeleceram as conferências e os conselhos de saúde como forma de participação da população na gestão do SUS, nas três esferas de governo: federal, estadual e municipal. A comunidade, por meio de seus representantes, pode discutir e definir a execução das ações de saúde, bem como controlá-las.

Nessa nova organização democrática e participativa, coube às conferências nacionais de saúde avaliar a situação da saúde e propor diretrizes para a formulação das políticas; aos conselhos de saúde atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde.

5. O Conselho de Saúde

De acordo com a Lei nº 8.142/1990, o conselho de saúde é órgão colegiado composto por representantes do governo, dos prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, que em caráter permanente e deliberativo atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. O conselho é integrante da estrutura básica do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, e suas decisões são homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo.

Com o advento da Resolução nº 33 do Conselho Nacional de Saúde - CNS, de 23 de dezembro de 1992, foi aprovado o documento “Recomendações para a Constituição e Estruturação de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde”, que definiu parâmetros para sua

² **Art. 195** - A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais: [...]

composição. Cabe aqui citar que atualmente é a Resolução nº 333/2003 do CNS que está em vigor e define as diretrizes sobre a organização dos conselhos de saúde em todo o Brasil.

A representação paritária (25% de trabalhadores de saúde; 25% de prestadores de serviços (públicos e privados); 50% de usuários) foi estabelecida como forma da comunidade ter efetiva participação. Foi um avanço para a democracia participativa mas, vez ou outra, sofre tentativas de retrocessos, como indicações nepóticas de representantes de usuários por prefeitos.

6. Evolução dos Conselhos de Saúde

Antes da instituição do SUS e dos conselhos de saúde, já existia o embrião da participação popular no controle dos recursos descentralizados para estados e municípios.

Com o Plano Nacional de Reorientação da Assistência à Saúde, pela Previdência Social (1981), foi instituído o programa de Ações Integradas de Saúde – AIS (1983), que era, a grosso modo, a transferência de recursos para o custeio de serviços. Na esteira da criação das AIS, surgiram nos estados as Comissões Interinstitucionais de Saúde – CIS, e nos municípios as Comissões Interinstitucionais Municipais de Saúde – CIMS. Essas comissões foram precursoras dos atuais conselhos de saúde, pois já contavam com representantes da sociedade civil organizada.

No lugar das AIS, em 1987, surge o programa Sistema Unificado Descentralizado de Saúde – SUDS, antecessor do atual SUS, que, ainda via convênios, ampliava a descentralização de responsabilidade e de recursos. Ressalte-se que o nascimento do SUDS ocorre após a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde e, por isso, tem em seu bojo algumas das propostas lá estabelecidas, dentre elas: a universalidade e a descentralização de ações e serviços. Outra proposta foi a obrigatoriedade de estados e municípios, para receberem os recursos transferidos mediante convênios, instituírem conselhos locais de saúde responsáveis pela elaboração do planejamento das ações.

Com o advento da Constituição Federal de 1988 a saúde integrou o Capítulo da Seguridade Social. Ainda que tenha contrariado a proposta da Subcomissão da Saúde, Seguridade e Meio Ambiente que previa um capítulo apenas para ela, foi um avanço, já que pela primeira vez uma constituição trouxe em seu texto uma seção só para a saúde, além de inseri-la como um direito fundamental no art. 6º. Na transposição para a Constituição daquilo que foi aprovado pela Subcomissão, a participação da população permaneceu no texto constitucional, mas a existência de conselhos de saúde, nas três esferas de governo, não foi

explicitada. Ela só foi reaparecer com a Emenda Constitucional nº 29, que a previu no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias – ADCT.

O SUS, inserido no texto constitucional, foi regulamentado pela Lei nº 8.080, em 19 de setembro de 1990, aprovada com vetos presidenciais em pontos importantes como o controle social e os repasses financeiros descentralizados. Felizmente, naquele momento, a sociedade civil organizada estava fortemente unida e lutou pela apresentação de novo projeto de lei com o conteúdo originalmente vetado, o que resultou na Lei nº 8.142, em 28 de dezembro de 1990, complementando a anteriormente aprovada com os vetos.

Essa Lei restabeleceu a participação popular na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, bem como a obrigatoriedade dos municípios, estados e Distrito Federal possuírem, dentre outros itens, conselho de saúde, com composição paritária dos usuários em relação aos demais segmentos, para receberem recursos do Fundo Nacional de Saúde – FNS.

