

- g) Comprovar a estruturação do componente estadual do SNA.
- h) Comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas, quanto à contratação, pagamento, controle e auditoria dos serviços sob sua gestão e quanto à avaliação do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde da população do estado.
- i) Comprovar a dotação orçamentária do ano e o dispêndio no ano anterior, correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Estadual, de acordo com a legislação em vigor.
- j) Apresentar à CIT a formalização do pleito, devidamente aprovado pelo CES e pela CIB, atestando o cumprimento dos requisitos gerais e específicos relativos à condição de gestão pleiteada.
- k) Comprovar a criação do Comitê Interinstitucional de Epidemiologia, vinculado ao Secretário Estadual de Saúde.
- l) Comprovar o funcionamento de serviço de vigilância sanitária no estado, organizado segundo a legislação e capacidade de desenvolvimento de ações de vigilância sanitária.
- m) Comprovar o funcionamento de serviço de vigilância epidemiológica no estado.

16.3. GESTÃO AVANÇADA DO SISTEMA ESTADUAL

16.3.1. Responsabilidades Específicas

- a) Contratação, controle, auditoria e pagamento do conjunto dos serviços, sob gestão estadual, contidos na FAE;
- b) Contratação, controle, auditoria e pagamento dos prestadores de serviços incluídos no PAB dos municípios não habilitados;
- c) Ordenação do pagamento dos demais serviços hospitalares e ambulatoriais, sob gestão estadual;
- d) Operação do SIA/SUS, conforme normas do MS, e alimentação dos bancos de dados de interesse nacional.

16.3.2. Requisitos Específicos

- a) Apresentar a programação pactuada e integrada ambulatorial, hospitalar e de alto custo, contendo a referência intermunicipal e os critérios para a sua elaboração.
- b) Dispor de 60% dos municípios do estado habilitados nas condições de gestão estabelecidas nesta NOB, independente do seu contingente populacional; ou 40% dos municípios habilitados, desde que, nestes, residam 60% da população.
- c) Dispor de 30% do valor do TFA comprometido com transferências regulares e automáticas aos municípios.

16.3.3. Prerrogativas

- a) Transferência regular e automática dos recursos correspondentes à Fração Assistencial Especializada (FAE) e ao Piso Assistencial Básico (PAB) relativos aos municípios não-habilitados.
- b) Transferência regular e automática do Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS) referente aos municípios não habilitados nesta NOB.
- c) Transferência regular e automática do Índice de Valorização do Impacto em Vigilância Sanitária (IVISA).
- d) Remuneração por serviços produzidos na área da vigilância sanitária.
- e) Transferência de recursos referentes às ações de epidemiologia e controle de doenças.

16.4. GESTÃO PLENA DO SISTEMA ESTADUAL

16.4.1. Responsabilidades Específicas

a) Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores do conjunto dos serviços sob gestão estadual, conforme definição da CIB.

b) Operação do SIA/SUS e do SIH/SUS, conforme normas do MS, e alimentação dos bancos de dados de interesse nacional.

16.4.2. Requisitos Específicos

a) Comprovar a implementação da programação integrada das ações ambulatoriais, hospitalares e de alto custo, contendo a referência intermunicipal e os critérios para a sua elaboração.

b) Comprovar a operacionalização de mecanismos de controle da prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares, tais como: centrais de controle de leitos e internações, de procedimentos ambulatoriais e hospitalares de alto/custo e ou complexidade e de marcação de consultas especializadas.

c) Dispor de 80% dos municípios habilitados nas condições de gestão estabelecidas nesta NOB, independente do seu contingente populacional; ou 50% dos municípios, desde que, nestes, residam 80% da população.

d) Dispor de 50% do valor do TFA do estado comprometido com transferências regulares e automáticas aos municípios.

16.4.3. Prerrogativas

a) Transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao valor do Teto Financeiro da Assistência (TFA), deduzidas as transferências fundo a fundo realizadas a municípios habilitados.

b) Transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao Índice de Valorização de Resultados (IVR).

c) Transferência regular e automática do Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS) referente aos municípios não habilitados nesta NOB.

d) Transferência regular e automática do Índice de Valorização do Impacto em Vigilância Sanitária (IVISA).

e) Remuneração por serviços produzidos na área da vigilância sanitária.

f) Normalização complementar, pactuada na CIB e aprovada pelo CES, relativa ao pagamento de prestadores de serviços assistenciais sob sua contratação, inclusive alteração de valores de procedimentos, tendo a tabela nacional como referência mínima.

g) Transferência de recursos referentes às ações de epidemiologia e de controle de doenças.

17. DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

17.1. As responsabilidades que caracterizam cada uma das condições de gestão definidas nesta NOB constituem um elenco mínimo e não impedem a incorporação de outras pactuadas na CIB e aprovadas pelo CES, em especial aquelas já assumidas em decorrência da NOB-SUS Nº 01/93.

17.2. No processo de habilitação às condições de gestão estabelecidas nesta NOB, são considerados os requisitos já cumpridos para habilitação nos termos da NOB-SUS Nº 01/93, cabendo ao município ou ao estado pleiteante a comprovação exclusiva do cumprimento

dos requisitos introduzidos ou alterados pela presente Norma Operacional, observando os seguintes procedimentos:

17.2.1. Para que os municípios habilitados atualmente nas condições de gestão incipiente e parcial possam assumir a condição plena da atenção básica definida nesta NOB, devem apresentar à CIB os seguintes documentos, que completam os requisitos para habilitação:

17.2.1.1. ofício do gestor municipal pleiteando a alteração na condição de gestão;

17.2.1.2. ata do CMS aprovando o pleito de mudança de habilitação;

17.2.1.3. ata das três últimas reuniões do CMS;

17.2.1.4. extrato de movimentação bancária do Fundo Municipal de Saúde relativo ao trimestre anterior à apresentação do pleito;

17.2.1.5. comprovação, pelo gestor municipal, de condições técnicas para processar o SIA/SUS;

17.2.1.6. declaração do gestor municipal comprometendo-se a alimentar, junto à SES, o banco de dados nacional do SIA/SUS;

17.2.1.7. proposta aprazada de estruturação do serviço de controle e avaliação municipal;

17.2.1.8. comprovação da garantia de oferta do conjunto de procedimentos coberto pelo PAB; e

17.2.1.9. ata de aprovação do relatório de gestão no CMS.

17.2.2. Para que os municípios habilitados atualmente na condição de gestão semiplena possam assumir a condição de gestão plena do sistema municipal definida nesta NOB, devem comprovar à CIB:

17.2.2.1. a aprovação do relatório de gestão pelo CMS, mediante apresentação da ata correspondente;

17.2.2.2. a existência de serviços que executem os procedimentos cobertos pelo PAB no seu território, e de serviços de apoio diagnóstico em patologia clínica e radiologia básica simples, oferecidos no próprio município ou contratados de outro gestor municipal;

17.2.2.3. a estruturação do componente municipal do SNA; e

17.2.2.4. a integração e articulação do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na PPI. Caso o município não atenda a esse requisito, pode ser enquadrado na condição de gestão plena da atenção básica até que disponha de tais condições, submetendo-se, neste caso, aos mesmos procedimentos referidos no item 17.2.1.

17.2.3. Os estados habilitados atualmente nas condições de gestão parcial e semiplena devem apresentar a comprovação dos requisitos adicionais relativos à nova condição pleiteada na presente NOB.

17.3. A habilitação de municípios à condição de gestão plena da atenção básica é decidida na CIB dos estados habilitados às condições de gestão avançada e plena do sistema estadual, cabendo recurso ao CES. A SES respectiva deve informar ao MS a habilitação procedida, para fins de formalização por portaria, observando as disponibilidades financeiras para a efetivação das transferências regulares e automáticas pertinentes. No que se refere à gestão plena do sistema municipal, a habilitação dos municípios é decidida na CIT, com base em relatório da CIB e formalizada em ato da SAS/MS. No caso dos estados categorizados na condição de gestão convencional, a habilitação dos municípios a qualquer das condições de gestão será decidida na CIT, com base no processo de avaliação elaborado e encaminhado pela CIB, e formalizada em ato do MS.

17.4. A habilitação de estados a qualquer das condições de gestão é decidida na CIT e formalizada em ato do MS, cabendo recurso ao CNS.

17.5. Os instrumentos para a comprovação do cumprimento dos requisitos para habilitação ao conjunto das condições de gestão de estados e municípios, previsto nesta NOB, estão sistematizados no ANEXO I.

17.6. Os municípios e estados habilitados na forma da NOB-SUS Nº 01/93 permanecem nas respectivas condições de gestão até sua habilitação em uma das condições estabelecidas por esta NOB, ou até a data limite a ser fixada pela CIT.

17.7. A partir da data da publicação desta NOB, não serão procedidas novas habilitações ou alterações de condição de gestão na forma da NOB-SUS Nº 01/93. Ficam excetuados os casos já aprovados nas CIB, que devem ser protocolados na CIT, no prazo máximo de 30 dias.

