

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO

Nenhum cidadão ou cidadã assume com paixão a condição de conselheiro de saúde se não tiver a certeza de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, que a universalidade é um direito e é possível e se não tiver esperança de que estamos lutando incansavelmente para um dia nos reunirmos numa grande conferência, à maior de todas, para comemorar a vitória do exercício da cidadania, a vitória do SUS com todos os seus princípios, o acesso universal e igualitário e a saúde pública de qualidade para todos⁷³.

Introdução

O objetivo deste capítulo é a análise do *modus operandi* do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (CMSRJ) e a forma como esses atores interagem com a Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva da Saúde da Capital do Rio de Janeiro.

Acreditamos que a análise da rotina deste Conselho, feita através da leitura de suas atas, possa ajudar a esclarecer o *ethos* desse controle social e tornar evidentes os seus avanços e limites.

Pretendemos analisar nas atas, principalmente, a relação dos Conselheiros com o Ministério Público, que pode ser aferida através de alguns questionamentos, como: os Conselheiros trazem denúncias de irregularidades para a plenária do conselho? Estas denúncias são ratificadas pela plenária e encaminhadas ao Ministério Público? Durante os debates os Conselheiros fazem menção ao Ministério Público para “fortalecer” o seu argumento?

Por este motivo, utilizamos como fonte principal o conjunto das atas das reuniões do CMSRJ, abrangendo o período de janeiro a julho de 2010. Este lapso temporal foi escolhido por cinco razões: 1) a Promotoria de Justiça de Tutela

⁷³ BALSEMÃO, Adalgiza. *Competências e rotinas de funcionamento dos Conselhos de Saúde no Sistema Único de Saúde do Brasil*. p. 312.

Coletiva da Saúde da Capital foi criada em 2008 e implantada em março de 2009; 2) o programa extrajudicial de intervenção “fala conselho”, criado pela Promotora Anabelle, só iniciou os seus trabalhos em junho de 2009; 3) o biênio 2008/2009 de gestão do CMSRJ coincidiu com um período de transição do chefe do executivo municipal, 4) em janeiro de 2010 tomaram posse os novos Conselheiros eleitos na décima Conferência Municipal de Saúde e 5) as atas posteriores a julho de 2010 não foram disponibilizadas pela secretaria executiva do conselho, até o início da elaboração deste capítulo.

Outro ponto relevante sobre a metodologia utilizada é o fato de a legislação sobre saúde aplicada aos Conselhos ser muito extensa⁷⁴. Por isso, para dar mais dinâmica ao trabalho, decidimos abordar esta legislação conjuntamente com a análise das atividades do Conselho, ao invés de fazermos um ponto abordando somente o marco legal da saúde.

É importante salientar que, devido ao curto lapso temporal analisado, as conclusões apresentadas sobre o caráter deliberativo do Conselho são apenas indicativas. O que pretendemos foi apenas lançar luz sobre a atuação do conselho para que ficasse claro de que modo o Ministério Público, exercendo sua função de controle externo, pode ajudar na viabilização deste controle social.

2.1

Atribuições, composição e natureza

Conforme analisado no capítulo anterior, uma das reivindicações do Movimento da Reforma Sanitária consistia na criação de Conselhos de Saúde, em todo o país. Estes conselhos teriam como principal objetivo a “publicização do

⁷⁴ No seu cotidiano o CMSRJ tem que lidar, por exemplo, com a Constituição Federal; a Constituição do Estado de Rio de Janeiro; a Lei Orgânica do Município do Rio de Janeiro; a Lei Orgânica da Saúde (lei nº 8.080/90 e lei nº 8.142/90); a lei nº 5.104 de 2009, que dispõe sobre o CMSRJ; as resoluções do Conselho Nacional de Saúde, principalmente a nº 333; as Normas Operacionais Básicas, principalmente as normas 91, 93 e 96; as portarias do Ministério da Saúde.

Estado”,⁷⁵ permitindo a participação da sociedade no planejamento, na execução e na fiscalização dos programas de saúde. Ao aderir às idéias da Oitava Conferência Nacional de Saúde, a Constituição Republicana de 1988 inovou no ordenamento jurídico e elevou a participação da comunidade ao patamar de diretriz das ações e serviços públicos de saúde⁷⁶.

Sobre este tema, a professora Maria Inês Souza Bravo destaca que “o controle social na saúde é um direito conquistado na Constituição de 1988, como forma de assegurar que o Estado atue em função da sociedade”⁷⁷. Para isto, neste novo pacto federativo⁷⁸, o Município passou a ser reconhecido como ente autônomo da federação, “transferindo-se para o âmbito local novas competências e recursos públicos capazes de fortalecer o Controle social e a participação da sociedade civil nas decisões políticas.”⁷⁹ Da mesma forma, para Vicente de Paula Faleiros, o fator que mais contribuiu para a descentralização das políticas de saúde foi o “aprofundamento das relações entre Estado e sociedade e entre os entes federativos, mediante um intenso processo participativo que se materializou na criação de canais de defesa de interesses, debates, conflitos, consensos e pactuação.”⁸⁰

Com o objetivo de regulamentar o artigo 198, inciso III da Constituição Republicana de 1988, a Lei nº 8.142/1990 institucionalizou duas formas de

⁷⁵ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 19.

⁷⁶ Art. 198, da CRFB – “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade”.

⁷⁷ Brasil. Ministério da Saúde. *Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. 1º Seminário de Gestão Participativa em Saúde do Estado do Rio de Janeiro*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. (Série D. Reuniões e Conferências) (Série Cadernos Estaduais), página 18.

⁷⁸ A IX Conferência Nacional da Saúde, realizada entre os dias 9 e 14 de agosto de 1992, teve como tema principal o debate sobre a municipalização das políticas de saúde e a efetivação do princípio da descentralização. Sobre o papel das unidades da federação no atual modelo de descentralização do Sistema Único de Saúde ver: *A Gestão do SUS no Âmbito Estadual: O Caso do Rio de Janeiro*. Ugá MAD, Sá MC, Martins M, Braga Neto FC, organizadores. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010.

⁷⁹ Projeto Políticas Públicas de Saúde: O Potencial dos Conselhos do Rio de Janeiro – 2005, da Faculdade de Serviço Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, página 17.

⁸⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. *Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.p. 27.

participação da comunidade no Sistema Único de Saúde: as Conferências de saúde e os Conselhos de Saúde.

Os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados, paritários⁸¹, deliberativos e permanentes do Sistema Único de Saúde, em cada esfera de Governo, integrantes da estrutura básica do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com composição, organização e competência fixadas na Lei nº 8.142/90⁸². Além disso, eles constituem uma instância privilegiada na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da Política de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros⁸³.