Uma vez que a legislação do SUS estipulou a criação de conselhos como exigência para o repasse de verbas do FNS aos Fundos Estaduais de Saúde e aos Fundos Municipais de Saúde, a maior parte dos municípios e todos os estados da federação assim procederam. Entretanto, a simples formação desses conselhos não é suficiente para afirmar que exista efetiva participação popular na formulação da estratégia e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente.

7. A importância dos Conselhos de Saúde para o desenvolvimento do SUS

O advento dos novos conselhos de participação popular, aqui tratado no que se refere à saúde pública, veio corroborar com o planejamento e a execução de políticas públicas.

“... o Estado Democrático trouxe a idéia de participação do cidadão na Administração Pública, combatendo a separação entre Estado e sociedade e pregando a adoção de uma administração menos autoritária, menos centralizada, menos hierarquizada, mais próxima do cidadão”.³

A participação da comunidade por meio dos conselhos é uma das sustentações do SUS, onde o sistema democrático mais participativo se sobrepõe ao modelo meramente representativo. Essa participação se caracteriza por ser pessoal e direta na formulação e controle dos atos de governo, uma vez que só pessoas ligadas às características e necessidades locais poderão gerir melhor a coisa pública, alocando adequadamente os recursos e controlando a sua correta aplicação.

³ PIETRO, 2000, p. 38 e 39

Com essa inserção popular nos rumos da política, sobreveio o potencial conflito entre os representantes do poder executivo local e os membros dos conselhos. Ele advém do fato de os primeiros, por terem sido eleitos pela soberania popular, acreditarem ter o poder de decidir quais as despesas, opções ou investimentos são os melhores para a coletividade.

Porém, não há que se falar em invasão no direito desse gestor, legitimamente eleito, em administrar os recursos públicos sob sua responsabilidade. Nos casos em que a Constituição Federal previu a participação popular, ela reservou ao povo o poder para interferir. No parágrafo único do art. 1º, consagrou que “*todo poder emana do povo*”, e este o “*exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição*”. Como se pode ver, foi estabelecida a democracia representativa, mas também a democracia participativa. No caso da saúde, no inciso III do art. 198, previu a participação da comunidade como diretriz do SUS.

O valor que vem das urnas é de suma importância, mas não absoluto. A democracia não se esgota apenas no sistema representativo. O sistema de participação popular por meio de representantes, ainda que seja o mais usado nos Estados modernos, não é o único modelo no qual se possa exercer a democracia. CANOTILHO reforça essa opinião quando expõe que o princípio democrático atualmente é composto não só da democracia representativa como também da democracia participativa.⁴

O controle social das atividades do gestor, incluindo o gasto público, é exercido pelo cidadão por intermédio do voto e, também, pelas instituições públicas estabelecidas específica e oficialmente para essa tarefa. E o conselho de saúde é instrumento democrático desse controle social.

O conflito acaso existente entre os representantes eleitos (democracia representativa) e os membros dos conselhos (democracia participativa) não deve ser visto como algo negativo, e sim como a construção da democracia em seu aspecto mais real e atuante.

Há que se ter em conta que os conselhos não limitam o poder dos gestores. Eles atuam como instrumentos de controle de suas atividades, respaldando-as ou corrigindo-as, possibilitando a participação popular. “*Hoje se encontra mais claro que não há gestor de um lado e conselho de outro lado. O conselho, ao integrar o Poder Executivo, [...] compõe a gestão.*”⁵.

Ainda que sejam duas instâncias diferentes, a relação entre os órgãos executivos e os conselhos de saúde na gestão do SUS precisa ser pró-ativa, até porque na visão da Lei nº

⁴ Apud OLIVEIRA, 2005, p.18

⁵ SANTOS, 2003, p. 313

8.142/1990, o conselho compõe a gestão, integra o Executivo. Se os primeiros possuem legitimidade para implantar um programa de governo, cabe aos segundos discutir e propor os meios mais adequados para se atingir os objetivos traçados.

Quando o gestor se afasta do modelo centralista e monolítico e se aproxima do modelo pluralista, valoriza a variedade de idéias, etnias, culturas e hábitos do mosaico que compõe esse país e, como consequência, amplia as possibilidades de sucesso de sua gestão. O diálogo pacífico e aberto entre as diferentes opiniões será enriquecedor para o processo decisório na formação dos atos de governo.

