



ALGUMAS REFLEXÕES PARA O APERFEIÇOAMENTO DOS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE

SOME REFLECTIONS TO IMPROVE MUNICIPAL HEALTH COUNCILS

Vinicius Pacheco Fluminhan¹

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0279-7546>

Submissão: 21/02/2020

Aprovação: 07/03/2020

Ark:/80372/2596/v6/016



RESUMO:

O controle popular de políticas públicas proposto pela Lei Complementar 141/12 conta com a participação dos Conselhos de Saúde. A lei pressupõe que os membros desses órgãos possuem um mínimo de interesse pelo papel fiscalizatório e uma certa aptidão técnica, sem os quais pode ficar prejudicado o controle externo do Sistema Único de Saúde. O propósito do artigo é identificar se existem carências no funcionamento dos Conselhos capazes de comprometer seus objetivos institucionais, especialmente a fiscalização das receitas e dos gastos em saúde. Trata-se de trabalho de cunho exploratório, baseado em revisão bibliográfica e pesquisa de campo. Para esta, utilizou-se questionário estruturado que foi respondido por 259 conselheiros distribuídos em 17 cidades da região metropolitana de Campinas/SP. Os resultados sugerem que os Conselhos Municipais de Saúde da amostra necessitam de capacitação técnica, assim como de uma revisão quanto à representatividade dos usuários do SUS. Em conclusão, o artigo aponta para a importância da valorização do controle popular e da aplicação do art. 44 da LC 142/12, que garante dotação orçamentária voltada para o programa permanente de educação na saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Cidadania. Democracia Participativa. Conselhos de Saúde.

¹ Advogado, Mestre em Direito pela UNIMEP, Doutor em Direito pela Universidade Presbiteriana Mackenzie com sanduíche CAPES na Université Paris-Nanterre, Professor da Graduação em Direito na Universidade Presbiteriana Mackenzie. E-mail: viniciusfluminhan@terra.com.br

ABSTRACT:

The popular control of public policies proposed by Law 141/12 counts on the participation of the Health Councils. The law assumes that the members of these councils have a minimum interest in the supervisory role and a certain technical knowledge, without which the external control of the Public Health System can be decreased. The purpose of the article is to identify whether there are deficiencies in the functioning of the Councils capable of disturbing their institutional objectives, especially the inspection of Health's Budget. This is an exploratory work, based on bibliographic review and empirical research. For this, a structured questionnaire was used, which was answered by 259 counselors distributed in 17 cities in the metropolitan region of Campinas / SP. The results suggest that the Municipal Health Councils need technical training, as well as a review as to the representativeness of SUS users. In conclusion, the article points to the importance of valuing popular control and the application of art. 44 of LC 142/12, which guarantees a budget allocation for the permanent health education program.

KEYWORDS: Citizenship. Participative Democracy. Health Councils.

1. INTRODUÇÃO

“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” (Norberto Bobbio)

O regime democrático não se traduz apenas pela possibilidade de escolha de representantes pelos eleitores. Ele pressupõe também a participação perene do cidadão na gestão da coisa pública. Conforme o apontamento de Norberto Bobbio, a democracia não é medida somente pela atuação do eleitor. Ela se manifesta, se atualiza e se desenvolve também através de movimentos sociais e foros de participação popular.

A Constituição Federal estimula o exercício da cidadania em vários assuntos de interesse público, dentre eles a gestão do Sistema Único de Saúde (artigo 198, III). Sensível à

exigência constitucional, a Lei 8.142/90 criou os Conselhos de Saúde para todos os níveis da federação, conferindo-lhes poderes deliberatórios e fiscalizatórios que foram aprimorados pela Lei Complementar 141/12, responsável por racionalizar as despesas na área da saúde e ampliar os mecanismos de controle popular.

Do ponto de vista formal, os Conselhos de Saúde são órgãos independentes cuja composição abrange profissionais da área da saúde, representantes do governo, prestadores de serviços de saúde e usuários.

No entanto, embora bem-intencionadas, tanto a Lei 8.142/90 quanto a Lei Complementar 141/12 não garantem, tão somente por seus procedimentos, a atuação independente desses colegiados. Um autêntico controle popular exige aptidão dos conselheiros para deliberar e fiscalizar as políticas públicas.

Portanto, o que dá substância à democracia participativa não é apenas o aumento do espaço público ocupado pelo cidadão, mas também a qualidade daqueles que ocupam este espaço, sob pena de se reproduzir nestes foros algumas das mazelas da democracia representativa.