O professor Vicente de Paula Faleiros destaca a singularidade dos conselhos de saúde, na medida em que eles se apóiam numa articulação com os movimentos sociais que ocorre através da “organização da sociedade civil que vai além dos partidos (que lutam pela representação no poder legislativo) e dos sindicatos (que lutam por condições de trabalho e direitos sociais)”⁸⁴. Trazendo a luta e as reivindicações dos movimentos sociais ligados à saúde para dentro do poder executivo.⁸⁵

Segundo o autor:

O controle social pode ser compreendido, no contexto da saúde, como um fator de publicização do Estado, esta entendida como articulação de uma relação política entre Estado e sociedade, onde os interesses divergentes são expressos, os embates aceitos e as propostas construídas para a efetivação dos direitos conquistados, visando ao alcance de novos direitos, que possam se tornar agendados e institucionalizados. Nesses espaços, o governo se faz responsável, sem camuflar-se no marketing ou nas promessas, e a sociedade manifesta seu interesse e sua força, o que permite o entrecruzamento do instituído e do instituinte, num jogo regulado pela lei, mas exercido com força e pressão (...)

⁸¹ Os Conselhos de Saúde devem ser compostos por 50% de entidades de usuários, 25% de entidades dos trabalhadores de Saúde e 25% de representação de governo, de prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos. In: BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nacional de saúde nº 333, de 04 de novembro de 2003.

⁸² BRASIL. *Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nacional de saúde nº 333, de 04 de novembro de 2003.*

⁸³ Ibid..

⁸⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. *Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo.* Brasília: Ministério da Saúde, 2006. pp. 19 e 20.

⁸⁵ Ibid.

Os de baixo passaram a ter mais um espaço para controlar o Estado e regular o mercado, tendo como horizonte de expectativa o direito de cidadania. A “grande política” passou a se confrontar com as políticas diversas e múltiplas, elaboradas em milhares de conselhos. As plenárias de conselhos de saúde possibilitam a troca de experiências entre conselhos e a tradução, num nível mais amplo, das miríades de experiências, envolvendo tanto a discussão de sua efetividade, como o sentido político global das mesmas. É pelo controle social que vai se estabelecendo o difícil processo de mediação da garantia de direito nas contradições entre capital e trabalho, Estado e sociedade e grupos de interesses.⁸⁶

O Estado do Rio de Janeiro, conforme os dados levantados pela pesquisa coordenada pela professora Maria Inês Souza Bravo, possui conselhos de saúde implantados em todos os seus 92 municípios⁸⁷, Tendo sido o Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro criado e regulamentado pela lei municipal nº 1746 de 23 de julho de 1991⁸⁸.

Contudo, antes de iniciarmos a análise sobre o caráter deliberativo do CMSRJ, faz-se necessária a identificação dos segmentos que o compõem. O Conselho é composto por 40 (quarenta) conselheiros, distribuídos da seguinte forma: I - 10 (dez) membros do segmento dos representantes dos usuários do SUS, indicados pelas entidades de atuação no âmbito Municipal; II - 10 (dez) membros do segmento dos representantes dos usuários do SUS, indicados por cada um dos dez Conselhos Distritais de Saúde⁸⁹; III - 10 (dez) membros representantes do segmento dos Profissionais de Saúde do SUS, indicados pelas entidades de atuação no âmbito Municipal e IV - 10 (dez) membros indicados pelo segmento dos Prestadores de Serviços do SUS⁹⁰. Desta forma, a composição

⁸⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. pp. 20 e 22. Sobre a potência do dissenso ver: RANCIÈRE, Jacques. *O Desentendimento – política e filosofia*. São Paulo: Editora 34, 1996.

⁸⁷ Segundo os dados levantados pela pesquisa, entre a promulgação da Constituição de 1988 e o ano de 1990 somente sete por cento (7%) dos municípios já contavam com conselhos. Quarenta por cento (40%) dos conselhos foram criados no ano de 1991, cinco por cento (5%) em 1992, dezesseis por cento (16%) em 1993, onze por cento (11%) entre os anos de 1994 e 1996, treze por cento (13%) em 1997 e cinco por cento (5%) entre os anos de 1999 e 2003, não havendo informação sobre o ano de criação, em três por cento (3%) dos municípios. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. 1.º Seminário de Gestão Participativa em Saúde do Estado do Rio de Janeiro. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. (Série D. Reuniões e Conferências) (Série Cadernos Estaduais), páginas 18 e 19.

⁸⁸ A lei nº 1746 de 1991 foi expressamente revogada pela Lei nº 5.104 de 2009, que estabelece no seu art. 3º as principais competências do conselho. Ver anexo 1.

⁸⁹ A escolha dos representantes distritais ocorrerá “em reuniões plenárias dos Conselhos Distritais, especialmente convocadas para este fim, no prazo máximo de trinta dias posteriores à nomeação dos membros do Conselho respectivo”. Lei nº 5.104 de 3 de novembro de 2009, art. 6º, § 4º.

⁹⁰ Dos dez membros indicados pelos Prestadores de Serviços: I - quatro membros serão indicados pelos Prestadores Públicos de Serviços de Saúde do SUS, através da SMSDC; II - dois membros

do CMSRJ está em plena conformidade com a Resolução Nacional de Saúde nº 333, que visa aumentar a representação dos profissionais da saúde do SUS, nestas arenas institucionais.

Um dado interessante é que dos 40 (quarenta) conselheiros do CMSRJ, 28 (vinte e oito) atuam em alguma comissão⁹¹. Sendo que muitos deles trabalham em mais de uma. Além disso, em 6 (seis) comissões há a participação de convidados⁹²; o que demonstra que, neste ponto específico, o conselho está aberto à participação da população, na execução de suas atividades.

Em relação ao trabalho desenvolvido pelos conselheiros junto às comissões, cabe ressaltar que foram criadas, no ano de 2010, quatro novas comissões⁹³: 1) Comissão da Saúde da População Negra⁹⁴, 2) Comissão de Saúde de Gênero, Raças e Etnias⁹⁵, 3) Comissão intersetorial da Saúde da população LGBT e diversidade⁹⁶ e a 4) Comissão de Fiscalização de Clínicas de Hemodiálise⁹⁷.

serão indicados pelos Prestadores de Serviços de Saúde Privados, contratados pelo SUS e III - dois membros indicados pelos Prestadores de Serviços Filantrópicos, conveniados com o SUS; IV - dois membros indicados pelas Universidades que possuam curso de graduação na área de saúde., Lei nº 5.104 de 3 de novembro de 2009 art. 6º, § 2º.

⁹¹ Não participam de nenhuma comissão: 6 (seis) conselheiros representantes dos usuários; 2 (dois) conselheiros representantes dos trabalhadores; 1 (um) conselheiro representante dos Prestadores de Serviços de Saúde Privados, contratados pelo SUS; 1 (um) conselheiro representante dos Prestadores de Serviços Filantrópicos, conveniados com o SUS e 2 (dois) conselheiros representantes de Universidades que possuam curso de graduação na área de saúde.

