



Série

Participação Controle Social

O Articulador junto ao Conselho de Saúde

Curitiba
2008

Coordenação Geral

Zilda Arns Neumann

Fundadora e Coordenadora Nacional da Pastoral da Criança

Nelson Arns Neumann

Coordenador Nacional Adjunto da Pastoral da Criança

Redação e Colaboração

Clóvis Adalberto Boufleur

Irmã Beatriz Hobold

Setor de Políticas Públicas da Pastoral da Criança e Rede Brasileira de Informação e Documentação sobre a Infância e Adolescência – REBIDIA

Participantes das Oficinas-Piloto sobre Articulador da Pastoral da Criança dos Estados do Paraná e da Bahia, 2002

Douglas Alex Jankoski

Vanessa da Cruz Klososki

Revisão de Linguagem

Aline Gonçalves

Projeto gráfico

Fernando Ribeiro

Ficha Catalográfica – BCNPC DAJ CRB/9 1167

P293 Pastoral da Criança
O articulador junto ao Conselho de Saúde / Pastoral da Criança – Curitiba, 2008.
56p.: il.; 20,5 x 27,5 cm – (Série Participação e Controle Social)

1. Políticas Públicas - Pastoral da Criança
2. Controle Social - Pastoral da Criança I. Título

CDD 20.ed. 342.041

Depósito Legal na Biblioteca Nacional conforme Lei nº 10.994 de 14 de dezembro de 2004

SUMÁRIO

Apresentação	5
Introdução	6
Missão e Atividades	8
Articulador da Pastoral da Criança junto ao Conselho de Saúde	8
Indicador de Mortalidade Infantil	10
Metodologia de estudo da Mortalidade Infantil	12
Ver	13
Julgar	14
Agir	17
Avaliar	18
Celebrar	18
Medicamentos como parte do adequado atendimento no posto de saúde	20
Considerações gerais sobre as Unidades Básicas de Saúde	21
Os indicadores da	
Folha de Acompanhamento do Conselho de Saúde, FAC-Saúde	23
Orientações sobre a	
Folha de Acompanhamento do Conselho de Saúde, Fac-Saúde	24
Perguntas e respostas sobre o Conselho de Saúde	26
Construindo os Conselhos de Saúde	26
Como a Pastoral da Criança participa do Conselho?	26
O que é necessário para que o Conselho Municipal de Saúde seja instituído? ...	27
O que são Políticas Públicas?	28
O que é Participação no Controle Social?	28
Que legislação garante a existência dos Conselhos de Saúde?	28
Quais são as principais atividades do Conselho de Saúde?	29
Como o Conselho de Saúde pode melhorar o seu funcionamento?	30
Qual é a missão do articulador da Pastoral da Criança?	31
Quais as principais características deste articulador?	31
O que o articulador, na qualidade de usuário no conselho de saúde precisa saber e fazer?	31
Quais são as ferramentas disponíveis para os Articulador de Saúde da Pastoral da Criança	32
Por que a Pastoral da Criança é classificada como usuária no Conselho de Saúde?	32
Qual é a composição do Conselho de Saúde?	33
Quem são os representantes do Governo?	34

Quem são os representantes de Prestadores de Serviços?	34
Quem representa os trabalhadores da saúde?	34
Quem são os representantes dos Usuários?	34
Como participar de um Fórum de Usuário da Saúde?	35
Qual é a missão do Ministério Público junto ao Conselho?	35
O que é Plano Municipal de Saúde?	35
Como deve ser a participação do Conselho Municipal de Saúde na elaboração do Plano Municipal?	36
O que é Relatório de Gestão?	36
As decisões do Conselho?	36
Qual é a função das Comissões Temáticas no Conselho?	36
O que mais o Articulador precisa saber?	37
O que é a Emenda Constitucional EC-29/2000?	38
O que é a Educação Permanente para o Controle Social?	39
Finalizando	40
Referências	41

Anexos

Anexo A – Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990	42
Anexo B – Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990	53
Fac-Saúde	55

Apresentação

A Pastoral da Criança disponibiliza para os seus voluntários a 2ª edição do Texto Base para o Articulador da Pastoral da Criança junto ao Conselho de Saúde. Um material educativo que, certamente, ajudará a melhorar a vida de nossas famílias e comunidades. Esta é mais uma contribuição para que todas as crianças “tenham vida e vida em abundância” (Jo 10,10).

O Texto Base do Articulador da Pastoral da Criança junto ao Conselho de Saúde, com sua metodologia de capacitação, oferece estratégias práticas para o envolvimento da Pastoral da Criança com as Políticas Públicas e o Controle Social.

As ações de Saúde realizadas com as famílias e a comunidade, quando complementadas com políticas públicas bem administradas, previnem o sofrimento humano. Sabemos que, para a diminuição da mortalidade infantil e a qualidade de vida das pessoas, precisamos também de ações intersetoriais voltadas para a segurança alimentar, alfabetização, saneamento básico e ambiental, geração de emprego e renda, lazer e outras.

Levando vida em abundância a milhões de crianças e milhares de famílias das comunidades mais necessitadas do nosso Brasil, a Pastoral da Criança desenvolve um trabalho preventivo, visando a saúde das crianças e famílias acompanhadas e o acesso aos Serviços de Saúde com qualidade. Com o seu trabalho, os Articuladores junto aos Conselhos Municipais de Saúde estarão consolidando a cada dia a missão de ser agente transformador da realidade deste país.

Faço votos para que este material seja um grande instrumento de capacitação de nossos representantes junto ao Conselho de Saúde e para que continuemos juntos nesta missão de construir o Reino de Deus.

Dom Aloysio Leal Penna

Presidente do Conselho Diretor da Pastoral da Criança
Arcebispo de Botucatu/SP

Introdução

O objetivo deste texto é construir práticas e conhecimentos permanentes sobre a participação da Pastoral da Criança no Controle Social junto ao Conselho de Saúde e mostrar que vale a pena participar da mobilização para garantir melhor qualidade de vida às pessoas, especialmente as mais pobres.