Conferiu-se aos conselhos de saúde tanto a atribuição de atuar na formulação de estratégias quanto de controlar a execução das políticas de saúde, sendo que sua atuação concentrou-se mais no controle. Ainda que seja de extrema importância ações que reforcem a atuação deliberativa dos conselhos de saúde, o foco desse trabalho recaiu também sobre o controle, por estar diretamente relacionado às competências do TCU.

8. Principais obstáculos encontrados pelos Conselhos de Saúde

Apesar do advento da Lei nº 8.142/1990, que efetivou a participação popular prevista na Constituição, persistem pontos que dificultam a atuação dos conselhos de saúde. Cita-se, entre eles: a falta de previsão orçamentária para suas atividades, a presidência sendo exercida pelo gestor dos recursos do SUS, a não-homologação das decisões votadas nas plenárias e o desvirtuamento na representação popular.

A falta de infra-estrutura para a realização de reuniões, umas das consequências da ausência de previsão orçamentária, além de debilitar o seu pleno e regular funcionamento, dificultando a análise dos assuntos colocados em pauta, desestimula a atuação dos conselheiros. Para que os conselhos possam atuar adequadamente, muitos requisitos precisam ser cumpridos, a começar pelo apoio administrativo, operacional, econômico, financeiro, de recursos humanos e materiais necessários para o seu pleno e regular funcionamento, que cabe à Secretaria de Saúde correspondente fornecer.⁶ Porém, o que se constata na realidade é que esse apoio nem sempre é fornecido.

A destinação de verba orçamentária para que os conselhos a administrem de forma independente possibilitaria melhor atuação. Dessa forma, teriam disponibilidade de espaço físico, recursos humanos etc. para suas atividades, independente do apoio do gestor.

Com relação ao exercício da presidência, constata-se que muitos conselhos de saúde ainda são presididos pelos gestores do SUS.

No nível federal, o presidente do Conselho Nacional de Saúde é o Ministro da Saúde; nos Estados, à exceção do Rio Grande do Sul, todos os demais conselhos estaduais de saúde são presididos pelos secretários ou secretárias de Estado de saúde, e nos municípios há uma diversidade, sendo que algumas regiões já conseguiram avançar nesse debate, entendendo que, se o gestor é o presidente do conselho de saúde, que é instância deliberativa e fiscalizadora do SUS, ele é fiscal de si mesmo, portanto homologa as resoluções que ele mesmo assina como presidente.^{7 8}

A própria Constituição Federal, em seu § 3º do art. 77 da ADCT, para não falar das outras normas infraconstitucionais, explicita que os conselhos de saúde acompanharão e fiscalizarão os recursos transferidos pela União e também os recursos dos estados, Distrito Federal e municípios para a mesma finalidade, dentro de sua área de competência. Como pode o gestor dos recursos fiscalizados ser o presidente do conselho de saúde?

Quando foi prevista a democracia participativa na Constituição Federal estava bem claro que os usuários deveriam ter participação paritária em relação aos demais segmentos representados. Se a presidência é exercida pelo gestor, a paridade fica prejudicada e há uma ofensa clara ao princípio democrático da alternância de poder.

Para GAVRONSKI, os dispositivos que estabelecem o gestor como presidente nato dos conselhos de saúde:

são inconstitucionais por afronta aos arts. 1º, II e parágrafo único c/c art. 198, III (democracia participativa e participação da comunidade como diretriz do SUS), 5º, caput (princípio da igualdade), interpretado à luz do princípio da proporcionalidade e 37, caput (princípio da moralidade administrativa).⁹

Primeiro, afronta o proposto pelo próprio constituinte que previu a participação popular como forma de garantir a eficiência, transparência e probidade na aplicação dos recursos no SUS. Segundo, quando o gestor ocupa a presidência de forma nata, afronta o princípio da igualdade, pois discrimina os demais conselheiros que ficam impossibilitados de concorrer ao cargo. Terceiro, quando a figura do controlador se confunde com a do controlado, há afronta ao princípio da moralidade administrativa, já que não é correto o fiscalizado presidir o órgão que tem a atribuição de fiscalizá-lo.