17.8. A partir da publicação desta NOB, ficam extintos o Fator de Apoio ao Estado, o Fator de Apoio ao Município e as transferências dos saldos de teto financeiro relativos às condições de gestão municipal e estadual parciais, previstos, respectivamente, nos itens 3.1.4; 3.2; 4.1.2 e 4.2.1 da NOB-SUS Nº 01/93.

17.9. A permanência do município na condição de gestão a que for habilitado, na forma desta NOB, está sujeita a processo permanente de acompanhamento e avaliação, realizado pela SES e submetido à apreciação da CIB, tendo por base critérios estabelecidos pela CIB e pela CIT, aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde.

17.10. De maneira idêntica, a permanência do estado na condição de gestão a que for habilitado, na forma desta NOB, está sujeita a processo permanente de acompanhamento e avaliação, realizado pelo MS e submetido à apreciação da CIT, tendo por base critérios estabelecidos por esta Comissão e aprovados pelo CNS.

17.11. O gestor do município habilitado na condição de Gestão Plena da Atenção Básica que ainda não dispõe de serviços suficientes para garantir, à sua população, a totalidade de procedimentos cobertos pelo PAB, pode negociar, diretamente, com outro gestor municipal, a compra dos serviços não disponíveis, até que essa oferta seja garantida no próprio município.

17.12. Para implantação do PAB, ficam as CIB autorizadas a estabelecer fatores diferenciados de ajuste até um valor máximo fixado pela CIT e formalizado por portaria do Ministério (SAS/MS). Esses fatores são destinados aos municípios habilitados, que apresentam gastos *per capita* em ações de atenção básica superiores ao valor *per capita* nacional único (base de

cálculo do PAB), em decorrência de avanços na organização do sistema. O valor adicional atribuído a cada município é formalizado em ato próprio da SES.

17.13. O valor *per capita* nacional único, base de cálculo do PAB, é aplicado a todos os municípios, habilitados ou não nos termos desta NOB. Aos municípios não habilitados, o valor do PAB é limitado ao montante do valor *per capita* nacional multiplicado pela população e pago por produção de serviço.

17.14. Num primeiro momento, em face da inadequação dos sistemas de informação de abrangência nacional para aferição de resultados, o IVR é atribuído aos estados a título de valorização de desempenho na gestão do Sistema, conforme critérios estabelecidos pela CIT e formalizados por portaria do Ministério (SAS/MS).

17.15. O MS continua efetuando pagamento por produção de serviços (relativos aos procedimentos cobertos pelo PAB) diretamente aos prestadores, somente no caso daqueles municípios não-habilitados na forma desta NOB, situados em estados em gestão convencional.

17.16. Também em relação aos procedimentos cobertos pela FAE, o MS continua efetuando o pagamento por produção de serviços diretamente a prestadores, somente no caso daqueles municípios habilitados em gestão plena da atenção básica e os não habilitados, na forma desta NOB, situados em estados em gestão convencional.

17.17. As regulamentações complementares necessárias à operacionalização desta NOB são objeto de discussão e negociação na CIT, observadas as diretrizes estabelecidas pelo CNS, com posterior formalização, mediante portaria do MS.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

RESOLUÇÃO Nº 33, de 23 de dezembro de 1992

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, com base em suas competências regimentais e nas atribuições conferidas pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, em sua reunião ocorrida em 2 e 3 de dezembro de 1992 e considerando o objetivo de acelerar e consolidar o controle social do SUS, por intermédio dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, com base na Constituição Federal e na legislação supracitada,

RESOLVE:

I - Aprovar o documento "Recomendações para a Constituição e Estruturação de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde", na forma anexa.

JAMIL HADDAD

Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução nº 33, nos termos do Decreto de 12 de novembro de 1991.

JAMIL HADDAD

Ministro de Estado da Saúde

MINISTÉRIO DA SAÚDE

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

RECOMENDAÇÕES PARA A CONSTITUIÇÃO E ESTRUTURAÇÃO DE CONSELHOS ESTADUAIS E MUNICIPAIS DE SAÚDE

O Conselho Nacional de Saúde, em sua reunião plenária de 2 e 3 de dezembro de 1992, com o objetivo de acelerar e consolidar o controle social do SUS, por intermédio dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, com base na Constituição Federal, e na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90) e na Lei nº 8.142/90 e conforme definições emanadas da 9ª CNS, recomenda as seguintes diretrizes:

1. DEFINIÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Com base na legislação já existente, pode-se definir um Conselho de Saúde como o órgão ou instância colegiada de caráter permanente e deliberativo, em cada esfera de governo, integrante da estrutura básica da Secretaria ou Departamento de Saúde dos Estados e Municípios, com composição, organização e competência fixadas em lei. O Conselho consubstancia a participação da sociedade organizada na administração do Sistema de Saúde, propiciando o controle social desse sistema.