A Pastoral da Criança tem uma longa história de envolvimento com o Controle Social e participação nos Conselhos de Saúde dos municípios, onde desenvolve as suas ações. Nos últimos anos, foram capacitados centenas de Conselheiros Municipais e implantada a Rede Brasileira de Informação e Documentação sobre a Infância e a Adolescência – REBIDIA. Esta produção é mais uma parcela de colaboração para construir uma sociedade mais justa e fraterna e concretizar o nosso objetivo: “Para que todos tenham vida e a tenham em abundância”.

Um dos objetivos deste texto é orientar para a aplicação da metodologia transformadora do VER, JULGAR, AGIR, AVALIAR E CELEBRAR, como estratégia para evitar a morte de crianças em nossos municípios. Apresentaremos também instruções sobre a Folha de Acompanhamento do Conselho de Saúde, FAC-Saúde, bem como sua utilização na qualidade de ferramenta de trabalho do Articulador da Pastoral da Criança.

O envolvimento com as Políticas Públicas e o Controle Social é uma das ações realizadas pela Pastoral da Criança, com orientações no *Guia do Líder*. A atuação do Articulador junto ao Conselho Municipal de Saúde é considerado como uma ação complementar ao trabalho da Pastoral da Criança. As ações de saúde realizadas com as famílias e a comunidade, quando complementadas com políticas públicas de saneamento básico e ambiental, geração de emprego e renda, construção e manutenção de escolas de qualidade, lazer e outras, proporcionam a diminuição da desnutrição e a mortalidade infantil e contribuem para o desenvolvimento infantil.

Para ampliar a participação da Pastoral da Criança e o seu envolvimento com as Políticas Públicas e o Controle Social é que se pretende capacitar em cada município, no mínimo, um Articulador ou até, um por paróquia. Ele terá a função de acompanhar a atuação do Conselho de Saúde e preencher mensalmente a Folha de Acompanhamento do Conselho de Saúde, FAC – Saúde. Por isso,

convidamos você, Articulador da Pastoral da Criança no Conselho de Saúde, a ter mais informações sobre o Sistema Único de Saúde – SUS e sobre os Conselhos de Saúde. Contamos com a sua experiência de vida, sua visão crítica da realidade e seu conhecimento sobre saúde para construir um ambiente saudável para nossas famílias, crianças, gestantes. Você é importante para aprimorar o SUS!

Queremos trabalhar por esta causa coletiva, que mobiliza as pessoas a defender e desejar cada vez mais, ver implementado o Sistema Único de Saúde. Nesse caso, além da experiência de vida, você certamente terá uma experiência de trabalho, muito importante para socializar com os demais Articuladores e Conselheiros de Saúde. A Pastoral da Criança é uma rede de voluntariado que multiplica o saber e a solidariedade humana e faz a diferença que o SUS tanto necessita para funcionar bem. Que Deus abençoe você e toda a equipe da Pastoral da Criança. Obrigado por cada gesto de FÉ e VIDA na construção de um mundo mais justo e fraterno.

Dra. Zilda Arns Neumann

Fundadora da Pastoral da Criança,
Fundadora e Coordenadora Nacional da Pastoral da Pessoa Idosa,
Representante Titular da CNBB no Conselho Nacional de Saúde,
Conselheira do Conselho Econômico e Social (CDES).

Missão e Atividades

Articulador da Pastoral da Criança junto ao Conselho de Saúde



O Articulador da Pastoral da Criança tem a função de ser ponte entre o Conselho de Saúde e a comunidade. Ele tem como ponto de partida as necessidades sentidas pela comunidade. Para cumprir sua missão, precisa desenvolver a capacidade de usar a metodologia do VER, JULGAR, AGIR, AVALIAR E CELEBRAR com a comunidade. Assim descobrirá quais as propostas que podem trazer mais benefício à população. Os indicadores que servem de base para a ação do Articulador são: a Mortalidade Infantil, o uso de antibiótico em crianças, a frequência e participação nas reuniões do Conselho e a elaboração de ações preventivas, na família, na comunidade e pelo Serviço de Saúde. Esses indicadores estão elencados na Folha de Acompanhamento do

Conselho de Saúde, FAC-Saúde.

Como sabemos, a metodologia da Pastoral da Criança baseia-se no ensinamento da Multiplicação dos Pães e Peixes, do Evangelho de João 6, 1-15. Essa passagem bíblica também se aplica à missão do Articulador. Vejamos como é possível adaptar essa história da Bíblia, ao nosso método de estudo da realidade.

Quando as pessoas que ouviam Jesus resolveram acompanhá-lo para fora da cidade, certamente, alguns deles levaram consigo alguma provisão de comida e água, já que dificilmente alguém sai para um lugar deserto totalmente desprevenido. No momento da refeição, essas pessoas, provavelmente, sentiram-se inseguras em mostrar o que tinham, pois a comida poderia não ser suficiente se o vizinho estivesse sem nada. Jesus procurou fazer com os discípulos um levantamento do que existia (VER). As pessoas, com certeza estavam próximas de suas conhecidas, como acontece quando se caminha em peregrinação. Isto contribuiu para saber o que cada um tinha para comer. Jesus propôs que se organizassem em pequenos grupos, como estratégia para as pessoas conversarem sobre a questão (JULGAR). Eles verificaram quantos pães e quantos peixes tinham para partilhar: cada um tinha um pouco. Constataram que havia cinco pães e dois peixes. Jesus os abençoou e pediu para repartir. A partilha do alimento é expressa por Jesus com a simplicidade de uma criança e de forma concreta (AGIR). Depois, Jesus mandou ver se todos estavam satisfeitos (AVALIAR). Foram recolhidos doze cestos com a comida que sobrou. Vendo este milagre da partilha, a multidão festejou a descoberta de que Jesus era verdadeiramente o profeta que todos esperavam (CELEBRAR).

Os indicadores da FAC-Saúde refletem a atividade mensal do Articulador e contribuem com a elaboração de ações concretas de prevenção, realizadas com a ajuda da comunidade, família, serviços de saúde e do conselho de saúde.