A descentralização da gestão da saúde pode produzir bons resultados. Mas para isso os conselheiros devem acumular certas competências. É recomendável que tenham contato direto com os serviços, experimentando o sistema como usuário frequente, e que tenham também o conhecimento de regras jurídicas básicas que estruturaram o SUS, posto que são essenciais para a identificação de eventuais desvios da lei. É igualmente importante que os Conselhos possam atuar com assessoria contábil para o exame dos balanços financeiros.

Este artigo levanta a hipótese de que o papel fiscalizatório dos Conselhos Municipais de Saúde pode estar comprometido pela aptidão apenas parcial dos referidos órgãos. Para investigar empiricamente a hipótese, a pesquisa valeu-se de uma amostra envolvendo 17 Conselhos Municipais de Saúde da região metropolitana de Campinas/SP. Os dados foram obtidos durante o ano de 2018, mediante questionário estruturado respondido voluntariamente por 259 conselheiros.

O artigo está estruturado em três seções. A primeira aborda o histórico e a importância dos Conselhos de Saúde. A segunda seção discute a importância da sua aptidão técnica. Em seguida, os dados de campo obtidos na amostra são apresentados e contrapostos às discussões do tópico anterior. Por fim, são tecidas considerações acerca do necessário aprimoramento e valorização dos Conselhos para que se fortaleça o controle popular do SUS.

2. CONSELHOS DE SAÚDE: ORIGEM E IMPORTÂNCIA

Fruto de antiga reivindicação popular, os Conselhos de Saúde foram concebidos em meio ao processo de redemocratização do país e fizeram eco no processo constituinte. A formação das normas constitucionais na área da saúde remonta à famosa 8^a Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que funcionou como uma “verdadeira pré-constituinte da saúde”².

O direito de participação do cidadão encontra-se entre as propostas deliberadas naquele evento, que foram posteriormente encaminhadas à assembleia constituinte. Com efeito, segundo o item 2, “a”, do Relatório Final da 8^a Conferência, o novo sistema nacional de saúde deveria ser regido, entre outros princípios, pela “participação da população, através de suas entidades representativas, na formulação da política, no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação das ações de saúde”³.

Assim, desde a década de 1980 já se esperava que o processo de democratização fosse além do mero proceduralismo das eleições. O constituinte almejava a criação de formas jurídicas para monitoramento permanente dos governos, articulando-se assim de maneira mais profunda a democracia representativa e a democracia participativa.

Em consequência, a Constituição de 1988 consagrou a gestão democrática e descentralizada como princípio da seguridade social (artigo 194, parágrafo único, inciso VII), aproximando o governo e a sociedade nas três áreas deste sistema: previdência, assistência social e saúde⁴. Especificamente na área da saúde, a Carta foi ainda mais incisiva ao estabelecer a gestão popular como diretriz do SUS (artigo 198, inciso III).

O maior desafio, porém, seria a efetiva ampliação da participação cidadã. Era preciso uma lei que concretizasse a promessa constitucional. Além disso, havia a necessidade da principal medida: o acompanhamento atento do cidadão na elaboração, execução e fiscalização dessas políticas⁵.

A primeira parte deste desafio, de ordem formal, foi superada com a edição da Lei 8.142/90. Os Conselhos de Saúde foram instituídos como órgãos colegiados, de caráter permanente e deliberativo, em todas as instâncias da federação, compostos por representantes

² RODRIGUEZ NETO, Eleutério. *Saúde: promessas e limites da Constituição*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, p. 53.

³ BRASIL (Ministério da Saúde). *Relatório da 8^a Conferência Nacional de Saúde*. Disponível no sítio do Ministério da Saúde (acesso em 12/04/2018).

⁴ BALERA, Wagner. *Sistema de Seguridade Social*. 3^a ed. São Paulo: LTr, 2003, p. 23.

⁵ RIBEIRO, Hélcio. Constituição, participação e políticas públicas. In: SMANIO, Gianpaolo Poggio; BERTOLIN, Patrícia Tuma (Org.). *O Direito e as Políticas Públicas no Brasil*. São Paulo: Atlas, 2013, p. 44.

do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, para atuar na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, devendo suas decisões serem homologadas pelos respectivos chefes do executivo.

O propósito da Lei 8.142/90 é claro. As políticas públicas pressupõem relações do Estado com a sociedade, não sendo adequado num ambiente democrático abrir mão da participação cidadã como método de formação e execução destas políticas⁶.

Por isso, a lei considera que o melhor fiscal é aquele que está junto da aplicação dos recursos e da prestação dos serviços, sofrendo diretamente as consequências de sua eventual má administração⁷.