⁹² As comissões que possuem convidados são: Saúde Mental, Saúde de Gênero, Raças e Etnias, Saúde da população LGBT e diversidade, Fiscalização de Clínicas de Hemodiálise, Educação Permanente e de Saúde do Trabalhador e Assuntos Ligados ao Servidor.

⁹³ As referidas propostas foram realizadas durante o debate sobre a aprovação do regimento eleitoral. Ata da reunião ordinária do dia 09/03/2010.

⁹⁴ Proposta pela conselheira Ianê Germano de Andrade, representante do segmento dos usuários. Sob o fundamento de que “existia uma Comissão com o mesmo nome dentro do Conselho Nacional de Saúde e do Conselho de Saúde do Estado do Rio de Janeiro”. Cabe ressaltar que a Resolução nº 395, de 22 de fevereiro de 2008 do CNS instituiu a Comissão Intersetorial de Saúde Integral da População Negra (CISPN).

⁹⁵ Proposto pelo conselheiro Jorge Luiz Mateus, representante do segmento dos usuários.

⁹⁶ Proposto pelo conselheiro Carlos Alberto Monteiro Alves, do segmento dos usuários e representante da Federação Municipal das Associações de Moradores do Município do Rio de Janeiro (FAM-RIO). Sob o fundamento de que “o Rio de Janeiro deveria agir de forma inovadora e dar um passo decisivo contra o preconceito”. Cabe ressaltar que a Resolução n.º 410, de 12 de fevereiro de 2009 do CNS instituiu a Comissão Intersetorial de Saúde da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Travestis (CISPLGBT).

⁹⁷ Proposta pelo conselheiro Roque, do segmento dos usuários e representante da Associação dos Doentes Renais Crônicos. Posicionou-se contrário a criação da comissão o conselheiro David, do segmento dos gestores, sob o argumento de que estavam sendo lançadas várias comissões e a experiência do Conselho indicava que as comissões acabavam caindo no esvaziamento. No mesmo sentido, o Senhor Mateus, representante dos usuários, mostrou-se contra a criação dessa comissão

A maioria das propostas de criação de novas comissões partiu do segmento dos usuários, através da observação do trabalho realizado, principalmente, pelo Conselho Nacional de Saúde, com exceção da Comissão de Fiscalização de Clínicas de Hemodiálise do Município do Rio de Janeiro, que veio atender a uma demanda específica da população, que reclamava do descaso com os pacientes que precisam de tal tratamento, sendo a proposta que gerou mais embate entre os conselheiros.

O segmento dos gestores não teve interesse de participar das comissões ligadas a segmentos específicos da população como, por exemplo: Saúde Mental, Saúde da População Negra, Saúde de Gênero, Raças e Etnias, Saúde da população LGBT e diversidade e a Fiscalização de Clínicas de Hemodiálise⁹⁸.

Como salientado pela professora Carmem Teixeira, talvez isto ocorra devido à falta de tempo dos gestores. Em sua opinião:

A prática cotidiana de gestão do Sistema Único de Saúde, em qualquer nível de governo, seja federal, estadual ou municipal, coloca um enorme desafio aos gestores: identificar e selecionar os conhecimentos, métodos, técnicas e instrumentos de trabalho que o ajudem a tomar decisões e a conduzir o processo de implementação das políticas, planos e programas e ações de saúde sob sua responsabilidade. Geralmente sem tempo para pesquisar, o gestor e sua equipe são envolvidos de tal sorte em um emaranhado de informações sobre leis, normas, portarias, decretos, programas e projetos prioritários, anúncios de novas tecnologias e sistemas de informação, que, por vezes, se sentem como capitães de navios sem rumo definido, sendo conduzidos, ao invés de conduzir⁹⁹.

A presidência do CMSRJ sempre foi exercida pelo Secretário Municipal de Saúde. Porém, a lei municipal nº 5.104 de 2009 estabeleceu que após a realização da Décima Primeira Conferência Municipal de Saúde, em 2011, ocorreria eleição para a escolha do Presidente do CMS e dos Conselhos

porque seria mais uma comissão a ficar no papel. Contudo, o Senhor Romano, do segmento dos trabalhadores e representante do Sindicato dos Médicos, concordou que às vezes uma comissão pode ser criada e não possuir nenhuma efetividade. Porém, ressaltou que no caso da hemodiálise, as clínicas, quase sempre particulares, estão sem fiscalização nenhuma. Além disso, para ele, a comissão irá funcionar, porque os doentes crônicos saberão que o Conselho Municipal de Saúde tem uma comissão e vão exigir esta fiscalização.

⁹⁸ O segmento dos gestores participa das seguintes comissões: comissão executiva, Comissão de Orçamento e Financiamento e comissão de educação permanente.

⁹⁹ TEIXEIRA, Carmem e VILASBOAS, Ana Luiza. *Planejamento e gestão de sistemas em serviço de saúde*.

In:http://www.ufpi.br/subsiteFiles/nesp/arquivos/files/downloads/especializacao12007/modulo_II/introducao_texto_%20carmen_teixeira.pdf. Em: 04.01.2011.

distritais¹⁰⁰. Segundo a referida lei, caberá, então, ao Secretário Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro o direito de compor o CMS, e a sua Comissão Executiva, como um dos membros indicados pelos prestadores públicos de serviços de saúde do SUS¹⁰¹.

O CMSRJ possui uma complexa e vasta agenda. Durante o período analisado foram tratados assuntos importantes para o controle social no SUS, como: o relatório de gestão 2009, a prestação de contas da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (SMSDC), a mesa de negociação do SUS, o debate sobre as denúncias de irregularidades feitas pelos conselheiros e a análise de processos para credenciamento ou descredenciamento de serviços de saúde prestados por entidades filantrópicas e privadas.

Além do trabalho desenvolvido durante as reuniões plenárias¹⁰² e nas comissões temáticas¹⁰³, os conselheiros também foram convidados a integrar diversos espaços institucionais de discussão sobre a saúde tais como: 1) a Comissão Intersetorial de Acompanhamento do Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa da Criança e do Adolescente à Convivência Familiar e Comunitária da Cidade do Rio de Janeiro; 2) o Comitê Municipal de Prevenção e Controle da Mortalidade Materna; 3) a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador do Município do Rio de Janeiro, 4) o Comitê de Ética em Pesquisa e 5) o Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro.

Neste contexto, visando aprimorar o conhecimento dos conselheiros sobre controle social e saúde pública também ocorreram eventos de formação, como: 1) o curso de capacitação realizado pela Comissão de Educação Permanente do

¹⁰⁰ Ver artigo 19 e artigo 38 das disposições transitórias da Lei nº 5.104 de 3 de novembro de 2009.