Assim, vê-se que não é coerente estabelecer como presidente desses colegiados o gestor dos recursos. Se a gestão do SUS é competência do poder público, seria aconselhável a proibição do gestor ocupar a presidência. Nesse caso não haveria inconstitucionalidade e o sistema de fiscalização seria muito mais isento.

⁶ BALSEMÃO, 2003, p. 305

⁷ BALSEMÃO, 2003, p. 307

⁸ Atualmente, já existem outros conselhos de saúde, como é o caso do Mato Grosso do Sul, que elegem seu presidente, ressaltando-se que estão longe da independência alcançada pelo do Rio Grande do Sul.

Outro entrave é o retardo prolongado ou a não-homologação, por parte do gestor, das deliberações do conselho, correndo-se o risco de transformar em inócuas decisões que favoreceriam o crescimento do SUS. Sem a homologação não é possível publicá-las e, portanto, não surtirão efeito.

O fato de as decisões dos conselhos terem caráter deliberativo não garante sua implementação efetiva, pois não há estruturas jurídicas que dêem amparo legal e obriguem o executivo a acatar as decisões dos conselhos (mormente nos casos em que essas decisões venham a contrariar interesses dominantes).¹⁰

Existe uma diversidade de opiniões sobre a necessidade ou não da homologação do decidido nas plenárias e sobre a natureza das deliberações, se seriam meras propostas ou decisões vinculantes para o poder executivo correspondente.

[...] as decisões proferidas por órgãos colegiados são denominadas deliberações e têm a mesma força obrigatória de um órgão singular; a sua força decorre de lei e não diminui pelo fato de o órgão contar, entre seus membros, com representantes da sociedade.¹¹

O tema da validade das deliberações independente da homologação é complexo e desafia a teoria jurídica atual. Há quem defenda que essa homologação seja discricionária, porém motivada, baseando-se no fato que não necessariamente as proposições das plenárias dos conselhos podem ser adequadas.

Então, no mínimo, enquanto não se fecha a discussão sobre a necessidade ou não de homologação, caso as deliberações não sejam aceitas pelo gestor, ele precisa explicitar suas motivações para não homologá-las. Se não forem homologadas e tampouco motivadas, o que estará acontecendo é desrespeito ao texto constitucional, restando aos conselhos representar ao Ministério Público ou aos Tribunais de Contas, quando o assunto for relativo ao controle de recursos, e com isso resgatar a influência que suas deliberações ocasionariam se fossem prontamente homologadas e divulgadas.

Há também o risco de desvirtuamento na representação popular dos integrantes dos conselhos. Eles podem tornar-se espaço paralelo ao dos órgãos e poderes tradicionais do Estado ou resultarem em estrutura menos importante, para a qual seriam relegadas decisões inócuas, perpetuando os interesses locais dominantes em detrimento do interesse coletivo.¹²

A incipiente prática de participação popular na Administração Pública impede o pleno exercício dos conselhos de saúde, seja por desconhecimento de suas possibilidades, seja pelo não conhecimento dos instrumentos legais por parte de seus representantes.

⁹ GAVRONSKI, 2003, p. 95

¹⁰ GOHN, 2003, p.91

¹¹ PIETRO, 2000, p. 45

Os conselhos vêm discutindo, há bastante tempo, formas de fortalecimento de suas atuações. No 1º Congresso Nacional de Conselhos de Saúde, realizado em 1995, foram criadas as Plenárias de Conselhos de Saúde com o objetivo de propiciar a articulação nacional entre eles.

Naquele encontro, foi também deliberada a necessidade de capacitação de conselheiros, mais especificamente dos representantes dos usuários. Nas reuniões da grande maioria dos conselhos é possível verificar a desigualdade de informação que esse segmento possui em relação aos demais – gestores, prestadores de serviços e profissionais de saúde –, sobre os assuntos que estão sendo debatidos. Soma-se a isso o fato de que parte significativa desconhece o papel e o poder que possui e, em consequência, não sabe como enfrentar adequadamente os problemas e a quem recorrer.

O assunto continuou sendo pauta das plenárias nacionais de conselhos de saúde que se seguiram, tendo o CNS, em 1999, tratado sobre as Diretrizes Nacionais para Capacitação de Conselheiros de Saúde, estabelecendo o Projeto Nacional de Capacitação de Conselheiros, com o objetivo de minorar essa deficiência.