Esta relação de proximidade é ainda mais evidente no caso do Conselho Municipal de Saúde, pois as instâncias deliberativa e executiva caminham lado a lado. Não por acaso, o “caráter deliberativo” mencionado no artigo 1º, §2º da Lei 8.142/90 não deixa dúvidas quanto a importância do órgão. Ele não existe apenas para opinar. Trata-se autenticamente de uma instância decisória⁸, que desde a edição da LC 141/12 conta com poderes e deveres fiscalizatórios ainda mais sofisticados.

Com efeito, ao menos do ponto de vista formal a *accountability* na administração do SUS está atualmente reforçada⁹. A fiscalização, o controle e a avaliação dos gastos ganharam muito mais visibilidade com a LC 141/12, já que o gestor foi obrigado a publicar para a comunidade os dados sobre receitas, despesas, a oferta e a produtividade dos serviços, cabendo ao Conselho de Saúde emitir seu parecer a respeito. Portanto, seu papel de fiscalização ficou expandido.

Essas novas atribuições, entretanto, passaram a exigir também uma maior aptidão do Conselho para desenvolver bem o seu mister. Por esta razão, é imperioso questionar se a evolução legislativa na matéria está sendo acompanhada pela atuação efetiva dos Conselhos. Este é o segundo desafio para uma efetiva participação cidadã. Este desafio

⁶ SMANIO, Gianpaolo Poggio. Legitimidade jurídica das políticas públicas: a efetivação da cidadania. In: SMANIO, Gianpaolo Poggio; BERTOLIN, Patrícia Tuma (Org) *O Direito e as Políticas Públicas no Brasil*. São Paulo: Atlas, 2013, p. 10.

⁷ ZELENOVSKY, Maria Antonia Ferraz. O Tribunal de Contas da União e os Conselhos de Saúde: possibilidades de cooperação nas ações de controle. In: *O Direito achado na rua (Introdução crítica ao direito à saúde)*. Brasília: CEAD/UnB, 2009, p. 333-351.

⁸ DALLARI, Sueli Gomes; NUNES JUNIOR, Vidal Serrano. *Direito Sanitário*. São Paulo: Verbatim, 2010, p. 95.

⁹ PINHO, José Antonio Gomes de; SACRAMENTO, Ana Rita Silva. Accountability: já podemos traduzi-la para o português? In: *Revista de Administração Pública* (nov/dez 2009). Rio de Janeiro: FGV, 2009, p. 1347.

estaria superado ou os Conselhos ainda possuem carências que comprometem a sua independência?

3. AS COMPETÊNCIAS RECOMENDADAS A UM CONSELHEIRO

Segundo *Sarah Escorel* e *Marcelo Moreira*, vários estudos apontam que restam muitos desafios para a gestão democrática do SUS. Os estudos revelam aspectos positivos na atuação dos Conselhos (boa frequência de reuniões e a assiduidade dos conselheiros, por exemplo), bem como aspectos negativos como: ausência de um local próprio para seu funcionamento; ausência de funcionários de apoio; presidência vinculada ao Executivo, e ausência de recursos para o custeio dos trabalhos¹⁰.

Evidentemente, o bom exercício da cidadania depende do grau de engajamento dos cidadãos e das condições oferecidas a eles para o exercício das atividades de controle. Por isso, são várias as aptidões esperadas de um Conselho de Saúde para que ele tenha uma atuação independente.

Para fins deste estudo fez-se um recorte de 03 (três) aptidões do órgão. Em primeiro lugar, é recomendável que ele tenha na sua composição, na qualidade de *usuários*, pessoas que realmente usufruam com frequência os serviços públicos de saúde. Em segundo lugar, é importante que o Conselho apresente capacitação jurídica ao menos para identificar situações de duvidosa legalidade, e encaminhá-las a outros órgãos de controle como o Tribunal de Contas e o Ministério Público. Em terceiro lugar, é recomendável que o órgão tenha uma assessoria contábil.

O recorte proposto não implica dizer que não existam outras competências igualmente importantes. É que estes foram os pontos abordados na pesquisa de campo.

3.1. CONTATO DIRETO COM OS SERVIÇOS

A aproximação dos conselheiros com os serviços de saúde é um desejo implícito do artigo 198, inciso III da Constituição Federal, até porque eles são representantes da comunidade. Uma das virtudes da Lei 8.142/90, aliás, foi justamente propor um modelo de composição dos Conselhos que garante a paridade entre representantes dos usuários e representantes dos demais segmentos.

¹⁰ ESCOREL, Sarah; MOREIRA, Marcelo Rasga. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. In: *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. Volume 14, Rio de Janeiro, 2009, p. 803.



Com efeito, os usuários ocupam a metade das cadeiras porque o objetivo da lei é justamente colocar na fiscalização dos serviços as pessoas que frequentemente os utilizam.