2. COMPOSIÇÃO DOS CONSELHOS

A participação comunitária é enfatizada na legislação, tornando os Conselhos uma instância privilegiada na discussão da política de saúde. A legislação também estabelece a composição paritária dos usuários, em relação aos outros segmentos representados. Desta forma, um Conselho de Saúde deverá ser composto por representantes do Governo, de profissionais de saúde, de prestadores de serviços de saúde e usuários, sendo o seu presidente eleito entre os membros do Conselho, em reunião plenária.

Recomenda ainda que o número de conselheiros não seja inferior a 10 nem superior a 20 membros. A situação de cada Estado e Município e a discussão com os segmentos que participarão do Conselho levará à melhor definição dessa composição numérica. A representação de órgãos e/ou entidades, que será apresentada, a seguir, como exemplo, poderá sofrer modificações de acordo com a realidade existente em cada Estado, Município e no Distrito Federal, preservando-se, porém, o princípio da paridade em relação aos usuários.

Em relação aos Conselhos Estaduais de Saúde:

- representante(s) do Governo Federal, indicado(s) pelo Ministro de Estado da Saúde e outros Ministérios;
- representante da Secretaria de Saúde do Estado;
- representante(s) das Secretarias Municipais de Saúde;
- representante(s) dos trabalhadores na área de saúde;
- representante(s) de prestadores de serviço de saúde, sendo 50% de entidades filantrópicas e 50% de entidades não filantrópicas;

A representação dos usuários deverá ser composta por:

- representante(s) de entidades congregadas de sindicatos de trabalhadores urbanos e rurais;
- representante(s) de movimentos comunitários organizados na área da saúde;
- representante(s) de conselhos comunitários, associações de moradores ou entidades equivalentes;
- representante(s) de associações de portadores de deficiências;
- representante(s) de associações de portadores de patologias;
- representante(s) de entidades de defesa do consumidor.

A representação total dos Conselhos deve ser distribuída da seguinte forma:

· 50% de usuários, 25% de trabalhadores de saúde e 25% de prestadores de serviços (público e privado).

Os representantes dos usuários deverão ser indicados impreterivelmente pelas suas entidades.

Em relação aos Conselhos Municipais de Saúde, propõe-se uma composição semelhante à dos Conselhos Estaduais, adaptada ao Município. Geralmente, não será necessária a presença de representante do Governo Federal, a não ser em casos especiais, que serão definidos localmente. Os usuários terão representação semelhante a dos Conselhos Estaduais. Os outros segmentos deverão ser representantes do Governo Estadual, do Governo Municipal, dos trabalhadores da área da saúde e dos prestadores de serviços de saúde de entidades filantrópicas e não filantrópicas.

Nenhum conselheiro poderá ser remunerado pelas suas atividades, sendo as mesmas consideradas de relevância pública.

3. ESTRUTURA DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Os organismos de Governo Estadual e Municipal deverão dar apoio e suporte administrativo para a estruturação e funcionamento dos Conselhos, garantindo-lhes dotação orçamentária.

O Conselho de Saúde deverá ter como órgãos o Plenário e o Colegiado Pleno e uma Secretaria Executiva com assessoria técnica. O Plenário ou Colegiado Pleno será composto pelo conjunto de conselheiros.

Os atos dos Conselhos serão homologados pelo chefe do poder executivo local, podendo esta atribuição ser delegada aos respectivos secretários Estadual e Municipal, conforme o caso.

O Plenário reunir-se-á obrigatoriamente uma vez ao mês e extraordinariamente sempre que necessário, e funcionará baseado em Regimento Interno a ser elaborado e aprovado pelo próprio Plenário. A Secretaria Executiva deverá ser a unidade de apoio ao funcionamento do Conselho de Saúde, secretariando suas reuniões e servindo de instrumento divulgador de suas deliberações, mantendo intercâmbio constante com as unidades do Sistema Único de Saúde e articulando os entendimentos necessários ao aprimoramento do mesmo. Para tal, deverá contar com pessoal administrativo e pessoal técnico, que funcionará com Assessoria Técnica ao Plenário e mobilizará consultorias e assessoramento por parte das instituições, órgãos e entidades da área de saúde que possam dar suporte e apoio técnico ao Conselho. Os órgãos de Governo Estadual ou Municipal devem prestar apoio, informações e assessorias aos Conselhos de Saúde. As dimensões de cada estrutura da Secretaria Executiva componente do Conselho Estadual ou Municipal de Saúde deverão ser discutidas e definidas caso a caso, para evitar-se superdimensionamento. A Secretaria Executiva está subordinada ao Plenário do Conselho.