¹⁰¹ Ver artigo 6º, § 3º, da Lei nº 5.104 de 3 de novembro de 2009. A XI Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro se realizará nos dias 23, 24 e 25 de setembro de 2011.

¹⁰² O Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro realiza reuniões plenárias ordinárias uma vez por mês, no Auditório Meri Baran, no Centro Administrativo São Sebastião – CASS. As reuniões ocorrem regularmente na segunda terça-feira do mês, às quatorze horas. Quando necessário, também são realizadas reuniões plenárias extraordinárias. Durante o período analisado ocorreu apenas uma reunião extraordinária.

¹⁰³ O CMSRJ possui as seguintes comissões temáticas: 1) Comissão Executiva, 2) Comissão de Orçamento e Financiamento, 3) Comissão de Saúde do Trabalhador, 4) Comissão de Saúde Mental, 5) Comissão de Ética, 6) Comissão Regimental, 7) Comissão de Educação Permanente, 8) Comissão da Saúde da População Negra, 9) Comissão de Saúde de Gênero, Raças e Etnias, 10) Comissão intersectorial da Saúde da população LGBT e diversidade e 11) Comissão de Fiscalização de Clínicas de Hemodiálise.

CMSRJ; 2) o III Curso de Capacitação de Conselheiros de Saúde organizado pela Câmara Municipal do Rio de Janeiro e 3) o Seminário Estadual de Alimentação e Nutrição promovido pela SMSDC.

Contudo, um cidadão que tivesse o interesse de saber mais sobre a atuação do CMSRJ provavelmente encontraria alguma dificuldade em obter estas informações. O Conselho não possui uma página própria na internet, tendo apenas um espaço (*link*) na página da Secretaria Municipal de Saúde. As informações sobre a sua atuação estão dispostas de forma cronológica, e não funcional, ao longo de 14 (quatorze) páginas confusas. Por exemplo, na página 6 (seis) encontramos o Decreto “P” nº 015 de 06 de Janeiro de 2010 que designa as entidades que passarão a compor o Conselho, para cumprir, através dos seus representantes, mandato na gestão 2010/2011. Mas, em nenhuma das quatorze páginas encontra-se a relação dos nomes dos conselheiros titulares e suplentes que ocupam os dez assentos do segmento dos usuários, destinados aos representantes dos Conselhos Distritais.

Da mesma forma, na página 11 (onze) há uma breve exposição sobre o que é um Conselho Municipal de Saúde, sua competência, composição, estrutura, telefone, endereço e endereço eletrônico. Mas, somente na página 14 (quatorze) encontramos outras informações relevantes como, por exemplo, a explicação sobre o que significa ser um Conselheiro de Saúde e orientações sobre a forma como deve ser conduzida uma reunião do Conselho.

Na última página também está disponível a Lei nº 1.746 de 1991, que cria o Conselho Municipal de Saúde. Porém, apenas na página 7 (sete) encontra-se a Lei nº 5.104 de 2009, que dispõe sobre o Conselho Municipal e os Conselhos Distritais de Saúde e revoga a referida Lei nº 1.746 de 1991.

A leitura das atas não é uma tarefa simples. Muitas vezes, os nomes dos conselheiros são citados sem nenhuma referência ao segmento ao qual pertencem. Também não há uma padronização na citação, sendo o mesmo nome citado, às vezes, de até três formas distintas, dificultando a compreensão das atas. Em uma das atas, por exemplo, é citado: “o senhor Silva”, sendo que há no Conselho sete pessoas com este sobrenome.

Outro problema é a demora na disponibilização das atas das reuniões plenárias do Conselho. Até o mês de janeiro de 2011 a última ata publicada era de julho de 2010. A dificuldade aumenta quando vamos analisar os Conselhos Distritais de Saúde, pois muitos deles não possuem página na internet e ainda elaboram as suas atas à mão.

Estes problemas são gerados, principalmente, pela falta de uma Secretaria Executiva adequada às necessidades do CMSRJ e dos Conselhos Distritais; apesar de a Lei Orgânica do Município do Rio de Janeiro dispor no seu art. 127, § 2º que: “os Conselhos terão dotação orçamentária específica e infra-estrutura adequada à realização de seus objetivos”¹⁰⁴.

A professora Adalgiza Balsemão destaca que os Conselhos Municipais de Saúde de todo o país enfrentam problemas relacionados à falta de uma infraestrutura adequada. As principais reclamações dos conselheiros se referem: 1) à falta de uma sede própria; uma vez que costumam funcionar dentro da própria Secretaria de Saúde, não tendo ali um lugar adequado destinado aos Conselheiros; 2) à falta de uma dotação orçamentária, que dificulta a sua independência frente à Secretaria de Saúde e 3) à existência de uma Secretaria Executiva adequada às necessidades do Conselho¹⁰⁵.

O CMSRJ define a sua infra-estrutura da seguinte forma:

O Conselho Municipal tem em funcionamento na sua Sede, na Sala 850, do prédio da prefeitura, bloco 1, no andar pertencente à Secretaria de Saúde, uma Gerência Técnica (em outros Conselhos é denominada Secretaria Executiva) e funcionários administrativos, cujo objetivo é dar suporte ao Conselho e aos Conselheiros; sala para pequenas reuniões; um computador exclusivo para uso dos conselheiros, ligado a todos os sistemas da prefeitura que são disponibilizados à Secretaria de Saúde; aparelhos de telefone e fax; computadores ligados à internet de banda larga da prefeitura; projetor de imagens; filmadoras; e, máquinas fotográficas. Contamos com um espaço na página de internet da SMS, no endereço www.sms.rio.rj.gov.br, link Conselho Municipal de Saúde, onde, hoje, disponibilizamos para consulta: atas aprovadas das reuniões do Conselho, calendário de reuniões, portarias, pautas das reuniões, Decretos, Leis de

¹⁰⁴ Cabe ressaltar que, complementando a referida Lei orgânica, a Lei nº 5.104 de 2009 estabelece, o seguinte, em relação à Secretaria Executiva:

Art. 26. O CMS contará com apoio administrativo e assessoramento técnico prestado pela SMSDC, através de uma Secretaria Executiva, órgão a ser por ela constituído.

Art. 28. A SMSDC garantirá autonomia para o pleno funcionamento do CMS e dos Conselhos Distritais de Saúde.

¹⁰⁵ BALSEMÃO, Adalgiza. *Competências e rotinas de funcionamento dos Conselhos de Saúde no Sistema Único de Saúde do Brasil*. p. 312

constituição e funcionamento dos Conselhos e textos diversos. Utilizamos o auditório do Centro Administrativo São Sebastião – CASS e o Centro Integrado de Atenção à Pessoa com Deficiência Mestre Candeia – CIAD, para nossas reuniões plenárias ordinárias e extraordinárias.