Devido ao acesso universal e igualitário previsto no artigo 196 da Carta, todas as pessoas que residem no país são usuárias do SUS (não apenas em tese, mas de fato), posto que todas são beneficiárias das medidas de caráter difuso e coletivo, como é o caso da fiscalização na produção de medicamentos e alimentos, as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, assim como outros serviços relacionados no art. 200 do texto constitucional.

No entanto, a intenção implícita do art. 198, inciso III, CF, é de garantir que as cadeiras reservadas aos *usuários* sejam ocupadas por quem acompanha a rotina dos postos de saúde, dos pronto-atendimentos, dos prontos-socorros, dos ambulatórios de especialidades, das farmácias de alto custo etc.

Ora, existem no país mais conselheiros municipais do que vereadores¹¹. Portanto, há uma expectativa de que a representatividade nos Conselhos Municipais de Saúde reforce as escolhas feitas pelos cidadãos para o Executivo e o Legislativo. Para esse reforço, é recomendável que os conselheiros da categoria *usuários* sejam pessoas que, de fato, utilizam com boa frequência os serviços de atenção primária, secundária e terciária na rede pública.

Em suma, um bom conselheiro não precisa depender exclusivamente do SUS para desenvolver bem seu mister. Mas à luz do art. 198, inciso III, CF, para ocupar uma cadeira de *usuário*, é no mínimo recomendável que seja um paciente frequente do serviço público. Seria a garantia de que a sua participação no Conselho ocorre com o zelo esperado de quem cuida de algo para o seu próprio bem imediato.

3.2. NOÇÕES JURÍDICAS SOBRE “GASTOS EM SAÚDE”

O Direito estabelece regras rígidas para a formação e execução do orçamento da saúde. Em cumprimento ao art. 198, §§ 2º e 3º da Constituição Federal, a Lei Complementar 141/12 institucionalizou uma política de investimentos mínimos na área, prevendo que os Estados e o Distrito Federal apliquem anualmente ao menos 12% da arrecadação com os impostos de sua competência¹², e os Municípios, juntamente com o Distrito Federal, apliquem ao menos 15% da arrecadação com os impostos de sua

¹¹ ESCOREL, Sarah; MOREIRA, Marcelo Rasga. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. In: *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. Volume 14, Rio de Janeiro, 2009, p. 801.

¹² O percentual também incide sobre as receitas do art. 157 e 159.

competência¹³, restando à União a obrigação de aplicar ao menos 15% de sua receita corrente líquida¹⁴.

Deste modo, as políticas de saúde encontram-se atualmente protegidas com a vinculação obrigatória de receitas. O ente federado que não respeita os percentuais mínimos de investimento deve fazer a reposição da diferença no exercício seguinte, sem prejuízo de eventuais sanções aos gestores que descumprem a lei. Trata-se de uma parcela da arrecadação cujo destino não depende da vontade de quem governa. A vontade decorre da lei.

Além disso, os gastos em saúde encontram-se hoje juridicamente definidos. De acordo com a LC 141/12, gastos com limpeza urbana, remoção de resíduos, preservação do meio ambiente, ações de assistência social, merenda escolar, pagamento de pessoal inativo e obras de infraestrutura, embora possam estar relacionados a algum determinante ou condicionante da saúde (art. 3º, Lei 8.080/90), não podem ser custeados com recursos da saúde.

São considerados “gastos em saúde” apenas os itens previstos no rol exaustivo criado pelo art. 3º da referida lei. Havendo algum gasto contrário à lei, a regularização deve ocorrer no exercício seguinte mediante a respectiva compensação financeira.

Portanto, os investimentos na área da saúde encontram-se hoje duplamente blindados pelo Direito. Em primeiro lugar, porque parte das receitas deve obrigatoriamente ter os serviços de saúde como destino. Em segundo lugar, porque é restrito o rol das despesas que podem integrar o orçamento da saúde.

Assim, o acompanhamento de todas as etapas das políticas públicas do SUS requer um conhecimento técnico básico, porquanto a formação do orçamento e a sua execução dependem de noções jurídicas. Não se trata de exigir do Conselheiro a aptidão de um jurista, mas é desejável que conheça ao menos a estrutura normativa fundamental que orienta o orçamento da saúde. Do contrário, é mais difícil fiscalizá-lo.

3.3. A FISCALIZAÇÃO CONTÁBIL

A Lei Complementar 141/12 determinou que os órgãos gestores de saúde de todos os entes da federação façam ampla divulgação, de forma periódica, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, das prestações de contas da área da saúde, para consulta e apreciação dos cidadãos e de instituições da sociedade.