Desde o começo desta ação complementar, em 2003, definimos que a missão do articulador é estudar a história que envolveu a morte de uma criança no município com o objetivo de prevenir que outras aconteçam. O termo “estudar” expressa que o articulador é um colaborador e não investigador. Os casos que merecem investigação são de responsabilidade do gestor da saúde, comitê de morte materna e infantil, conselhos de profissionais ou mesmo do poder judiciário.

Indicador de Mortalidade Infantil



A Mortalidade Infantil, entre crianças menores de 1 ano, é um dos indicadores mais importantes para avaliar a saúde de um país ou município. Ela consta na Folha de Acompanhamento do Conselho de Saúde, FAC-Saúde. Nessa Folha, existem mais seis indicadores, que também estão relacionados com o desempenho do Articulador no Conselho de Saúde. A Mortalidade Infantil, no entanto, foi escolhida para concentrar e orientar a atuação do Articulador da Pastoral da Criança na comunidade, no Conselho de Saúde e na sua relação com a política de saúde e controle social do município.

Os indicadores de saúde são fontes de informações, que apontam tendências e contribuem para uma ação concreta e imediata. Por isso, ao verificar e informar mensalmente o total de mortes de crianças menores de 1 ano no município, o Articulador terá também a oportunidade de propor soluções locais, que envolvam vários setores do serviço público, e, assim, evitar que outras mortes aconteçam.

As soluções para evitar a morte de crianças podem ser encontradas na família, na comunidade, no serviço de saúde ou a partir da formulação de políticas públicas de saúde nos Conselhos. Pode ser também uma soma de esforços intersetoriais, como faz a Pastoral da Criança e como acontece, por exemplo, nas ações de Segurança Alimentar. Cada localidade pode descobrir a forma de prevenir as causas pelas quais adoecem ou morrem as crianças no município.

A Pastoral da Criança atua desde 1983 em áreas pobres do Brasil, desenvolvendo ações básicas de saúde, nutrição, cidadania e educação comunitária, enfim, ações que ajudam a prevenir a mortalidade infantil.

As atividades são realizadas por milhares de voluntários junto às famílias e na comunidade e acontecem em conjunto com as ações do Serviço de Saúde e com os Conselhos Municipais. A união de esforços e atuação articulada ajudam a evitar que as principais causas de mortalidade infantil do município continuem sem soluções.

Algumas estratégias educativas e informativas podem auxiliar na diminuição do sofrimento humano. Elas podem mostrar a responsabilidade dos pais e demais familiares e dar-lhes orientações para prevenir doenças e acidentes, cuidar do desenvolvimento de seus filhos, e em casos mais graves, saber a qual Serviço de Saúde levar as crianças. As medidas de educação e informação em saúde têm baixo custo e podem construir uma cultura de prevenção na saúde, voltada tanto para as famílias e a comunidade, como para profissionais de saúde e o governo.

Metodologia de estudo da Mortalidade Infantil

A utilização da metodologia VER, JULGAR, AGIR, AVALIAR e CELEBRAR pode ajudar no estudo da Mortalidade Infantil e prevenir outras mortes por causas semelhantes. Vamos então conhecer melhor cada passo desta metodologia?



O método VER, JULGAR, AGIR, AVALIAR e CELEBRAR tem por objetivo despertar o senso crítico e a capacidade de perceber fatos, como eles realmente acontecem, superando a visão dominada por preconceito, imediatismo, teimosia, ou mesmo por excesso de entusiasmo. O método nasceu na França, na década de 1960, e foi adotado na América Latina nos anos seguintes, pela chamada Teologia da Libertação. A principal característica dessa metodologia é estudar a realidade e depois iluminá-la com a Palavra de Deus.

A grande eficácia do método é que ele aprofunda o estudo das causas. Isso contribui para evitar atitudes como a daquele agricultor sem experiência que, ao verificar que as folhas da laranjeira estavam caindo, jogou remédio diretamente nelas, sem perceber que a causa da doença estava na raiz.

VER

O momento do VER, relacionado com a morte de uma criança, é olhar para a história da criança, seu meio ambiente, seu relacionamento com a família, comunidade, Pastoral da Criança e o Serviço de Saúde.



Algumas perguntas podem servir de roteiro para o Articulador VER melhor.

Questões imediatas:

- Com que idade a criança morreu?
- Quais os sinais que indicaram risco de morte para a criança?
- A criança foi atendida pelo Serviço de Saúde? Qual?
- A mãe foi atendida, na gestação, pelo sistema de saúde, para fazer o pré-natal, receber as vacinas e fazer os exames necessários?
- Como foi o parto desta criança?

Outras questões:

- Quais eram as condições de vida desta criança, tais como: moradia, renda dos pais, condições de saneamento básico (água potável, rede de esgoto)?
- A criança era acompanhada pela Pastoral da Criança? Se sim, há quanto tempo? Se não, por que não?
- A mãe foi acompanhada pela Pastoral da Criança? Se sim, a partir de que mês? Se não, por que não?
- A mãe sabe ler e escrever?
- A criança tinha Registro Civil de Nascimento? Se não, por que não?

Importante: Caso não tenha ocorrido nenhuma morte de criança menor de 1 ano de idade no mês, observe outros aspectos da vida de crianças e famílias de seu município, para evitar que as mortes aconteçam.

Nesse caso, algumas perguntas podem ajudar o Articulador:

- Quais as condições de moradia, emprego, educação e saúde das famílias mais pobres de seu município?
- Como está a assistência pré-natal às gestantes, tanto na área rural como na urbana? Com que qualidade está sendo oferecido o serviço de saúde?
- Com que qualidade estão sendo realizados os partos em seu município?
- Como estão sendo acompanhados a mãe e o bebê, após o parto, em seu município?
- Quais as principais causas de internamento de crianças menores de um ano em seu município?