Deste modo, consideramos que o Conselho não possui uma sede própria, mas sim uma sala cedida pela SMSDC, o que pode vir a interferir na independência de sua atuação. Além disso, um computador exclusivo não é suficiente para o uso de 40 (quarenta) Conselheiros.

Acreditamos que os problemas apontados podem ser resolvidos com a criação de uma página na internet para o CMSRJ. Esta página contaria com os seguintes links específicos: 1) o SUS – histórias, princípios e diretrizes; 2) o controle social no SUS através dos Conselhos de Saúde; 3) Legislação para o controle social; 4) Quem são os Conselheiros; 5) composição das Comissões de Trabalho 6) Regimento Interno; 7) Atas; 8) Resoluções; 9) calendário das reuniões e eventos; 10) Instrumentos de Gestão; 11) Conferências Municipais de Saúde; 12) Publicações, principalmente cartilhas sobre como acompanhar a execução das políticas públicas de saúde; 12) Vídeos, como por exemplo, os cursos de capacitação de conselheiros e as Audiências Públicas; 13) contatos. Além disso, cada Conselho Distrital também deveria ter um link dentro da página do CMSRJ.

Para isso, seria necessário aumentar o apoio administrativo e assessoramento técnico prestado pela SMSDC ao CMSRJ e aos Conselhos Distritais. Também seria importante, no mínimo, aumentar o espaço físico da “sede do conselho” e adquirir mais computadores para uso exclusivo dos Conselheiros¹⁰⁶.

Quanto à natureza do Conselho, cabe ressaltar que, com a leitura das atas e a análise de seu processo decisório, fica evidente o seu caráter deliberativo e fiscalizatório. Contudo, conforme analisaremos a seguir, nem todos os atores

¹⁰⁶ Marcelo Moreira, ao analisar os dados sobre todos os conselhos de saúde do país, em 2007, destacara três dimensões: autonomia, que seria a capacidade dos conselhos funcionarem independentemente das convicções políticas dos ocupantes do executivo municipal. A organização, que se refere à existência de instâncias internas e à realização de capacitação e reuniões. E o acesso, que retrata as possibilidades de todos os conselheiros concorrerem ao cargo de presidente do CMS e da população participar do cotidiano dos conselhos. MOREIRA, Marcelo Rasga; ESCOREL, Sarah. *Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS*. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n.º. 3, Junho, 2009.

possuem a mesma participação e os debates costumam ser conduzidos pelos mesmos conselheiros. Ou seja, o Conselho é ativo e cumpre a sua função legal porque uma parte dos seus conselheiros realmente participa e luta pela melhora do SUS, enquanto a outra parte é praticamente invisível ¹⁰⁷.

Ao analisar o Conselho Municipal de Saúde de Curitiba, o professor Mário Fuks faz uma importante constatação:

Embora os conselhos gestores de políticas sociais tenham como um de seus principais objetivos promoverem a participação da sociedade civil na condução da “coisa pública”, essa participação não segue como decorrência natural do funcionamento dos conselhos. A mera institucionalização dessas arenas, embora tenha valor em si, não é condição suficiente para que a participação política ocorra em “sintonia fina” com o espírito da Constituição Federal de 1988.¹⁰⁸

A metodologia utilizada para analisar o caráter deliberativo do CMSRJ foi o seguinte: primeiramente, catalogamos na tabela 1 todos os assuntos tratados pela plenária do conselho e analisamos a ocorrência ou não de debate. Para, em seguida, analisar a “qualidade do debate” e os motivos que podem ter ensejado, em alguns temas, a não ocorrência do mesmo.

TABELA 1 – Existência de Debates nos Assuntos Abordados pela Plenária do CMSRJ

Assunto	Existência de debate	Quantidade de interlocutores
Prestação de Conta pela SMSDC do 2º, 3º e 4º trimestre de 2009 ¹⁰⁹ .	Não	
Aprovação do Regimento Eleitoral ¹¹⁰ .	Sim	9
Escolha de quatro representantes para o Seminário Estadual de Alimentação e Nutrição ¹¹¹ .	Não	

¹⁰⁷ Conforme destacado na introdução deste segundo capítulo, devido ao curto lapso temporal analisado as conclusões obtidas são meramente indicativas.

¹⁰⁸ FUKS, Mário. *Participação e influência política no conselho municipal de saúde de Curitiba*. Rev. Sociologia Política, Curitiba, nº. 25, Nov. 2005.p. 47

¹⁰⁹ Ata da reunião ordinária do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Ref.: 09/03/2010.

¹¹⁰ Conforme destacado anteriormente, o debate versou sobre a criação de novas comissões temáticas. Ibid.

¹¹¹ Ibid..

Implantação do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas – UERJ NEPAD ¹¹² .	Sim	3
Mesa de Negociação do SUS ¹¹³ .	Sim	9
Apresentação para aprovação do regimento da Etapa Municipal da IV Conferência Municipal de Saúde ¹¹⁴ .	Sim	7
Substituição do representante do Conselho Municipal de Saúde no Conselho Estadual de Saúde ¹¹⁵ .	Sim	6
Indicação de seis membros do Conselho Municipal de Saúde para o III Curso de Capacitação de Conselheiros de Saúde ¹¹⁶ .	Não	
Aprovação do documento elaborado pelos presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde para ser encaminhado ao Ministério Público, sobre a situação das Organizações Sociais ¹¹⁷ .	Sim	16
Relatório de Gestão de 2009 ¹¹⁸	Sim	13
Indicação de 01 Profissional de Saúde para compor a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador do Município do Rio de Janeiro ¹¹⁹ .	Não	

¹¹² O debate foi entorno da necessidade e possibilidade de retirar o item da pauta, já que o referido ofício era do ano de 2008 e muitas informações estavam defasadas e necessitavam de uma nova avaliação técnica. Ata da reunião ordinária do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Ref.: 30/03/2010.

¹¹³ A apresentação foi realizada pela senhora Angela Lamare, representante do segmento dos gestores, e foi um dos temas que mais gerou debates. O principais motivos foram: 1) a não compreensão dos conselheiros sobre como funcionaria a mesa e quais seriam as suas atribuições; 2) a discordância sobre o fato do Conselho funcionar apenas como observador e 3) o uso da prerrogativa de não implantação da mesa, enquanto não houvesse a aprovação do conselho.

Desta forma, após o debate sobre a implantação da mesa, os conselheiros apresentaram e aprovaram as seguintes propostas: 1) que a Secretaria Executiva faça parte da Mesa enquanto Observador; 2) que uma cartilha seja entregue a cada conselheiro para que façam adendos; 3) que cada Conselho Distrital indique um representante para compor a Mesa; 4) que o Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde também façam parte da composição da Mesa; 6) que um novo decreto seja levado ao Conselho Municipal de Saúde para ser apreciado, antes de ser publicado e 7) que seja realizado um Seminário junto aos Conselhos, Sindicatos e todos os segmentos dos trabalhadores. Ata da reunião ordinária do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Ref.: 30/03/2010.