¹³ O percentual também incide sobre as receitas do art. 158 e 159.

¹⁴ Este percentual encontra-se comprometido atualmente por conta da Emenda Constitucional n.º 95/16, que limitou os gastos públicos por 20 exercícios financeiros.



Além disso, ela obriga os gestores em cada ente da federação a elaborar, quadrimestralmente, um Relatório de Gestão detalhado contendo informações sobre o montante e a fonte dos recursos aplicados em saúde, assim como as auditorias realizadas (ou em fase de execução), e a descrição da oferta e produção dos serviços da rede. A lei determina, ainda, o envio deste relatório aos Conselhos de Saúde, também a cada quatro meses, a fim de que eles possam acompanhar o cumprimento dos investimentos mínimos e a idoneidade dos gastos.

Uma vez de posse do Relatório de Gestão, cabe ao colegiado emitir parecer conclusivo sobre o cumprimento ou não da legislação, devendo, se for o caso, encaminhar à Chefia do Executivo do respectivo ente da federação as indicações para que sejam tomadas as medidas corretivas necessárias¹⁵.

Conforme se observa, as exigências legais em vigor oferecem o máximo de transparência para a população. O exame do Relatório de Gestão, entretanto, é um ato administrativo que desafia o papel dos Conselhos Municipais de Saúde. A contabilidade das receitas e das despesas não é tarefa simples nem mesmo para contabilistas.

Evidentemente, não se postula aqui que os Conselhos tenham na sua composição especialistas em ciências contábeis. No entanto, parece-nos ao menos desejável que a interpretação do Relatório de Gestão seja acompanhada por um *expert*, a fim de que a independência dos Conselhos não fique prejudicada neste ato.

4. A DEMOCRACIA PARTICIPATIVA PARA ALÉM DAS FORMALIDADES

Segundo *Fábio Konder Comparato*, o direito de cidadania presente na Constituição supera a noção de cidadania do Estado Liberal, identificada como direito de não ser molestado abusivamente pelo Estado na vida privada. No Estado Social preconizado pela Carta vigente, a cidadania não se identifica com a passividade proporcionada pelo pensamento liberal-individualista. A ideia-mestra da nova cidadania consiste em tornar o povo parte integrante dos processos de gestão¹⁶.

Além dos institutos do plebiscito, do referendo e da iniciativa popular, que constituem formas conhecidas de exercício da democracia direta, a Constituição elenca outros

¹⁵ SANTOS, Lenir. *SUS e a Lei Complementar 141 comentada*. 2^a ed. Campinas: Saberes Editora, 2012, p. 157.

¹⁶ COMPARATO, Fábio Konder. Estado, reformas e desenvolvimento. In: *Lua Nova*. São Paulo, n.º 28-29, abril/1993, p. 90.



27 (vinte e sete) modos de participação direta dos cidadãos na vida social, colaborando com os governantes eleitos na elaboração de políticas públicas¹⁷.

A nova cidadania assenta-se, pois, no princípio participativo¹⁸. Trata-se do cidadão governante de si e de seus pares, em contato direto com a administração pública, como fator legitimante das decisões tomadas em benefício da comunidade.

Neste sentido, os foros de participação popular constituem elemento-chave para a sintonia entre o governo e a sociedade. Tanto é assim que a doutrina já tem tratado a *participação* como princípio do Direito Administrativo¹⁹.

Em suma, a ideia essencial da democracia participativa é ver todo “cidadão protagonista na construção da sua própria história, e não apenas um simples espectador”²⁰. Os Conselhos de Saúde buscam concretizar essa ideia.

A mera existência destes colegiados e a composição paritária de usuários, entretanto, não garantem uma atuação independente. O êxito na participação depende de fatores que vão além dos aspectos simplesmente formais do seu funcionamento. Entre estes fatores está a capacitação dos Conselhos. Eles estariam hoje realmente aptos a exercer com eficiência o controle popular? Ou existem carências ainda a serem supridas?

Para tentar responder essas perguntas, de forma ainda apenas exploratória, a pesquisa coletou dados em 17 Conselhos Municipais de Saúde da região metropolitana de Campinas/SP²¹, mediante questionário estruturado aplicado a 259 conselheiros, titulares e suplentes, durante o ano de 2018, todos eles identificados e classificados segundo o setor que representam. O propósito da abordagem foi identificar, a partir de questões fechadas e objetivas, em que grau se encontram as três competências discutidas no tópico anterior.

¹⁷ JEAN-ARNAUD, André. Cidadania e direito à saúde. In: *O Direito achado na rua (Introdução crítica ao direito à saúde)*. Brasília: CEAD/UnB, 2009, p. 38.