JULGAR

O momento do JULGAR, no caso da morte de uma criança, é estudar a história e os fatos que estão relacionados a ela, já verificados no momento do VER. É refletir sobre o que aconteceu e o que poderá ser feito, para evitar outras mortes pelo mesmo motivo.

A Pastoral da Criança busca referência no JULGAR a realidade, em diferentes documentos como: a Bíblia, o *Guia do Líder da Pastoral da Criança*, a Constituição Federal, a Lei 8.080/90 e a Lei 8.142/90 e o Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei 8.069/90.

Devemos JULGAR a história de morte da criança à luz do *Guia do Líder* e das Leis!

Nossa orientação para o Articulador é que ele faça um confronto entre as informações apresentadas no momento do VER com o que está descrito nos temas do *Guia do Líder* e na legislação, relacionado à história da morte da criança.

O objetivo desse estudo é entender **o que aconteceu com essa criança** que possa ter causado a morte!



A seguir elencamos algumas páginas do *Guia do Líder* e citamos algumas Leis Federais, de acordo com temas que podem contribuir no momento do JULGAR. Lembramos que as principais perguntas relativas aos temas têm relação com as causas, ou seja, **o que levou à morte** e o caminho percorrido até acontecer o fato.

1. Cidadania – *Guia do Líder*: páginas 13 e 14

Constituição Federal, Art. 6º: “São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”.

2. Direitos desde o ventre materno – *Guia do Líder*: páginas 54, 55 e 72 a 75

Estatuto da Criança e do Adolescente, Art. 8º: “É assegurado à gestante, através do Sistema Único de Saúde, o atendimento pré e perinatal.”

3. Cuidados com o Parto e o Pós-Parto: *Guia do Líder*: páginas 90, 91, 92, 99 a 102 e 106

Constituição Federal Art. 7º, XVIII, “que define o direito à licença à gestante, sem prejuízo do emprego e do salário, com a duração de cento e vinte dias; e Estatuto da Criança e do Adolescente, nos Artigos 8º, 10º e

11º, que descrevem os direitos durante o pré-natal e parto, e sobre o aleitamento materno; definem também as obrigações dos hospitais e estabelecimentos de atenção à saúde da gestante”.

Atenção: A Declaração de Nascidos Vivos (DNV) é fornecida pelo hospital. Este documento é utilizado para fazer o registro de nascimento.

4. Cuidados e desenvolvimento do bebê no 1º ano – *Guia do Líder*: páginas 105 a 129;

Constituição Federal Art. 196º: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Lei 8.080/90, Artigos 2º e 18, “que descrevem a organização dos Serviços de Saúde e as competências da prefeitura em relação aos serviços de saúde”.

Estatuto da Criança e do Adolescente, Artigos 4º, 7º e 54, “que asseguram com absoluta prioridade os direitos da criança e do adolescente, no sentido de se permitir o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, e asseguraram o direito à educação gratuita e de qualidade”.

5. Sinais de risco e prevenção de doenças – Vide faixas etárias e respectivos sinais de perigo na contracapa deste livro e nas diversas páginas do *Guia do Líder*: 101, 126 e 166;

Constituição Federal Art. 200 e Lei 8.080/90, Art. 6º – § 1º, “que fala das competências do SUS e das ações de vigilância sanitária”.

A partir do estudo realizado no momento do JULGAR, é necessário, primeiro, enumerar os acontecimentos relacionados com a morte da criança. Depois, verificar os fatos que mais influenciaram na morte da criança. É preciso começar por eles e analisar a raiz do problema. A partir daí, é possível buscar as soluções que estão ao alcance e que podem ser realmente concretizadas, para evitar outras mortes.

Existem várias propostas de soluções. Algumas, apontam para a organização e o esforço da própria pessoa ou da comunidade; outras propõem orientações às

famílias; outras ainda, exigem a melhoria do acesso, qualidade e humanização do serviço de saúde, envolvimento de outras entidades e setores do governo. Essas propostas podem ser fortalecidas pelo estabelecimento de parcerias com entidades como a Pastoral da Criança e com os Conselhos de Saúde. Isso tudo deve ser considerado na elaboração das propostas de solução de problemas, definidas durante o estudo do caso.

AGIR

O momento do AGIR é ação concreta, que nasce do estudo realizado no momento de JULGAR. Significa saber o que e como vai ser feito, para prevenir a mortalidade infantil. Dois aspectos merecem destaque:

- planejar os passos para colocar em prática uma proposta de solução, de acordo com o que foi identificado no estudo dos acontecimentos;
- definir os recursos necessários e distribuir as responsabilidades para atingir determinada meta.



Algumas perguntas podem ajudar o Articulador no AGIR:

- Que propostas preventivas relacionados com a morte da criança poderiam ser realizadas:
 - Na família?
 - Na Comunidade?
 - No Serviço de Saúde?
 - No Conselho Municipal de Saúde?
- Que parceiros podem ajudar em cada ação?
- Qual será o prazo da realização desta ação?
- Que recursos são necessários e como conseguir estes recursos?
- Como a ação proposta no momento do Agir vai prevenir a morte de outras crianças?

AVALIAR

O momento do AVALIAR acontece ao longo e após o processo do VER, JULGAR e AGIR. Significa verificar se os resultados esperados em cada momento foram alcançados e se as atitudes tomadas estão causando algum impacto sobre a prevenção da Mortalidade Infantil.



Ao longo do processo, também se faz necessário refletir sobre as mudanças feitas em relação ao que foi planejado.

Algumas perguntas podem ajudar a AVALIAR os esforços realizados:

- O número de crianças que morrem pelas mesmas causas estudadas anteriormente está diminuindo?
- As lideranças comunitárias, famílias, comunidades e os serviços de saúde estão mais conscientes da importância da prevenção e de intervir rapidamente, quando aparecem os sinais de doença grave?
- Ao percorrer novamente o caminho do VER, JULGAR, AGIR, AVALIAR, conseguimos diminuir as dificuldades encontradas anteriormente?
- Apareceram outras dificuldades? Sabemos que caminho percorrer para superá-las?