¹¹⁴ Ata da reunião ordinária do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Ref.: 13/04/2010.

¹¹⁵ Ibid.

¹¹⁶ Ibid.

¹¹⁷ Ibid.

¹¹⁸ Ata da reunião ordinária do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Ref.: 11/05/2010.

¹¹⁹ Ibid..

Indicação de 01 Usuário do Conselho para representar o Colegiado no Comitê de Ética em Pesquisa ¹²⁰ .	Não	
Esclarecimento sobre irregularidades no Hospital Municipal Salgado Filho, Toesa, Hospital Municipal Barata Ribeiro Hospital e Maternidade Oswaldo Nazareth ¹²¹ .	Sim	7
Apresentação da portaria do Ministério da Saúde visando à gratificação dos preceptores em Vigilância e Saúde ¹²² .	Sim	9
Aprovação do Projeto PET Saúde/UFRJ.	Sim	4
Apresentação de proposta do Plano de Ação Municipal – eixo de ação ao ciclo de vida adulto/homem ¹²³	Sim	6
Apresentação de cursos para capacitação de conselheiros ¹²⁴	Não	
Prestação de Contas do 1º trimestre de 2010	Sim	11
Apresentação da proposta de Regimento Interno ¹²⁵	Não	
Documentação das Entidades do CDS AP 1.0 e indicação de membros do CMS para	Sim	5

¹²⁰ Ata da reunião ordinária do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Ref.: 11/05/2010.

¹²¹ Entre os interlocutores destacam-se o Subsecretário Dr. João Luiz Costa, que explicou que no Município do Rio de Janeiro não havia nenhum parecer do Tribunal de Contas contrário a TOESA e que a Secretaria estava estudando uma forma de melhorar o regime de ambulância no Município. A diretora do Hospital Maternidade Oswaldo Nazareth, da Praça XV, que explicou de que forma está tentando superar as dificuldades em conseguir profissionais na área de anestesia, pediatria, neonatologia e congêneres. O diretor do Hospital Barata Ribeiro que relatou de que modo o hospital estava funcionando como suporte às grandes emergências. E o diretor do Hospital Salgado Filho, que informou o andamento das investigações sobre as denúncias de irregularidades na área de neurocirurgia.

Ata da reunião ordinária do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Ref.: 11/05/2010.

¹²² A votação era para os conselheiros decidirem se queriam participar desse projeto do Ministério da Saúde. As principais questões levantadas foram: 1) o critério de seleção, 2) a fonte de custeio, 3) a quantidade de vagas e 4) o valor da preceptoría. Ata da reunião ordinária do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Ref.: 11/05/2010.

¹²³ A apresentação do Plano de Ação Municipal foi feita pela doutora Andrea Augusta, médica de família e representante da Subsecretaria de Atenção Primária. Os questionamentos versaram sobre os seguintes assuntos: como adequar esta política a realidade de cada Área de Planejamento; a necessidade de priorizar a população masculina com HIV e a população LGBT; a existência ou não de pesquisa sobre a relação entre o adoecimento da população masculina e a classe sócio-econômica e formas de articulação com outros órgãos de governo. Ata da reunião ordinária do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Ref.: 13/07/2010.

¹²⁴ Ibid..

¹²⁵ Ibid.

acompanhar eleições de Profissionais de Saúde na Área de Planejamento – 1.0 ¹²⁶		
Escolha de um representante para a Comissão Intersetorial de Acompanhamento do Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa da Criança e do Adolescente a Convivência Familiar e Comunitária da Cidade do Rio de Janeiro ¹²⁷	Não	
Escolha de um membro do CMS para participar do Comitê Municipal de Prevenção e Controle da Mortalidade Materna ¹²⁸	Não	

Ou seja, dos vinte e dois assuntos tratados na reunião plenária do CMSRJ houve debate entre os conselheiros em treze deles. Contudo, a análise apenas deste dado não responde se o CMSRJ é ou não uma arena institucional deliberativa, Sendo necessário analisarmos o conteúdo dos assuntos tratados e o seu encaminhamento.

Os assuntos em que não ocorreram debates foram, em primeiro lugar, aqueles que visavam à indicação de conselheiros para comissões externas e cursos de formação ¹²⁹. Em segundo lugar, aqueles em que a ausência de debate significava o apoio integral dos conselheiros à proposta apresentada. E em terceiro lugar, aqueles no qual o debate foi postergado para outro momento.

No primeiro caso, não existiu disputa entre os conselheiros para concorrer a estas vagas e aqueles que se candidataram obtiveram, sem discussão, a aprovação do plenário. Acreditamos que isso tenha ocorrido devido à falta de interesse de alguns conselheiros e o excesso de compromissos já assumidos por

¹²⁶ Ata da reunião ordinária do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Ref.: 13/07/2010.

¹²⁷ Ibid..

¹²⁸ Ibid.

¹²⁹ Enquadram-se nesta categoria os seguintes temas: 1) Escolha de quatro representantes para o Seminário Estadual de Alimentação e Nutrição; 2) Indicação de seis membros do Conselho Municipal de Saúde para o III Curso de Capacitação de Conselheiros de Saúde; 3) Indicação de 01 Profissional de Saúde para compor a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador do Município do Rio de Janeiro; 4) Indicação de 01 Usuário do Conselho para representar o Colegiado no Comitê de Ética em Pesquisa; 5) Escolha de um representante para a Comissão Intersetorial de Acompanhamento do Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa da Criança e do Adolescente a Convivência Familiar e Comunitária da Cidade do Rio de Janeiro e 6) Escolha de um membro do CMS para participar do Comitê Municipal de Prevenção e Controle da Mortalidade Materna.

outros. A única exceção foi à indicação de um representante do Conselho Municipal de Saúde para o Conselho Estadual de Saúde, devido a função estratégica deste espaço institucional.

Cabe destacar que esta lógica não se aplica no caso da proposta de capacitação dos Conselheiros. Acreditamos que, neste caso, o debate não ocorreu por dois motivos. O primeiro é que a capacitação era uma solicitação dos Conselhos Distritais e da 10ª Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, bem como de outras Conferências anteriores. O segundo é que a proposta foi minuciosamente elaborada pelos conselheiros da Comissão Técnica de Educação Permanente¹³⁰. Desta forma, a ausência de debate significa o apoio integral dos conselheiros à proposta apresentada¹³¹.

Em relação à apresentação da proposta de regimento interno, a não ocorrência de debate se justifica devido à distribuição de uma cópia da proposta para todos os conselheiros, para que eles fizessem sugestões de mudanças e encaminhassem para a comissão competente. Desta forma, a possibilidade de debate foi postergada para a reunião de votação do referido regimento.