O ato de criação do Conselho de Saúde, bem como sua composição, organização, estrutura e competência deverão ser estabelecidos por lei estadual ou municipal, e referendados pelo Poder Executivo correspondente, que nomeará os conselheiros indicados pelos órgãos e entidades. O mandato dos conselheiros será definido no Regimento Interno, não devendo coincidir com o mandato do governo Estadual ou Municipal, sugerindo-se que tenha a duração de dois anos, podendo ser reconduzido a critério das respectivas representações (IX Conferência Nacional de Saúde). O Regimento Interno de cada Conselho também definirá o quorum mínimo para o caráter deliberativo das reuniões do Plenário e para as questões de suplência e perda do mandato por faltas justificadas. Os Conselhos têm autonomia de se autoconvocar. Suas reuniões devem ser abertas ao público, com pauta e datas previamente divulgadas pela imprensa.

4. COMPETÊNCIA DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Os Conselhos de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, que têm algumas competências já definidas nas leis federais e complementadas pelas legislações estaduais e municipais, poderão ainda:

- atuar na formulação e controle da execução da política de saúde, incluídos seus aspectos econômicos, financeiros e de gerência técnico-administrativa;
- estabelecer estratégias e mecanismos de coordenação e gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados em nível nacional, estadual e municipal;
- traçar diretrizes de elaboração e aprovar os planos de saúde, adequando-os às diversas realidades epidemiológicas e à capacidade organizacional dos serviços;
- propor a adoção de critérios que definam qualidade e melhor resolutividade, verificando o processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos na área;
- propor medidas para o aperfeiçoamento da organização e do funcionamento do Sistema Único de Saúde - SUS;
- examinar propostas e denúncias, responder a consultas sobre assuntos pertinentes a ações e serviços de saúde, bem como apreciar recursos a respeito de deliberações do Colegiado;
- fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e serviços de saúde;
- propor a convocação e estruturar a comissão organizadora das Conferências Estaduais e Municipais de Saúde;
- fiscalizar a movimentação de recursos repassados à Secretaria de Saúde e/ou ao Fundo de Saúde;
- estimular a participação comunitária no controle da administração do Sistema de Saúde;
- propor critérios para a programação e para as execuções financeira e orçamentária dos Fundos de Saúde, acompanhando a movimentação e destinação de recursos;
- estabelecer critérios e diretrizes quanto à localização e ao tipo de unidades prestadoras de serviços de saúde públicos e privados, no âmbito do SUS;
- elaborar o Regimento Interno do Conselho e suas normas de funcionamento;
- estimular, apoiar ou promover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas na área de saúde de interesse para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde;
- outras atribuições estabelecidas pela Lei Orgânica da Saúde e pela IX Conferência Nacional de Saúde.

SETEMBRO DE 1996

3. CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE

Os participantes da 10ª Conferência Nacional de Saúde-CNS deliberaram pelo aprofundamento e pelo fortalecimento do Controle Social, reafirmando a obrigação dos Gestores de cumprirem a legislação do SUS também no que se refere ao caráter permanente e deliberativo dos Conselhos de Saúde na formulação e no controle da execução da política de saúde. Determinaram, ainda, as responsabilidades dos Gestores do SUS no estabelecimento de medidas que garantam o pleno funcionamento dos Conselhos de Saúde. Destacaram proposições de alteração da composição atual dos Conselhos de Saúde e de reforço da articulação autônoma entre Conselhos e Conselheiros de Saúde.

3.1. CONTROLE SOCIAL SOBRE O SUS

1. No que se refere ao aprofundamento do controle social, para a democratização do SUS, os participantes da 10ª CNS deliberaram que os Conselhos de Saúde devem:

1.1. promover, com apoio técnico e financeiro dos gestores do SUS, a ampla divulgação das resoluções, atividades, datas e locais de reunião dos Conselhos de Saúde, através dos meios de comunicação, cursos, seminários, palestras e boletins;

1.2. financiar, com recursos orçamentários próprios e com outras fontes, jornais, boletins informativos e outras publicações, com linha editorial autônoma e edição periódica, divulgando resoluções, informando sobre a aplicação dos recursos dos Fundos de Saúde, sobre experiências inovadoras e sobre outros assuntos de interesse dos Conselheiros de Saúde e da sociedade;

1.3. estimular a articulação sistemática entre Conselhos/Conselheiros de Saúde e sociedade civil, abrindo suas reuniões à população, demonstrando publicamente a execução de seus gastos e suas ações;