CELEBRAR

O momento do CELEBRAR é agradecer a Deus pelo precioso dom da vida que Ele nos concede. É partilhar as conquistas com todas as pessoas envolvidas na luta para construir melhores condições de vida para as crianças e suas famílias.



Algumas sugestões para o momento do CELEBRAR:

- **Rezar com a Bíblia.** A Pastoral da Criança tem seu alicerce fundamentado na Palavra de Deus, que fortalece e ilumina sua caminhada. Sugestões: Jo 10, 7-21; Is 65, 17-25; Jo 5, 19-24; Ecl 40, 18-27.
- **Rezar a Vida.** Apresentar casos de recuperação de crianças, relatar os benefícios alcançados com o esforço das pessoas e entidades envolvidas e agradecer a bênção da Vida Plena para todas as pessoas da comunidade.
- **Celebrar a Vida** com os símbolos que contribuem para a recuperação das crianças, como a Bíblia, cânticos, balança, soro caseiro e com a presença de toda comunidade.

Nosso objetivo é contribuir para a reflexão e orientação do Articulador no estudo da Mortalidade Infantil. Outras estratégias podem ser acrescentadas, de acordo com a realidade de cada local ou comunidade. Para diminuir cada vez mais o número de mortes por causas que podem ser evitadas, é indispensável que cada um faça sua parte, avalie o que estamos apresentando e sugira novas ações.

Os principais fatores que levaram as crianças a morte são as afecções perinatais, pneumonia e diarreia. Possivelmente existem outras causas, que se repetem ou são semelhantes, na sua região e que devem ser observadas. Portanto, se utilizarmos a metodologia do VER, JULGAR, AGIR, AVALIAR e CELEBRAR, podemos aprender mesmo com um "acontecimento triste". Com o estudo, aprendemos que podemos evitar outras mortes por meio da educação da mãe, da família e da comunidade; pela elaboração de políticas públicas básicas que favoreçam o acesso à qualidade e à humanização do Serviço de Saúde; ou pelo acompanhamento e fiscalização do uso dos recursos públicos e do Controle Social realizado pelo Conselho de Saúde.

Medicamentos como parte do adequado atendimento no posto de saúde

Para que cada Unidade Básica de Saúde consiga causar impacto na redução da mortalidade e das doenças é necessário que ela :

- possua trabalhadores da saúde habilitados (médicos, enfermeiras, agentes comunitários, odontólogos, nutricionistas);
- garanta acesso a exames básicos e medicamentos para as doenças mais comuns, especialmente as que mais causam a morte das pessoas;
- faça ações junto à comunidade para que as pessoas busquem o serviço de saúde a tempo.

Os pontos acima evoluíram muito nos últimos anos no Brasil, além disso:

- a Pastoral da Criança orienta as mães sobre os sinais de risco e assim as crianças com problemas de saúde sérios chegam mais cedo aos Serviços de Saúde e a chance de serem curadas são bem maiores. Por exemplo: crianças que morrem por infecção porque chegam tarde ao serviço e têm menos de 24 horas de internamento hospitalar, não seriam salvas nem no melhor hospital pois os medicamentos demoram para fazer efeito;
- com a Estratégia Saúde da Família (ESF), os profissionais de saúde têm melhores condições de trabalho;
- há recursos para compra de medicamentos básicos em quantidade suficiente em quase todas as prefeituras.

No entanto, continuam ocorrendo muitas mortes preveníveis. Uma das causas, segundo a Organização Mundial de Saúde, é que os medicamentos não estão disponíveis no local e momento certos e, mesmo que estejam, muitas vezes, demora-se para iniciar o tratamento.

Assim, a Pastoral da Criança escolheu esse tópico como indicador de qualidade do atendimento dos Serviços de Saúde para ser avaliado pelo Articulador. Para tanto, basta responder mensalmente três questões:

- Quantas Unidades Básicas de Saúde foram visitadas neste mês?
- Das unidades visitadas, quantas tinham estoque de antibióticos para crianças na farmácia, no dia da visita?
- Das unidades visitadas, quantas dão a primeira dose do antibiótico para a criança ainda na Unidade de Saúde?

Essas perguntas levam em consideração tanto a visita às Unidades Básicas de Saúde feitas pelo Articulador quanto as visitas feitas por outras pessoas da Pastoral da Criança, desde que saibam responder a todas as três perguntas. Essas respostas podem ser obtidas na reunião que o Articulador faz todo mês com a Pastoral da Criança.

Na **pergunta 1**, coloca-se o número de visitas em que foi possível responder às **perguntas 2 e 3**.

Na **pergunta 2**, coloca-se o número de Unidades de Saúde que tinham na farmácia antibióticos para crianças. Deve-se ter, ao menos, medicamento suficiente para o tratamento completo de uma criança. Os antibióticos mais usados para tratar as doenças infecciosas graves de crianças são a amoxicilina e a eritromicina (para as crianças alérgicas à penicilina). O farmacêutico ou médico podem orientar outro tipo de antibiótico. Se houver qualquer um desses antibióticos disponíveis, a resposta é SIM.

Na **pergunta 3**, deve-se assinalar o que ocorre como rotina no Serviço de Saúde. O melhor é ver, no momento da visita, se alguma criança está recebendo o medicamento dentro da Unidade de Saúde. Se não houver crianças sendo consultadas no momento da visita, considere o relato do farmacêutico ou da enfermeira responsável. Caso a resposta à **pergunta 2** tenha sido NÃO (não havia antibiótico), a resposta a essa pergunta também será NÃO, pois não há como dar para a criança o que não está disponível.

Considerações gerais sobre as Unidades Básicas de Saúde

O posto de saúde presta atendimento básico no Sistema Único de Saúde (SUS) e deve estar perto de quem precisa. Além dos trabalhadores que cuidam do posto, podem existir agentes comunitários, médicos, enfermeiros e dentistas do Programa Estratégia Saúde da Família (ESF) para visitar as casas da comunidade. As ações devem ser organizadas conforme a população que vai ser atendida. Por isso, existem diferenças entre um posto da área rural, de um de bairro populoso da cidade e o posto que está em um lugar onde as pessoas ficam doentes com mais frequência.