¹⁸ SILVA, José Afonso da. *Direito Constitucional Positivo Brasileiro*. 20^a ed. São Paulo: Malheiros, 2001, p. 141.

¹⁹ PEREZ, Marcos Augusto. A participação da sociedade na formulação, decisão e execução das políticas públicas. In: BUCCI, Maria Paula Dallari (Org). *Políticas públicas – reflexões sobre o conceito jurídico*. São Paulo: Saraiva, 2006, p. 165.

²⁰ LOPES, Ana Maria D'Ávila. A cidadania na Constituição Federal Brasileira de 1988: redefinindo a participação política. In: *Constituição e Democracia*. São Paulo: Malheiros, p. 27-28.

²¹ A RMC (Região Metropolitana de Campinas) engloba 20 municípios. Deste total, três Conselhos Municipais não aceitaram participar da pesquisa: Valinhos, Holambra e Morungaba. Em relação aos demais, fica desde já registrado nosso agradecimento: Campinas, Vinhedo, Cosmópolis, Paulínia, Artur Nogueira, Engenheiro Coelho, Americana, Sumaré, Nova Odessa, Monte Mor, Hortolândia, Indaiatuba, Itatiba, Santa Bárbara D'Oeste, Santo Antonio de Posse, Pedreira e Jaguariúna.

4.1. QUEM OCUPA A CADEIRA DE USUÁRIO?

De acordo com *José Bispo Junior* e *Silvia Gerschman*, a frágil relação dos representantes com a base representada é um ponto negativo já identificado em outros estudos sobre a atuação dos Conselhos de Saúde²². Esta relação se associa à maior ou menor aproximação dos conselheiros com os serviços, aproximação esta que reforça a representatividade dos usuários.

Uma das questões formuladas na pesquisa dizia respeito justamente à não-utilização do SUS pelo fato de o conselheiro possuir plano privado de saúde. Por óbvio, mesmo quem possui plano privado de saúde é usuário do SUS ao menos nas medidas de caráter coletivo e difuso (vigilância sanitária, saneamento básico etc), além de ser beneficiário potencial de qualquer serviço de atendimento individual. É o que se deduz do art. 196 da Constituição e da Lei 8.080/90, conforme já abordado.

Por isso, os questionários foram aplicados com o esclarecimento de que a referência a “plano privado de saúde” tinha como intuito saber se o participante da pesquisa utilizava de forma mais frequente a rede privada em vez da rede pública em termos de atenção primária, secundária e terciária (pronto-atendimento, assistência ambulatorial, hospitalar etc).

De acordo com os dados levantados, a aproximação dos conselheiros com os serviços do SUS não é satisfatória. Do total de entrevistados, 100 afirmaram não utilizar o SUS por terem plano privado de saúde (38,61%). Portanto, mais de 1/3 dos membros dos Conselhos Municipais pesquisados não eram usuários frequentes do serviço público.

Além disso, do total dos que afirmaram não utilizar os serviços públicos, 39 exercem cargo de conselheiro na cadeira de *usuários* (39%), ou seja, mais de um terço dos que não são usuários frequentes do SUS fazem parte do Conselho como “usuários”!

4.2. NOÇÕES JURÍDICAS BÁSICAS

A limitada cultura cívica e associativa da população brasileira é outro agravante para a atuação independente dos Conselhos, pois desfavorece a formação de cidadãos atuantes e imbuídos de espírito público²³. Consequentemente, podem ser

²² BISPO JUNIOR, José Patrício; GERSCHMAN, Silvia. Potencial participativo e função deliberativa: um debate sobre a ampliação da democracia por meio dos conselhos de saúde. In: *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Vol. 18. 2013, p. 13.

²³ BISPO JUNIOR, José Patrício; GERSCHMAN, Silvia. Potencial participativo e função deliberativa: um debate sobre a ampliação da democracia por meio dos conselhos de saúde. In: *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Vol. 18. 2013, p. 13.

reproduzidos no seu âmbito alguns vícios do sistema político representativo, entre eles a falta de capacitação técnica para o exercício do cargo.

Nenhum Conselho é obrigado a ter membros na sua composição com profundo conhecimento jurídico. Mas é recomendável que tenham noções básicas sobre o orçamento da saúde, sem o que o controle popular pode ficar prejudicado. Uma das questões formuladas na pesquisa de campo dizia respeito às regras de investimento mínimo na área da saúde com a arrecadação de tributos. O objetivo era verificar se o entrevistado tinha ao menos uma noção do assunto.