1.4. estimular a participação dos usuários em todos os níveis do SUS, promovendo formas participativas de planejamento e gestão, visando estabelecer prioridades de acordo com as necessidades da população, que deverá ser consultada sobre a implantação de programas, unidades e serviços de saúde;

1.5. cobrar dos parlamentares, do Poder Legislativo, dos gestores do SUS e do Poder Executivo a aprovação de regras e a implementação de medidas que garantam a transparência e a democratização na alocação de recursos financeiros e o controle de sua utilização, pressionando ainda para que apoiem lutas e propostas de interesse coletivo;

1.6. manter articulação permanente com o Ministério Público, o Tribunal de Contas, os Conselhos da Seguridade Social, da Previdência Social e da Assistência Social, a Promotoria dos Direitos do Consumidor (PROCON), os Conselhos Tutelares, da Criança e do Adolescente, do Idoso e com as entidades representativas dos trabalhadores em saúde e dos usuários do SUS;

1.7. promover eventos e oficinas abertas visando informar os usuários do SUS e instrumentalizá-los para o exercício da cidadania.

2. Os Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde devem descentralizar as reuniões, alternando-as entre municípios pólo, sedes dos municípios, distritos e unidades de saúde, com ampla divulgação prévia, informando à população sobre atribuições dos Conselhos de Saúde e a legislação do SUS;

3. Os Conselhos e os gestores do SUS devem constituir e implementar novos mecanismos de participação, os quais devem ter asseguradas, pelos gestores do SUS, todas as informações necessárias para a análise e deliberação das questões a eles pertinentes, bem como para divulgação aos usuários. Os Conselhos e Conferências de Saúde devem obedecer à paridade estabelecida pela Lei Federal Nº 8142/90. Entre esses mecanismos, incluem-se:

3.1. Conselhos Gestores nas unidades e serviços de saúde públicos (ambulatoriais, hospitalares);

3.2. Conselhos Gestores nos hospitais filantrópicos e universitários e nos serviços conveniados com o SUS. A renovação de convênios do SUS com os mesmos deverá ser condicionada à existência e ao funcionamento desses Conselhos;

3.3. Ouvidorias e Serviços Disque-Denúncia em todos os níveis do SUS, vinculados aos Conselhos de Saúde;

3.4. Comissões de Ética Multiprofissionais, vinculadas aos Conselhos de Saúde, para analisar denúncias de mal atendimento e avaliar o comportamento dos trabalhadores em saúde;

3.5. Conselhos Distritais e Regionais de Saúde;

3.6. Conselhos Deliberativos nas indústrias farmacêuticas públicas (50% usuários, 25% trabalhadores, 25% gestores);

3.7. Orçamento participativo setorial sob o controle e coordenação dos Conselhos de Saúde;

3.8. Conferências Micro-Regionais de Saúde;

3.9. Fóruns permanentes de defesa da cidadania plena, para discutir questões relativas ao SUS e à Reforma do Estado;

3.10. Fóruns anuais ampliados nos Estados, nos Municípios, nos Distritos e nas Regiões, para avaliar o processo de implantação do SUS, o cumprimento das deliberações das últimas Conferências e propor temáticas pertinentes para as próximas.

4. O caráter deliberativo e o poder fiscalizador dos Conselhos de Saúde sobre as ações e serviços de saúde devem ser garantidos pelos gestores do SUS através de:

4.1. encaminhamento aos Conselhos de Saúde, para discussão, deliberação e acompanhamento, de todas as propostas relativas à política de saúde (organização, gestão, financiamento, programas, contratos e convênios, etc.);

4.2. homologação e implementação das decisões dos Conselhos de Saúde;

4.3. livre acesso de todos os Conselheiros de Saúde à todas as informações sobre: produção de serviços, horários de trabalho (especialmente plantões), custos de atendimento, indicadores de saúde, elaboração e implementação, Planos de Saúde, metas, propostas, programas, projetos, informações relativas ao saneamento básico e ao meio ambiente, contratos e convênios com a rede privada e filantrópica, implantação de consórcios intermunicipais, orçamento para a saúde e extratos bancários e fluxo de caixa diário das contas dos Fundos de Saúde, auditorias e fiscalizações ou qualquer outra informação solicitada pelos Conselheiros de Saúde. A sonegação de informações deve implicar em crime de responsabilidade;

4.4. clara separação entre as funções deliberativas dos Conselhos de Saúde e as funções executivas dos gestores do SUS.