Ao visitar o posto de saúde, o articulador pode contribuir para garantir o acesso e atendimento com qualidade às crianças e gestantes, com oferta de no

mínimo seis consultas de Pré-Natal e exames básicos. Além disso, garantir que toda a criança atendida no posto de saúde, com indicação de antibiótico, receba a primeira dose na consulta e inicie logo o tratamento. A mãe ou responsável deve ser orientado sobre como utilizar o medicamento.

A secretaria municipal de saúde é a encarregada da organização, do funcionamento e da distribuição dos postos no território do município. Mas o que fazer quando o posto não dispõe de profissionais de saúde em número suficiente, falta de medicamento na hora que a pessoa precisa ou está sempre lotado?

Em primeiro lugar conheça bem a situação. Pode ser que exista pouca prevenção de doenças, ou ainda os trabalhadores podem estar despreparados, desmotivados para o serviço ou são poucos para atender as pessoas. Em muitos casos, a prefeitura pode ter dificuldades para pagar os trabalhadores, melhorar as condições de trabalho ou para organizar o estoque de medicamentos e a assistência farmacêutica. Alguns municípios centralizam a distribuição de medicamentos, porque não conseguem disponibilizar farmacêuticos nos postos de saúde. Enfim, existem dezenas de causas para os problemas no atendimento no momento em que a pessoa precisa da consulta médica ou do medicamento.

Muitos exemplos mostram que com boa administração dos recursos, criatividade e ajuda da comunidade, o atendimento pode ser feito na hora em que a pessoa necessita e com qualidade. Além de definir melhor o quadro de profissionais para o atendimento, organizar o estoque de medicamentos, melhorar as salas de espera, ter banheiros limpos, tratar as pessoas gentilmente pelo nome, os postos podem fazer a triagem dos problemas logo que chegam e priorizar as crianças e idosos, como está na lei.

Para melhorar o atendimento no serviços de saúde, desde 2001, existe o Cartão SUS. O Articulador, com a comunidade e o conselho de saúde precisam insistir na prefeitura para que as pessoas sejam cadastradas para receber um número de identificação do Cartão SUS, que deveria funcionar como um documento de identidade. Assim quando chegasse ao serviço de saúde elas não precisariam mais explicar todos os exames que fizeram, ou onde e por quem foram atendidas. Toda a história do atendimento da pessoa estaria registrada no serviço de saúde com o Cartão SUS. Converse com a Pastoral da Criança e com as famílias para procurar o posto de saúde e dar sugestões para melhorar os serviços!

Os indicadores da Folha de Acompanhamento do Conselho de Saúde, FAC-Saúde

O Articulador da Pastoral da Criança informará a cada mês, na Folha de Acompanhamento do Conselho de Saúde, FAC-Saúde, sobre mais seis indicadores, além da Mortalidade Infantil. Essas respostas alimentarão nosso Sistema de Informação.



Portanto, a FAC-Saúde é uma ferramenta que facilita saber e discutir, mensalmente:

- a frequência das reuniões do Conselho de Saúde;
- como está a participação da Pastoral da Criança no Conselho;
- como a Pastoral da Criança contribui para o controle social;
- qual o número e as causas das mortes das crianças com menos de 1 ano de idade;
- a visita às Unidades Básicas de Saúde, o estoque de antibióticos e o uso do medicamento em crianças;
- quais ações estão sendo realizadas na família, na comunidade, pelos Serviços de Saúde ou intersetorialmente como saneamento, construção de cisternas, alfabetização de jovens e adultos, moradia, emprego, agricultura familiar ou outra – e que servem para evitar que outras mortes ocorram pelas mesmas causas;
- qual é a contribuição do Conselho de Saúde para diminuir a Mortalidade Infantil no município.

Orientações sobre a Folha de Acompanhamento do Conselho de Saúde, FAC-Saúde

1. O articulador deve estar vinculado a um ramo do município. Alguns municípios maiores, que possuem mais de um ramo, podem ter mais de um articulador, mas cada um envia a FAC-Saúde. Essa estratégia, no entanto, precisa ser organizada de modo que os articuladores possam se comunicar uns com os outros antes de enviar a sua FAC-Saúde. Isso é necessário para que não ocorra dupla avaliação da mesma informação e para que as fontes da informação sobre mortes de crianças – serviços de saúde, secretaria de saúde, cartórios, não precisem repetir a informação para vários articuladores da Pastoral da Criança.



2. **Importante:** a FAC-Saúde sobre determinado mês só pode ser preenchida depois que o mês acabar. Assim, se o "Mês de Referência" é fevereiro, a FAC-Saúde será preenchida até o dia 10 de março, colocando-se o que aconteceu em fevereiro (perguntas A, B, C, E, F e G). A pergunta D, tem um critério diferente: deve-se preencher com as mortes ocorridas no mês anterior ao mês de referência. Por exemplo, uma morte ocorrida em janeiro, deve ser preenchida na FAC-Saúde referente ao mês de fevereiro. Esta FAC-Saúde é enviada para coordenação de área ou ramo até 10 de março. Assim, o Articulador tem o mês da morte e mais um mês (no caso, fevereiro) para o estudo e para apresentar o caso no Conselho de Saúde.
3. Pode acontecer que o articulador descubra mortes que aconteceram muitos meses atrás. Ele pode estudar essas mortes, se possível apresentá-las no Conselho, mas não colocará essas informações na FAC-Saúde.
4. O estudo dos óbitos será realizado por meio de informações coletadas nas comunidades: contatos com familiares e profissionais de saúde, nos cartórios, secretarias de saúde e nos serviços de saúde; caso existirem, nos comitês municipais, estaduais e regionais de Mortalidade Materno-Infantil.