De acordo com os dados levantados, o nível de conhecimento sobre a formação e execução do orçamento é baixo. Apenas 96 conselheiros afirmaram conhecer as regras de investimento mínimo da LC 141/12 (37%).

Deste grupo de 96 conselheiros, 62 possuem nível superior de escolaridade (64,5%). Portanto, os dados sugerem uma relação entre o grau de instrução do conselheiro e as informações sobre aspectos jurídicos importantes para a atuação do órgão. Isso reforça a necessidade de capacitação permanente dos Conselhos.

Por outro lado, este número baixo de conselheiros que possuem noções jurídicas não está muito vinculado aos usuários frequentes do sistema. Com efeito, do total de 62 entrevistados que possuem nível superior de escolaridade e conhecem a legislação, 40 não são usuários frequentes do SUS (64,5%).

Portanto, os conselheiros que mais possuem potencial para fiscalizar são justamente os que não utilizam o serviço público, enquanto os usuários frequentes que estão no Conselho são justamente os que têm menos aptidão técnica para fiscalizar.

4.3. COMPROMISSO COM A FISCALIZAÇÃO CONTÁBIL

Atualmente, os Conselhos de Saúde têm o dever de examinar os Relatório de Gestão encaminhados pelo Executivo e emitir parecer conclusivo sobre o cumprimento ou não da legislação, especialmente as regras sobre a formação e execução do orçamento. Neste sentido, é essencial que o órgão saiba identificar eventuais desvios na captação e na utilização dos recursos da saúde.

Os 259 conselheiros responderam uma questão acerca do tema, devendo declarar se conheciam a lista das despesas que não são consideradas “gastos em saúde” (artigo 4º, LC 141/12). Somente 96 conselheiros declararam conhecer a matéria (37%). O baixo

índice demonstra que a maioria não teria plenas condições de interpretar um Relatório de Gestão em matéria de contabilidade, o que enfraquece o controle externo.

Evidentemente, o exame das contas públicas não é matéria simples. Por isso, é importante enfatizar que dos 17 (dezessete) Conselhos Municipais de Saúde envolvidos na pesquisa, apenas 02 (dois) possuem assessoria contábil própria.

Contudo, os dados levantados sugerem um certo desinteresse pela fiscalização contábil. Dos 228 entrevistados dos Conselhos que *não possuem assessoria própria* na área contábil (informação confirmada pelos respectivos presidentes), 63 afirmaram, equivocadamente, que o colegiado possui uma assessoria. Deste total, 37 dependem exclusivamente do SUS (58,7%) e 30 estão nas cadeiras reservadas aos *usuários* (47,6%).

5. CONCLUSÃO

O processo de definição e implementação das políticas públicas envolve um ciclo composto basicamente de quatro etapas: a formulação, a execução, a avaliação e a fiscalização (controle)²⁴. Na primeira, procura-se identificar as necessidades coletivas para a construção de propostas; na segunda, tem-se a implementação propriamente dita da política; na terceira, verifica-se se os objetivos foram alcançados conforme o planejado; e por fim, faz-se a fiscalização pelos órgãos de controle interno e externo.

Os Conselhos de Saúde participam de todo o ciclo e, após o advento da Lei Complementar 141/12, as etapas de avaliação e fiscalização passaram a depender muito mais da sua atuação. Os dados da pesquisa, entretanto, sugerem que os Conselhos Municipais de Saúde podem estar com atuação comprometida, primeiramente, pela ausência de aptidão técnica nas ações de controle, e em segundo lugar, pela representatividade mitigada nas cadeiras destinadas aos *usuários*.

Do ponto de vista formal, a sociedade está apta a fazer o controle das políticas de saúde. Mas os aspectos substanciais do desempenho dos Conselhos também merecem a preocupação da sociedade²⁵. É preciso que a democracia participativa não se deixe levar pela visão meramente procedural. O desafio atual é transformar o cidadão participativo em agente capaz de realizar o efetivo acompanhamento da elaboração, execução e fiscalização das políticas públicas.

²⁴ DUARTE, Clarice Seixas. O ciclo das políticas públicas. In: SMANIO, Gianpaolo Poggio; BERTOLIN, Patrícia Tuma (Org). *O Direito e as Políticas Públicas no Brasil*. São Paulo: Atlas, 2013, p. 25-26.

²⁵ PINHO, José Antonio Gomes de; SACRAMENTO, Ana Rita Silva. Accountability: já podemos traduzi-la para o português? In: *Revista de Administração Pública*, nov/dez 2009. Rio de Janeiro: FGV, 2009, p. 1357.