5. Os Conselhos de Saúde devem implementar ou criar:

5.1. Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador, de Alimentação e Nutrição, de Saneamento e Meio Ambiente, de Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia, de Ciência e Tecnologia em Saúde, de Saúde do Índio, de Recursos Humanos para a Saúde, conforme prevê o artigo 12 da Lei Federal Nº 8080/90;

5.2. Comissões de Reforma Psiquiátrica, de Atuação Profissional na Área da Saúde, de Saúde da Mulher e outras que se fizerem necessárias;

5.3. Comissão Permanente de Acompanhamento do Processo Orçamentário, para controle do financiamento e utilização dos recursos financeiros do SUS;

5.4. Comissão Permanente de Fiscalização, com o objetivo de verificar a qualidade da atenção à saúde e o cumprimento da legislação do SUS.

6. O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde não devem aceitar prestações de contas ou repassar verbas às Secretarias Estaduais e Municipais que não respeitarem, efetivamente, o poder deliberativo dos Conselhos de Saúde sobre a destinação e controle sobre a alocação de recursos financeiros e a definição da política de saúde a ser implementada;

7. Os Conselhos Estaduais de Saúde devem estabelecer montantes e percentuais de recursos estaduais a serem repassados, regular e automaticamente, aos municípios, a partir de critérios técnicos (entre eles os populacionais). Devem, ainda, garantir a transferência da rede de serviços aos municípios segundo os preceitos constitucionais.

8. O Poder Executivo (Federal, Estados e Municípios) deve comprometer-se a implementar novos instrumentos legais que digam respeito à área da saúde apenas após prévia discussão com os Conselhos de Saúde, de acordo com a legislação do SUS;

9. Os Conselhos de Saúde, com apoio técnico e financeiro dos gestores do SUS, devem buscar a criação de espaços na mídia escrita, falada, televisiva e eletrônica para divulgar deliberações e informações dos Conselhos de Saúde.

10. As Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite devem ter suas funções claramente definidas, não devendo avançar sobre as funções deliberativas dos Conselhos de Saúde e submeter suas proposições às decisões dos mesmos.

11. Os Gestores do SUS, Prestadores de Serviços e Trabalhadores em Saúde devem simplificar o linguajar excessivamente técnico utilizado, para possibilitar melhor compreensão pelos Conselheiros de Saúde e Usuários do SUS.

12. Os Conselhos de Saúde devem atuar para garantir orçamentos e aporte de recursos adequados à construção do modelo de promoção à saúde delineado pela legislação do SUS.

13. Os Conselhos de Saúde devem controlar a administração das contas correntes dos Fundos de Saúde, devendo ter acesso aos extratos bancários das mesmas, devendo solicitar auditorias especiais ao Tribunal de Contas ou ao Sistema Nacional de Auditoria, caso sejam constatadas irregularidades.

14. O Conselho Nacional de Saúde deve tomar as medidas necessárias para a criação de legislação que permita a quebra do sigilo bancário das contas dos Fundos de Saúde e de seus administradores a partir de solicitação dos Conselhos de Saúde, quando forem constatadas irregularidades.

3.2. FUNCIONAMENTO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Para assegurar o pleno funcionamento dos Conselhos de Saúde, os gestores do SUS devem:

1.1. colocar à disposição dos Conselhos de Saúde infra-estrutura e recursos financeiros necessários para o pleno exercício de suas funções. Eles devem dispor de dotação orçamentária própria, espaço físico permanente, órgãos de assessoramento técnico, secretaria executiva e de apoio administrativo;

1.2. ressarcir aos Conselheiros de Saúde suas despesas de deslocamento e pagamento de diárias, quando estiverem em exercício de suas funções.

2. Para assegurar seu pleno funcionamento, os Conselhos de Saúde devem:

2.1. promover uma Política Nacional de Capacitação de seus Conselheiros, realizando cursos de capacitação e programas de educação continuada sobre aqueles conteúdos indispensáveis para a sua atuação, os quais serão custeados pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Essas atividades devem ser desenvolvidas pelos Conselhos de Saúde, Universidades Públicas e Núcleos de Saúde, Escolas de Saúde Pública, Sindicatos, Centrais Sindicais e outras organizações, de forma intersetorial. Além das atividades de capacitação, essas entidades deverão prestar assessoria permanente aos Conselhos de Saúde;

2.2. criar subcomissões nos Conselhos Nacional e Estaduais de Saúde para verificar se os Conselhos de Saúde estão realmente funcionando de forma autônoma e permanente;

2.3. propor ao poder legislativo a criação de legislação que impeça a perseguição política e garanta estabilidade, dispensa de ponto e abono de faltas dos trabalhadores dos setores público e privado que são membros dos Conselhos de Saúde, quando no exercício de suas funções, para que possam desempenhar plenamente essas atividades de relevância pública;

2.4. recomendar às autoridades governamentais e aos empregadores do setor privado a dispensa de ponto e abono de faltas aos trabalhadores que são membros dos Conselhos de Saúde, quando no exercício de suas funções, para que possam desempenhar plenamente essas atividades de relevância pública, conforme Resolução Nº 27/92 do Conselho Nacional de Saúde.