5. O estudo das mortes tem caráter preventivo, de análise e elaboração de estratégias de ação para evitar que outras mortes aconteçam pela mesma causa. Por isso, no caso de morte ocorrida por erro médico, por exemplo, é preferível envolver a Pastoral da Criança e o Conselho na busca de capacitação para a equipe de saúde, para prevenir outras mortes, do que envolver-se em punição. Nesses casos, são as autoridades competentes que devem encaminhar as devidas providências.
6. Mensalmente, os Articuladores do município são convidados a conversar com os Líderes da Pastoral da Criança local, no dia de sua reunião mensal. Além de discutir as mortes ocorridas no mês e as visitas às Unidades Básicas de Saúde, outros assuntos do Conselho de Saúde podem ser partilhados, tais como, informes ou propostas da comunidade.
7. A FAC-Saúde será assinada e revisada pela Coordenação de Ramo de referência do Articulador, e enviada mensalmente para a Coordenação Nacional da Pastoral da Criança. **a FAC-Saúde deve ser preenchida e enviada mesmo que não tenha ocorrido nenhuma morte.** Neste caso, o Articulador pode estudar outros aspectos da vida de crianças e das famílias, como causas de internamento. Isso pode evitar que futuras mortes venham acontecer.
8. Trimestralmente, a Coordenação Nacional da Pastoral da Criança remeterá aos Ramos, Setores e estados a avaliação sobre a FAC-Saúde. É fundamental que, ao se reunir com a Pastoral da Criança, o Articulador utilize estas informações para refletir sobre as ações e seu impacto na diminuição da mortalidade infantil.

Com o roteiro de perguntas para estudar a morte de uma criança, de acordo com a metodologia do VER, JULGAR, AGIR, AVALIAR E CELEBRAR, e a FAC-Saúde preenchida, fica mais fácil saber como está a situação das crianças e gestantes da sua comunidade e de seu município. Já é possível planejar as ações para mudar a situação. Também é hora de buscar o apoio da comunidade e do Conselho de Saúde para encontrar soluções que possam melhorar a vida de muita gente. Não esqueça que a verdade e a diplomacia fazem a diferença no alcance dos objetivos.

Perguntas e respostas sobre o Conselho de Saúde

Construindo os Conselhos de Saúde

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 204, assegura que o povo participe diretamente da elaboração e controle social das políticas públicas em todos as esferas, nacional, estadual e municipal. As Leis 8.080/90 e 8.142/90 regulamentam os Conselhos de Saúde, as ações de saúde e o SUS – Sistema Único de Saúde. As decisões sobre saúde fazem parte dessas políticas públicas e incluem todas as ações destinadas a promover e melhorar a condição de vida dos brasileiros. Vamos responder, a seguir, algumas das principais perguntas relacionadas ao Conselho de Saúde.



Como a Pastoral da Criança participa do Conselho?

Além de participar das reuniões mensais do Conselho, que são abertas ao público em geral, a Pastoral da Criança pode se cadastrar e conseguir vaga para um representante nos Conselhos Municipais de Saúde, de Direitos da Criança e do Adolescente, Assistência Social e outros. Atualmente, cada coordenação de Setor recebe um conjunto de documentos citados abaixo, e outros podem ser solicitados à Coordenação Nacional, para cadastrar a Pastoral da Criança nos Conselhos.

- Nomeação do Coordenador de Setor para representar a Pastoral da Criança. O Coordenador de Setor pode ser o representante ou designar, por escrito, outra pessoa do próprio município para representar a entidade no Conselho.
- Cartão do CNPJ.
- Estatuto, Regimento Interno.
- Ata de eleição da Diretoria da Pastoral da Criança.
- Certificado de Filantropia.
- Certidão Negativa de Tributos.
- Atestado de Registro no Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS e de Utilidade Pública.

Por isso, participar dos Conselhos é uma forma democrática de fazer controle social e trazer benefícios para a comunidade. Fazer valer esse canal de participação é tarefa de cada cidadão.

Na hora de fazer o cadastro, os Conselhos também costumam solicitar o preenchimento de informações específicas sobre a Pastoral da Criança no município e um relatório local de suas ações. Esse relatório deve conter as seguintes informações:

- endereço de referência da entidade no município – pode ser o endereço da paróquia ou do local onde funciona a Coordenação da Pastoral da Criança;
- apresentação das ações da Pastoral da Criança e sua abrangência no município – número de crianças, gestantes e famílias atendidas, número de líderes, indicadores de saúde, nutrição e mortalidade infantil, entre outros dados. Essas informações são remetidos a cada 3 meses para os Setores e Ramos pela Coordenação Nacional.
- relato das principais atividades do último ano – encontros, capacitações, eventos.

Alguns Conselhos solicitam que a entidade tenha sede e foro no município para se cadastrar. Nestes casos, é preciso esclarecer que a sede jurídica é Curitiba-PR, e que a Pastoral da Criança é representada nos respectivos municípios por suas coordenações de Setor, cuja jurisdição e abrangência, com nome dos municípios está contemplada na nomeação oficialmente reconhecida em cartório.

O que é necessário para que o Conselho Municipal de Saúde seja instituído?

É necessário haver uma Lei sobre o Conselho discutida e aprovada pela câmara de vereadores. Essa Lei já existe na maioria dos municípios. No entanto, alguns municípios criaram o Conselho por meio de Portaria, assinada pelo prefeito. Onde a Lei não existe, ela pode ser proposta pelos vereadores ou pela própria prefeitura. Essa orientação também vale para o caso de alguma alteração que venha a ser necessária na atual Lei do Conselho. Junto com a Lei do Conselho pode ser que seja necessária uma alteração na Lei do Fundo Municipal de Saúde, descrevendo quais são suas receitas, destinação dos recursos e responsabilidades legais da administração. Essa Lei deve deixar claro o poder de fiscalização do Conselho de Saúde.

Se houver dificuldade para criar a Lei sobre o Conselho por intermédio da prefeitura ou da câmara, as entidades da sociedade civil também podem acionar o Ministério Público para exigir a sua implantação ou corrigir distorções, no caso da Lei já existir.

O que são Políticas Públicas?