Contudo, causa estranheza a ausência de debate após a apresentação da prestação de contas da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (SMSDC), referente ao 2º, 3º e 4º trimestres de 2009¹³², em atenção ao artigo 12, da Lei nº 8689/93¹³³. Isto pode ter ocorrido por dois motivos. O primeiro é que a prestação

¹³⁰ O curso de capacitação foi direcionado aos quarenta Conselheiros titulares do CMSRJ, acrescidos de dez conselheiros Distritais, designados para serem tutores nos seus respectivos conselhos. Sendo oferecido através de treze oficinas semanais, com os seguintes temas: 1) O SUS – histórias, princípios e diretrizes; 2) Controle social e SUS; 3) Gestão participativa no SUS; 4) Legislação para o controle social; 5) Planejamento e saúde, tema em que será abordado o papel do Conselho no acompanhamento e execução das políticas públicas de saúde; 6) Orçamento e Financiamento; 7) Instrumentos de Gestão (pacto pela saúde, plano municipal de saúde, plano plurianual, relatório de gestão, prestação de contas); 8) Política de humanização, que abordará o humaniza SUS e o acolhimento da classificação de risco e 9) Oficina de avaliação do curso de capacitação.

¹³¹ A ausência de debate também significa apoio integral dos conselheiros à proposta apresentada, no caso da aprovação do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde/ Vigilância em Saúde.

¹³² A apresentação foi conduzida pela conselheira Anamaria Schneider, representante do Segmento dos Gestores, em substituição ao Senhor Secretário de Saúde, que se encontrava em Brasília.

¹³³ O artigo 12, da Lei nº 8689/93 estabelece que: O gestor do Sistema Único de Saúde em cada esfera de governo apresentará, trimestralmente, ao conselho de saúde correspondente e em audiência pública nas câmaras de vereadores e nas assembleias legislativas respectivas, para análise e ampla divulgação, relatório detalhado contendo, dentre outros, dados sobre o montante e a fonte de recursos aplicados, as auditorias concluídas ou iniciadas no período, bem como sobre a oferta e produção de serviços na rede assistencial própria, contratada ou conveniada.

de contas consiste apenas em uma apresentação, não sendo necessária a aprovação do CMSRJ. Um segundo motivo pode decorrer do fato de estas contas terem sido realizadas durante a gestão anterior do conselho, da qual muitos conselheiros não faziam parte.

Em relação aos assuntos em que ocorreram debates, cabe destacar que, conforme demonstraremos na tabela a seguir, o segmento que mais participou foi o dos representantes dos usuários do SUS, indicados por cada um dos dez Conselhos Distritais de Saúde. Acreditamos que isto ocorra porque cada um dos Conselhos Distritais costuma escolher para representá-lo no CMS, que é uma arena estratégica, seu conselheiro mais ativo. Desta forma, os conselheiros distritais são aqueles que mais frequentemente trazem para as reuniões plenárias os problemas relacionados às suas Áreas Programáticas e questionam as informações trazidas, principalmente, pelos representantes do segmento dos gestores, indicados pela Secretaria de Saúde e Defesa Civil e pelo apoio técnico estatal. O que demonstra, no período analisado, um engajamento muito maior do que o demonstrado pelo segmento dos representantes dos usuários do SUS, indicados pelas entidades de atuação no âmbito Municipal e pelos membros representantes do segmento dos profissionais de saúde do SUS ¹³⁴.

TABELA 2 – PARTICIPAÇÃO NO DEBATE, POR SEGMENTO

SEGMENTO	N.
Gestor	18
Prestador	2

¹³⁴ Mário Fuks, ao analisar o Conselho de saúde de Curitiba/PR, procura entender a influência política dos atores a partir de três momentos do processo decisório: iniciar e dar continuidade ao debate a respeito de certo tema de pauta; encaminhar proposta para deliberação e aprovar ou não a referida proposta. FUKS, Mário. Participação e influência política no conselho municipal de saúde de Curitiba. **Rev. Sociologia Política**, Curitiba, n.º. 25, Nov. 2005.

Trabalhador	8
Usuário	15
Usuário AP	50
Apoio técnico estatal	5
Visitante	7
Total	105

2.2

A articulação dos conselheiros com o Ministério Público

Durante o período analisado, os conselheiros fizeram menção à instituição do Ministério Público, nas reuniões plenárias, cinco vezes. Em uma delas foi feita menção direta ao nome da Promotora de Justiça Anabelle Macedo, titular da Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva da Saúde da Capital do Rio de Janeiro. Nas suas falas, os conselheiros demonstram conhecimento e segurança sobre os seus direitos e deveres e usam a referência ao Ministério Público para respaldar o seu argumento, principalmente, frente aos representantes do segmento dos gestores, indicados pela Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (SMSDC). Além disso, também é comum os conselheiros trazerem para a reunião plenária, no momento dedicado aos informes, notícias de irregularidades que são debatidas e posteriormente encaminhadas ao *Parquet*.

No primeiro caso, após a apresentação do Relatório de Gestão de 2009¹³⁵ realizada pelo Presidente do Conselho, Dr. Hans Dohmann, seguiram-se alguns questionamento dos conselheiros sobre os dados apresentados, que versavam sobre: a necessidade de construção de uma maternidade na Zona Oeste; a demora excessiva para agendamento de exames caros e complexos, na Central de

¹³⁵ Ata da reunião ordinária do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Ref.: 11/05/2010.

Regulação; a denúncia de que o Programa de Saúde da Família que cuidava dos doentes mentais, na área programática 5.3, funcionava sem psiquiatra¹³⁶; a falta de tempo para discutir o Relatório de Gestão nos Conselhos Distritais; o pouco tempo disponibilizado, três minutos, para que cada conselheiro fizesse as suas colocações sobre um relatório com setenta e sete folhas; reclamação em relação às várias unidades de saúde que ficaram fechadas para obra durante o ano de 2009; alegação de que a Secretaria de Saúde não escuta as propostas e as críticas do Conselho, principalmente em relação às contratações de organizações sociais; falta de recursos humanos nos hospitais, principalmente, médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem.

Como as explicações fornecidas pelo Secretário não convenceram os Conselheiros, o Relatório de Gestão foi posto em votação e reprovado, sendo o mesmo encaminhado para o Ministério Público para apuração das irregularidades apontadas pelos conselheiros.

No segundo caso, a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil estava se recusando a repassar para o Conselho Distrital da Área de Planejamento 5.3 os contratos de “quarteirização”, através dos quais as Organizações Sociais estavam contratando outras empresas, além dos dados sobre onde estavam alocados os funcionários de saúde daquela região. Por isso, os conselheiros da AP 5.3 comunicaram ao plenário do CMSRJ que tinham encaminhado um ofício ao Ministério Público, solicitando o envio desses documentos pela SMSDC¹³⁷.