Dentro do Programa de Apoio ao Fortalecimento do Controle Social no SUS, foi editado o Guia do Conselheiro, estruturado para capacitar conselheiros estaduais e municipais. Em 2001 foram capacitados, pelo Ministério da Saúde, 31.556 conselheiros de saúde em todo o Brasil¹³, porém, houve muitas críticas à maneira como foi estabelecido e realizado esse processo de capacitação.

Não obstante essa capacitação de conselheiros tenha sido criticada, o esforço despendido no treinamento não foi perdido, pois um trabalho desse tipo não fica adstrito apenas aos participantes, mas repercute nas comunidades onde vivem, fazendo que, por ocasião da renovação dos membros dos conselhos, reverta de alguma forma no fortalecimento do controle social.

Atualmente, existem outras experiências de capacitação por parte de algumas secretarias estaduais e municipais de saúde e do próprio Ministério da Saúde, com o objetivo de realizar ações educativas para os conselheiros e para a comunidade envolvida.

No entanto, essa capacitação não é suficiente para estimular a participação e o controle. Os conselheiros, ainda que “capacitados”, continuarão enfrentando os mesmos entraves. O problema é maior e abarca a questão da cidadania ativa, que só a prática participativa poderá equacionar.

¹² LOPES, 2000, p. 30

¹³ OLIVEIRA, 2005, p.110

Em realidade, para participar, o cidadão não precisa ser capacitado, não precisa ter conhecimentos prévios sobre o que vai ser tratado. Ele já tem o conhecimento necessário, que é saber os problemas que afligem sua comunidade.

Ainda que alguns dos membros saibam mais sobre uma questão em determinado momento, somos todos capazes de aprender o que precisamos saber. (...) todos estamos igualmente qualificados para participar da discussão das questões e discutir as políticas que a nossa associação deve seguir.¹⁴

Conhecendo a realidade de sua comunidade e possuindo a capacidade de argumentar perante os demais, ele irá se capacitando com o decorrer de suas participações, já que o exercício democrático também é forma de capacitação.

9. A importância da parceria TCU – Conselhos de Saúde

A inserção dos conselhos de saúde em nosso ordenamento jurídico pode ser visto como ampliação das instâncias de controle, aumentando a visibilidade e a responsabilidade (*accountability*) dos fundos públicos.¹⁵

O Brasil tem mais de 5.500 municípios distribuídos em imensa extensão territorial. Como avaliar a utilização dos recursos transferidos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde? Como avaliar a utilização dos recursos fundo a fundo descentralizados para esses municípios? Mesmo o TCU possuindo em seu quadro funcional pessoal altamente capacitado e dispondo de mecanismos eficientes, o controle externo desses recursos federais não consegue chegar de forma efetiva a todos municípios. Quem melhor para acompanhar sua aplicação que a sociedade local, o munícipe tão próximo ao gestor, tão conhecedor das reais necessidades daquela comunidade? Uma vez que os conselhos de saúde possuem a atribuição de fiscalizar a garantia dos direitos dos cidadãos no SUS e são os reais conhecedores da aplicação de recursos nas suas comunidades, o estreitamento da relação do TCU com esses colegiados aumentaria a qualidade do controle do gasto público.

Hoje, o número de conselheiros de saúde ultrapassa o número de vereadores.¹⁶ Não se chega a ter 60 mil vereadores, mas estima-se que o número dos componentes dos conselhos de saúde ultrapasse essa marca. Ainda que a atuação deles seja de relevância pública e faça parte das funções de Estado, ela é independente do governo correspondente. Trabalhar em parceria com eles ampliaria o controle dos recursos transferidos.

¹⁴ DAHL, 2001, p. 48

¹⁵ LOPES, p. 33

¹⁶ OLIVEIRA, 2005, p.127

Com a Emenda Constitucional nº 29, de 14 de setembro de 2000, conferiu-se aos conselhos de saúde condição constitucional ao poder de fiscalizar “*os recursos dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinados às ações e serviços públicos de saúde e os transferidos pela União para a mesma finalidade [...], sem prejuízo do disposto no art. 74 da Constituição Federal*”.¹⁷ Ao colocar “*sem prejuízo do disposto no art. 74*” está implícito que o controle exercido pelos conselhos ocorrerá de forma paralela, ou melhor ainda, em sistema de cooperação com o Sistema de Controle Interno do Poder Executivo. Uma vez que o Controle Interno tem a finalidade de “*apoiar o controle externo no exercício de sua missão institucional*”¹⁸, é possível concluir que os conselhos de saúde também podem trabalhar em parceria com o TCU. Essa exposição de motivos baseada no texto constitucional tem apenas o condão de fortalecer a tese da importância do trabalho em conjunto com os conselhos de saúde.