2.5. ter regimento interno, revisado e aprovado pela respectiva Conferência de Saúde;

2.6. instituir documento de identidade para Conselheiros de Saúde.

3. O Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Saúde devem incluir, como critério para o nível de gestão plena, que os presidentes dos Conselhos de Saúde tenham sido eleitos pelos Conselheiros, sendo facultativa a candidatura do gestor daquele nível de governo.

4. O Conselho Nacional e os Conselhos Estaduais de Saúde deverão organizar, manter e atualizar periodicamente Cadastros Nacional e Estaduais de Conselhos e de Conselheiros de Saúde com as seguintes informações, entre outras:

4.1. existência e funcionamento de Conselho de Saúde nas unidades e serviços de saúde, distritos, municípios, regiões e estados;

4.2. históricos e instrumentos legais de criação e composição dos Conselhos de Saúde;

4.3. endereços completos dos Conselhos e Conselheiros de Saúde;

4.4. características sócio-demográficas dos Conselheiros, entre outras informações.

3.3. COMPOSIÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

1. O Conselho Nacional de Saúde deve constituir uma comissão para promover a sua reestruturação, apresentando a proposta, previamente discutida em Plenárias Estaduais, à uma Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, num prazo máximo de seis meses a contar da divulgação deste Relatório.

2. Os Conselhos de Saúde devem normatizar o processo de escolha e designação de Conselheiros de Saúde.

3. Os gestores do SUS devem garantir o cumprimento das seguintes regras na composição dos Conselhos de Saúde:

3.1. proporcionalidade: 50% de usuários, 25% de trabalhadores de saúde e 25% de gestores e prestadores;

3.2. os gestores do SUS ficam proibidos de indicar os representantes dos usuários, dos trabalhadores em saúde e dos prestadores de serviços nos Conselhos de Saúde;

3.3. representantes de trabalhadores em saúde, de órgão do Legislativo, Executivo e Judiciário, de entidades patronais, Lions e Rotary ficam proibidos de representarem usuários;

3.4. funcionários com cargo de confiança ficam proibidos de participar como Conselheiros, salvo quando representarem o gestor público ou privado que o emprega;

3.5. a composição dos Conselhos deve ser estabelecida por Lei e não através de decreto do Poder Executivo.

4. Os gestores do SUS e os Conselhos de Saúde devem garantir que o processo de escolha de Conselheiros de Saúde seja fiscalizado pelo Ministério Público e que as entidades com assento nos Conselhos de Saúde comprovem existência legal e representatividade junto a segmentos sociais expressivos.

3.4. AUTONOMIA DE CONSELHOS E CONSELHEIROS DE SAÚDE

Os Conselhos de Saúde devem promover a sua autonomia, o seu fortalecimento político e a organização independente dos Conselheiros de Saúde. Para isso devem:

1.1. criar Comissões Inter-Conselhos Tripartite e Bipartite com o objetivo de proporcionar uma maior integração entre as ações e decisões dos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde;

1.2. integrar a ação dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde com os Conselhos Gestores Distritais e de Unidades e Serviços de Saúde;

1.3. criar mecanismos permanentes para troca de informações entre Conselhos e Conselheiros de Saúde sobre orçamento e da legislação do SUS e outros, para promover a transparência da gestão pública e a boa gerência;

1.4. desenvolver mecanismos de articulação para que os Conselhos Nacional e Estaduais assessorem e acompanhem os Conselhos Municipais de Saúde;

1.5. criar fóruns permanentes de articulação entre Conselheiros de Saúde;

1.6. promover Encontros Nacionais, Estaduais e Regionais de Conselheiros a cada 2 (dois) anos, custeados pelos Fundos Nacional e Estaduais de Saúde;

1.7. viabilizar imediatamente a Plenária Nacional de Conselhos de Saúde.

2. Os Conselhos de Saúde devem ter seu presidente eleito entre os seus membros.

3. Os Conselheiros de Saúde não podem ser remunerados pelas suas atividades, sendo as mesmas consideradas de relevância pública.

Impressão, acabamento e expedição
EDITORA MS/Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SA/SE
MINISTÉRIO DA SAÚDE
SIA Trecho 4, bloco 5406/10 - CEP 71200-040
Telefone: 61/233-2020 fax: 61/233-9558
E-mail: editora.ms@saude.gov.br
Brasília - DF, outubro de 2001
O.S. 0807/2001