No terceiro caso, os presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde elaboraram um documento para ser encaminhado ao Ministério Público, sobre a situação das Organizações Sociais nas regiões das AP 5.1 e 5.2¹³⁸. Os principais pontos levantados pelo referido documento foram: a lei municipal que autoriza e regulamenta o uso de Organizações Sociais não foi aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde e nem pela Conferência Municipal de Saúde; foi realizada a

¹³⁶ A Área Programática 5.3 é formada por 3 (três) bairros: Santa Cruz, Paciência e Sepetiba.

¹³⁷ Ata da reunião ordinária do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Ref.: 11/05/2010.

¹³⁸ Ata da reunião ordinária do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Ref.: 13/04/2010. A Área Programática 5.1 é formada por 10 (dez) bairros: Deodoro, Vila Militar, Campo dos Afonsos, Jardim Sulacap, Magalhães Bastos, Realengo, Padre Miguel, Bangu, Gericinó e Senador Camará. Enquanto, a Área Programática 5.2 é formada por 8 (oito) bairros: Santíssimo, Campo Grande, Senador Vasconcelos, Inhoaíba, Cosmos, Guaratiba, Barra de Guaratiba e Pedra de Guaratiba.

contratação provisória de Organização Social com menos de dois anos de existência; a alocação ilegal de Organizações Sociais em instituições já existentes ao tempo da aprovação da lei; o atraso das obras que deveriam ser realizadas por estas Organizações; a impossibilidade de comunicação dos conselheiros com estas Organizações Sociais contratadas, inclusive, o endereço informado por uma delas era inexistente e a não disponibilização dos contratos das Organizações Sociais contratadas e dos contratos de “quarteirização” celebrados por estas entidades.

Em resposta, a conselheira de saúde Anamaria Carvalho Schneider¹³⁹ destacou que os processos de seleção das Organizações Sociais estavam disponíveis para apreciação do Conselho, mediante uma solicitação formal. Contudo, como eram muito volumosos, não poderiam ser copiados. E afirmou que “se o Conselho começasse a se dirigir diretamente ao Ministério Público sem procurar o Senhor Secretário, não sabia aonde tudo ia parar”. Já o senhor Daniel Soranz¹⁴⁰ ressaltou que são realizadas auditorias preventivas em todos os contratos celebrados com as Organizações Sociais e que se os conselheiros quisessem saber a data de início e fim de cada obra realizada por elas era só fazer uma solicitação formal à Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde, asseverando que a atitude dos conselheiros de encaminharem um ofício ao Ministério Público estava contribuindo para o esvaziamento daquele fórum.

Após o debate, a plenária do CMSRJ decidiu que a Comissão Executiva daquele Conselho endossaria o documento elaborado pelos Conselheiros Distritais e o encaminharia ao Ministério Público.

No quarto caso, a Comissão Executiva do Conselho Distrital da área programática 1.0 comunicou ao CMSRJ que a presidente anterior daquele Conselho, Sra. Solange G. Belchior, não teria passado para a nova Comissão Executiva a documentação das entidades que hoje compunham o referido

¹³⁹ Conselheira do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro indicada pela Secretaria Municipal de saúde e defesa Civil, como representante do segmento dos gestores.

¹⁴⁰ Subsecretário de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde.

Conselho e teria ainda desaparecido com as atas das eleições de todos os profissionais da área da saúde ¹⁴¹.

A Comissão Executiva do CMSRJ apresentou como solução ao problema procurar as entidades que hoje atuam nessa Área e verificar a eleição dos profissionais que foram indicados para o Conselho, solicitando os documentos necessários para a sua regularização, além de notificar o Ministério Público, para que não fosse responsabilizada a atual diretoria.

Contudo, tanto a conselheira Maria Angélica de Souza, presidente do Conselho Distrital da Área Programática 3.2¹⁴², como a conselheira Maria Alice Gunzburger, presidente do Conselho Distrital da Área de Programática 2.2¹⁴³ disseram que não haveria necessidade de comunicação ao Ministério Público, pois o assunto deveria ser resolvido internamente sob pena de desmoralização dos Conselhos Distritais. O conselheiro Paulo Murilo também destacou que por estarem lidando com servidores públicos teriam que tomar muito cuidado com qualquer tipo de acusação. Por estes motivos, os conselheiros decidiram resolver o assunto internamente e não encaminhá-lo ao Ministério Público.

É interessante notar que por ser uma denúncia de irregularidade contra uma antiga presidente do Conselho Distrital, servidora pública, os conselheiros, numa atitude corporativa, decidiram não encaminhar o assunto ao Ministério Público.

O quinto caso foi trazido pela conselheira Maria Angélica de Souza, presidente do Conselho Distrital da Área de Programática 3.2. O referido Conselho levantou quais seriam os melhores terrenos para implantação de Clínicas da Família naquela região. Mas a decisão da prefeitura foi por desativar um posto de saúde que funcionava regularmente e uma ONG que trabalhava com

¹⁴¹ Ata da reunião ordinária do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Ref.: 13/07/2010. A Área Programática 1.0 é formada por 15 (quinze) bairros: Saúde, Gamboa, Santo Cristo, Caju, Centro, Catumbi, Rio Cumprido, Cidade Nova, Estácio, São Cristovão, Mangueira, Benfica, Paquetá, Santa Teresa e Vasco da Gama.

¹⁴² A Área Programática 3.2 é formada por 23 (vinte e três) bairros: Higienópolis, Jacaré, Maria da graça, Del Castilho, Inhaúma, Engenho da Rainha, Tomás Coelho, São Francisco Xavier, Rocha, Riachuelo, Sampaio, Engenho Novo, Lins de Vasconcelos, Méier, Todos os Santos, Cachambi, Engenho de Dentro, Água Santa, Encantado, Piedade, Abolição, Pilares e Jacarezinho.

¹⁴³ A Área Programática 2.2 é formada por 7 (sete) bairros: Praça da Bandeira, Tijuca, Alto da Boa Vista, Maracanã, Vila Isabel, Andaraí e Grajaú.

crianças da região há mais de 35 anos. Por isso, o Conselho Distrital decidiu levar esse assunto ao Ministério Público, para resguardar os direitos dos usuários.

Desta forma, podemos concluir, preliminarmente, que os conselheiros do Conselho Municipal de Saúde atuam de forma autônoma defendendo as suas opiniões, inclusive frente ao Secretário Municipal de Saúde e Defesa Civil. Esta autonomia é reforçada com a articulação entre os conselheiros e o Ministério Público, principalmente, através do encaminhamento de denúncias de irregularidades. Porém, como veremos no próximo capítulo, a atuação do *parquet* junto ao Conselho ainda é muito recente.