O TCU, há algum tempo, vem se preocupando com o controle social. Inicialmente, foi elaborada, no ano de 1998, uma auditoria com o objetivo de promover diagnóstico da área de saúde no Brasil, abrangendo órgãos federais, estaduais e municipais gestores do Sistema Único de Saúde, Unidades Hospitalares e órgãos formuladores de políticas para o Setor Saúde, que culminou com a Decisão nº 635/99-TCU-Plenário. Nela, foi determinada a instauração de comissão para trabalhar a questão “*Necessidade de Desenvolvimento de Nova Sistemática de Avaliação e Controle do Sistema Único de Saúde*”, constante dos autos que a gerou. Foi estabelecido então o “*Projeto Metodologia de Fiscalização do Sistema Único de Saúde – SUS*” para atender o item 8.6 da referida decisão, que determinava “*... encontrar e propor soluções para os questionamentos que envolvem o controle a cargo deste Tribunal na área de saúde*”.

Esse projeto foi de grande importância no esclarecimento do funcionamento dos recursos transferidos fundo a fundo e o resultado apresentou algumas linhas de atuação para o TCU, embora não tenha citado a possibilidade de articulação com os conselhos de saúde.

Mais recentemente surgiu o projeto Diálogo Público, cujo objetivo é esclarecer sobre a função de controle do Estado e estimular o controle social e a cidadania. Nos eventos já realizados, enfocou-se a participação da sociedade na função de controle. Foram tratados temas como “*controle social e atuação de agentes de controle social*” e “*contribuições dos órgãos de controle à gestão municipal*”, bem como, de forma um pouco mais específica, no evento realizado pela 4ª Secretaria de Controle Externo – 4ª Secex, em 2004, “*Contribuições*

¹⁷ Constituição Federal, Atos das Disposições Constitucionais Transitórias, art. 74, § 3º

¹⁸ Constituição Federal, art. 74, inciso IV.

para o fortalecimento da atuação dos Conselhos de Saúde e de Assistência Social". No entanto, não se estabeleceu mecanismos de como essa atuação poderia ocorrer.

O Tribunal estipulou, dentro do Plano Estratégico para o quinquênio 2006-2010¹⁹, as principais orientações e compromissos para pautarem suas ações. Dentre as diretrizes estabelecidas, podem ser citadas algumas que estão mais diretamente ligadas a este trabalho, quais sejam: *“coibir a ocorrência de fraude e desvios de recursos”*, como expectativa de resultados a serem alcançados; *“estimular o controle social”* e *“atuar em cooperação com órgãos públicos e com a rede de controle”*, como processos internos; além de outras, não menos importantes, como *“intensificar o relacionamento com [...] a sociedade”* e *“atuar de forma seletiva em áreas de risco e relevância”*.

Para que essas diretrizes possam ser implementadas, é necessário estabelecer canais de comunicação eficientes com a sociedade, fortalecê-la e capacitá-la, para que exija mais dos gestores. Entre outras possibilidades, essa aproximação se estabelece por meio dos conselhos de saúde.

É um desafio a ser enfrentado pelo TCU. Ao contar com a cooperação das comunidades envolvidas, a efetividade de suas ações fica reforçada. Em contrapartida, essa aproximação fortalece os conselhos e amplia na sociedade civil a possibilidade de cultura participativa no controle da efetividade e da equidade das políticas públicas.

Além do fortalecimento do controle dos recursos descentralizados, pode-se vislumbrar a diminuição do corporativismo e do clientelismo, aumentando a representatividade e a legitimidade da participação popular na alocação dos recursos da saúde.

Mesmo existindo muitos vícios e falhas na criação e na atuação dos conselhos de saúde, eles são o meio mais eficaz de participação social na gestão pública. São os mais indicados para verificar a efetividade da aplicação de recursos, não se restringindo a analisar se foram aplicados de forma econômica, mas também se atenderam aos princípios da efetividade e do interesse público. A articulação do TCU com os conselhos os qualificaria e, em contrapartida, o Tribunal se fortaleceria na sua missão constitucional de assegurar a efetiva aplicação dos recursos públicos em benefício da sociedade.