A capacitação dos Conselhos é um desejo da Lei Complementar 141/12, inclusive com previsão expressa no seu artigo 44. Porém, como não há previsão de reserva orçamentária nem de sanção para o gestor omissos, as fragilidades do controle social são mantidas e dificultam o necessário contraditório que deve haver, de forma construtiva, entre os Conselhos Municipais de Saúde e os Poderes Legislativo e Executivo locais.

Neste sentido, sugere-se a necessidade de uma melhora qualitativa nos colegiados mediante três medidas: (1) revisão nos critérios de admissão dos representantes de *usuários*, para que se dê prioridade a pessoas que dependam exclusivamente do SUS; (2) reserva orçamentária para capacitação jurídica dos conselheiros; (3) reserva orçamentária para que o Conselho possa contar com assessoria contábil independente.

BIBLIOGRAFIA

- BALERA, Wagner. Sistema de Seguridade Social. 3^a ed. São Paulo: LTr, 2003.
- BISPO JUNIOR, José Patrício; GERSCHMAN, Silvia. Potencial participativo e função deliberativa: um debate sobre a ampliação da democracia por meio dos conselhos de saúde. In: Revista Ciência & Saúde Coletiva, Vol. 18. 2013, p. 07-16.
- BOBBIO, Norberto. O futuro da democracia. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.
- BUCCI, Maria Paula Dallari. Fundamentos para uma teoria jurídica das políticas públicas. São Paulo: Saraiva, 2013.
- COMPARATO, Fábio Konder. Estado, reformas e desenvolvimento. In: Lua Nova. São Paulo, n.º 28-29, abril/1993, p. 85-106.
- DALLARI, Sueli Gomes; NUNES JUNIOR, Vidal Serrano. Direito Sanitário. São Paulo: Verbatim, 2010.
- DUARTE, Clarice Seixas. O ciclo das políticas públicas. In: SMANIO, Gianpaolo Poggio; BERTOLIN, Patrícia Tuma (Org). O Direito e as Políticas Públicas no Brasil. São Paulo: Atlas, 2013, p. 16-43.
- SCOREL, Sarah; MOREIRA, Marcelo Rasga. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. In: Revista Ciência & Saúde Coletiva. Volume 14, n.º 03. Rio de Janeiro, 2009, p. 795-805.
- JEAN-ARNAUD, André. Cidadania e direito à saúde. In: O Direito achado na rua (Introdução crítica ao direito à saúde). Brasília: CEAD/UnB, 2009, p. 31-47.

LOPES, Ana Maria d'Avila. A cidadania na Constituição Federal Brasileira de 1988: redefinindo a participação política. In: *Constituição e Democracia*. São Paulo: Malheiros, p. 21-34.

PEREZ, Marcos Augusto. A participação da sociedade na formulação, decisão e execução das políticas públicas. In: BUCCI, Maria Paula Dallari (Org). *Políticas públicas – reflexões sobre o conceito jurídico*. São Paulo: Saraiva, 2006, p. 163-176.

PINHO, José Antonio Gomes de; SACRAMENTO, Ana Rita Silva. *Accountability: já podemos traduzi-la para o português?* In: *Revista de Administração Pública* (nov/dez 2009). Rio de Janeiro: FGV, 2009, p. 1343-1368.

RIBEIRO, Hélcio. Constituição, participação e políticas públicas. In: SMANIO, Gianpaolo Poggio; BERTOLIN, Patrícia Tuma (Org). *O Direito e as Políticas Públicas no Brasil*. São Paulo: Atlas, 2013, p. 44-62.

RODRIGUEZ NETO, Eleutério. *Saúde: promessas e limites da Constituição*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

SANTOS, Lenir. *SUS e a Lei Complementar 141 comentada*. 2^a ed. Campinas: Saberes, 2012.

SILVA, José Afonso da. *Direito Constitucional Positivo Brasileiro*. 20^a ed. São Paulo: Malheiros, 2001.

SMANIO, Gianpaolo Poggio. Dimensões da Cidadania. In: *Revista Jurídica da Escola Superior do Ministério Público de São Paulo*, Jan-Jun/2009. São Paulo: ESMPSP, 2009, p. 13-23.

_____. Legitimidade jurídica das políticas públicas: a efetivação da cidadania. In: SMANIO, Gianpaolo Poggio; BERTOLIN, Patrícia Tuma (Org). *O Direito e as Políticas Públicas no Brasil*. São Paulo: Atlas, 2013, p. 03-13.

ZELENOVSKY, Maria Antonia Ferraz. *O Tribunal de Contas da União e os Conselhos de Saúde: possibilidades de cooperação nas ações de controle*. In: *O Direito achado na rua (Introdução crítica ao direito à saúde)*. Brasília: CEAD/UnB, 2009, p. 333-351.