A parceria com os conselhos de saúde também auxiliaria na verificação da efetividade dos programas e projetos desenvolvidos pelo Ministério da Saúde, ressaltando-se que alguns deles já são objeto de auditorias de natureza operacional pela Secretaria de

¹⁹http://www2.tcu.gov.br/pls/portal/docs/PAGE/TCU/PUBLICACOES/PUBLICACOES_INSTITUCIONAIS/PET_2006-2010.PDF (ultimo acesso em.28/02/2006)

Fiscalização e de Avaliação de Programas de Governo – SEPROG, tais como o Programa de Saúde da Família – PSF e o Programa de Valorização e Saúde do Idoso.

Outro resultado positivo seria a otimização do controle *a priori* dos gastos públicos, visto ser mais eficiente evitar o desvio do que conseguir sua devolução. É necessário encontrar mecanismos que controlem a aplicação de recursos de forma concomitante, e quem melhor para fazer isso do que a comunidade? Haveria instância mais apropriada que o conselho de saúde?

Essa cooperação poderia ser viabilizada com medidas simples como, por exemplo, a articulação com os conselhos de saúde em caso de auditorias nos recursos repassados do FNS para os FES e FMS. Outra medida, também muito simples, seria buscá-los, por ocasião de recebimento de denúncias ou representações, para ver se existem informações sobre o caso ou fatos semelhantes. Tais medidas serão facilitadas uma vez que o CNS está implantando o Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde.

Medida mais complexa seria reunir-se com alguns conselhos, em funcionamento mais efetivo, para traçar estratégias e estabelecer instrumentos de atuação conjunta. Essa articulação não se dará de forma imediata, mas sim em processo continuado, onde as boas ações de alguns conselhos “contaminarão” os demais. Haveria qualificação de multiplicadores em pólos municipais de microrregiões que demonstrarem maior interesse, e gradativamente a “contaminação” dos municípios vizinhos.

Propostas semelhantes já foram desenvolvidas pelo TCU nas áreas de educação e assistência social. Foram distribuídas cartilhas em todos os municípios brasileiros para orientar a atuação dos membros dos Conselhos de Alimentação Escolar (CAEs) no acompanhamento e análise da prestação de contas do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE). Também foi realizada auditoria para avaliar a atuação dos conselhos de assistência social na verificação do uso dos recursos públicos federais. Atualmente está em fase de elaboração a cartilha Controle Social dos Recursos Públicos – Conselhos de Assistência Social.

10. Considerações Finais

Os movimentos sociais sanitários recriaram espaços públicos e eram compostos por uma heterogeneidade de sujeitos na luta pelos direitos sociais e pela democratização do Estado. Nessa luta, a principal reivindicação era pela participação direta na solução de problemas por meio de ação comunicativa própria. Se hoje o movimento social está institucionalizado, até com força constitucional, é importante que ele não perca a autonomia e a participação popular nos seus espaços de discussão.

A Carta Magna, seguindo o conceito de que a gestão é tão melhor quanto mais próxima estiver da execução, descentralizou as ações e serviços de saúde e criou mecanismos de transferência de recursos. Estabeleceu que a descentralização política e administrativa e o controle social eram elementos indispensáveis para se atingir o tão preconizado direito igualitário e universal, consubstanciado no SUS.

Nessa esteira, as conferências e os conselhos de saúde surgiram como instrumentos decisivos na implementação de políticas de saúde, ligadas às reais necessidades da população, e para levar o cidadão a acompanhar todas as esferas da aplicação dos recursos da saúde, garantindo a transparência e eficiência da alocação de recursos públicos.

Diversos problemas e desvirtuamentos surgiram no estabelecimento e funcionamento desses conselhos. Alguns na área de elaboração de políticas públicas, outros na área do controle, sendo que este último recebeu maior enfoque deste trabalho.

Não obstante os obstáculos apontados, os conselhos não podem estagnar. Devem buscar caminhos alternativos, dentre eles, o de se relacionar com o Ministério Público e os Tribunais de Contas.

Como se demonstrou, a complementaridade das ações de controle exercidas pelos conselhos de saúde com as efetuadas pelo TCU contribuiria para fortalecer o acompanhamento da aplicação dos recursos no SUS, já que a falta de controle e fiscalização facilita a corrupção e outras formas de má utilização de recursos.

Ademais, a aproximação do TCU a esses colegiados também os fortaleceria. Contribuiria, inclusive, para implementar de fato a atuação daqueles que tenham sido criados apenas para cumprir o estabelecido em lei e, assim, permitir ao ente federativo correspondente receber repasses financeiros.

Essa medida resultaria na qualificação da participação popular no controle e na formulação das políticas públicas de saúde.

11. Bibliografia

BALSEMÃO, Adalgiza. Competências e Rotinas de Funcionamento dos Conselhos de Saúde no Sistema Único de Saúde do Brasil. In: **Direito Sanitário e Saúde Pública**. (Coletânea de Textos – Série E. Legislação de Saúde). Vol. 1. Brasília, 2003. p. 301-312.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimento em Saúde. Departamento de Gerenciamento de Investimentos. **Guia do Conselheiro: Curso de Capacitação de Conselheiros Estaduais e Municipais de Saúde**. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília – DF, 2002.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. Auditoria. Programa de Ação na Área de Saúde. **Diagnóstico da saúde pública no Brasil, abrangendo órgãos federais, estaduais e municipais, gestores do SUS, unidades hospitalares e órgãos formuladores de políticas para o setor**. Decisão 635/1999 – Plenário.

CASTRO, Marcus Faro. Dimensões Políticas e Sociais do Direito Sanitário Brasileiro. In: **Direito Sanitário e Saúde Pública**. (Coletânea de Textos – Série E. Legislação de Saúde). Vol. 1. Brasília, 2003. p. 379-390.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **Desafios para o Controle Social: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

FEIJÓ, Adriana Maria de Vasconcelos. A Importância dos Conselhos de Saúde para a Efetivação dos Princípios Constitucionais Relativos à Saúde. In: **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, vol. 4, nº 2, p. 63-81, julho de 2003.

GAVRONSKI, Alexandre Amaral. Conselhos de Saúde, Democracia Participativa e a Inconstitucionalidade da Presidência Nata. In: **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, vol. 4, nº 2, p. 82-106, julho de 2003.

GOHN, Maria da Glória. **Conselhos Gestores e Participação Sociopolítica**. 2^a ed. São Paulo: Cortez, 2003.

LOPES, José Reinaldo de Lima. Os Conselhos de Participação Popular – Validade Jurídica de suas Decisões. In: **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, vol. 1, nº 1, p. 23-35, novembro de 2000.

MAZZILLI, Hugo Nigro. Os Interesses Transindividuais: Sua Defesa Judicial e Extrajudicial. In: **Direito Sanitário e Saúde Pública**. (Coletânea de Textos – Série E. Legislação de Saúde). Vol. 1. Brasília, 2003. p. 87-112.

MELO, José Valdemiro de. Homologações das Decisões dos Conselhos de Saúde. In: **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, vol. 4, nº 2, p. 107-122, julho de 2003.

OLIVEIRA, Mariana Siqueira de Carvalho. **Por uma Construção Democrática do Direito à Saúde: a Constituição Federal, os Instrumentos de Participação Social e a Experiência do Conselho Nacional de Saúde**. Brasília, 2005. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Direito, UnB.

PASQUALOTTO, Adalberto. A Participação da Sociedade na Distribuição da Justiça. In: **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, vol. 1, nº 1, p. 11-22, novembro de 2000.

PEDALINI, Livia Maria. Conferências e Conselhos de Saúde e o Controle Social. In: **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, vol. 4, nº 2, p. 60-62, julho de 2003.

PIETRO, Maria Sylvia Zanella Di. Participação da Comunidade em Órgãos da Administração Pública. In: **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, vol. 1, nº 1, p. 36-48, novembro de 2000.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. A Relação entre os Órgãos Executivos e o Conselho Nacional de Saúde na Gestão do SUS: um Relato Comentado. In: **Direito Sanitário e Saúde Pública**. (Coletânea de Textos – Série E. Legislação de Saúde). Vol. 1. Brasília, 2003. p. 313-318.

SCHWARTZ, Germano. Gestão compartilhada sanitária no Brasil: possibilidade de efetivação do direito à saúde. In: **A saúde sob os cuidados do direito**, Passo Fundo, Série Direito: 5, 2003. p. 108-162.