São decisões e ações que utilizam recursos públicos, recolhidos dos nossos impostos e taxas, e que são executadas pelo governo. Elas devem ser realizadas para atender às necessidades básicas da população e produzir benefícios para a comunidade. Além do governo, a sociedade civil organizada propõe, elabora e fiscaliza a execução das políticas públicas, através dos canais de participação. Um deles, reconhecido por Lei, é o Conselho.

O que é Participação no Controle Social?

É um direito da sociedade organizada de interagir, ou seja, dialogar e negociar com o governo para propor e opinar sobre as políticas públicas. Significa definir prioridades, elaborar planos de ação do município, do estado ou da União.

Que legislação garante a existência dos Conselhos de Saúde?

- Constituição Federal, Art. 204.
- Lei n.º 8.080/90, que em seus artigos:
 - regulamenta em todo o território nacional as ações de saúde;
 - define as áreas de atuação do SUS – Sistema Único de Saúde;
 - condiciona como competência do SUS a definição de critérios, valores e qualidade dos serviços;
 - trata da gestão financeira, existência de conta específica para os recursos da saúde, chamada Fundo de Saúde, da fiscalização da movimentação bancária dos recursos da saúde pelo Conselho Municipal de Saúde;
 - define o que é o Plano Municipal de Saúde.
- Lei n.º 8.142/90, que em seus artigos:
 - determina a participação da comunidade na gestão do SUS, pelos Conselhos e Conferência Municipais de Saúde;
 - concede o repasse regular e automático de recursos para Municípios e Estados;
 - descreve a constituição do Fundo de Saúde.
 - Emenda Constitucional 29: alterou os artigos 77 e 198 da Constituição Federal e prevê percentuais mínimos no orçamento para a Saúde.

Existe também a Resolução do Conselho Nacional de Saúde, que orienta sobre a constituição e a estrutura dos Conselhos de Saúde. Resol. 333/03.

Importante: Desde agosto de 1999, com a aprovação da Lei Arouca, as ações de saúde indígena, que antes estavam na Fundação Nacional do Índio (FUNAI), organismo do Ministério da Justiça, estão hoje sob a responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), organismo do Ministério da Saúde. Essas ações de saúde são realizadas em sintonia com o Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde (CNS), e da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI). Esta Comissão assessora o CNS na Política de Saúde Indígena e articula intersetorialmente o alcance dos seus objetivos. Ela se constitui por representantes da FUNASA, FUNAI – Fundação Nacional do Índio, CIMI – Conselho Indigenista Missionário, Universidades, Antropólogos e Organizações Indígenas. Sua coordenação é realizada por um membro do Conselho Nacional de Saúde. A FUNASA é o organismo que deve executar a assistência aos povos indígenas com a participação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas do país, que integram o Sistema Único de Saúde – SUS. Como embasamento legal temos: a Constituição, as Leis 8.080 e 8.142, a Medida Provisória n.º 1911-08, de 29/07/99, e a Lei 9.836, de 23/09/99. Cada Distrito Sanitário tem também um Conselho Distrital, com metade das vagas exclusiva para representantes indígenas e metade para trabalhadores da saúde, representantes da FUNASA e de organizações que trabalham com comunidades indígenas.

Quais são as principais atividades do Conselho de Saúde?

Além da Legislação, o Conselho Nacional de Saúde, apresenta em suas Diretrizes Nacionais algumas competências próprias, das quais destacamos:

- atuar na formulação e no controle da execução da política de saúde, incluindo os seus aspectos econômicos e financeiros, e propor estratégias para sua aplicação nos setores públicos e privados;
- estabelecer diretrizes e estratégias para a gestão do SUS, articulada de maneira intersetorial e em sintonia com as propostas das conferências de saúde;

- aprovar a proposta orçamentária anual da saúde, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias (art. 195, § 2º da CF), observado o princípio do processo de planejamento e orçamento ascendentes;
- propor critérios para a programação e execução financeira e orçamentária dos Fundos de Saúde, acompanhando a movimentação e a destinação dos recursos;
- propor medidas para o aperfeiçoamento da organização e do funcionamento do SUS;
- examinar e encaminhar denúncias relacionadas às ações e aos serviços de saúde;
- propor a convocação e estruturar a comissão organizadora das Conferências de Saúde;
- estabelecer critérios e diretrizes quanto à localização de unidades prestadoras de serviço de saúde público e privado, no âmbito do SUS;
- elaborar o Regimento Interno do Conselho e suas normas de funcionamento;
- apoiar ou promover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas na área da saúde de interesse para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde – SUS;
- participar na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos, com vistas ao permanente aperfeiçoamento de pessoal da área da saúde;
- estruturar um modelo assistencial de saúde, que privilegie os interesses e direitos da população usuária, partindo sempre das necessidades identificadas pelos indicadores sociais, epidemiológicos e pelas informações das entidades representantes dos usuários. Na oferta de serviços, dar prioridade à defesa da vida e à proteção da saúde, sem deixar de assistir aos doentes, a partir de uma rede de Atenção Básica à Saúde.

A ação do Conselho de Saúde não deve ser confundida com o trabalho do poder executivo, próprio do gestor de saúde. O secretário de saúde, por exemplo, é o gestor responsável pela execução da política de saúde. Ao Conselho cabe propor as diretrizes e critérios dessa política, acompanhar as ações e fiscalizar a utilização dos recursos.

Como o Conselho de Saúde pode melhorar o seu funcionamento?

- promover capacitação aos conselheiros e gestores;
- fazer cumprir o que está previsto em Lei sobre a suas atribuições;
- democratizar as informações do Conselho, por meio de boletins, rádios, jornais e outros meios de comunicação;
- promover a participação da comunidade nas atividades e decisões do Conselho.

Qual é a missão do articulador da Pastoral da Criança?

A missão do Articulador junto ao Conselho de Saúde é contribuir para melhorar as condições de saúde de toda a população do município, em especial das crianças pobres e suas famílias. Para cumprir essa missão, ele procurará elaborar, com a Pastoral da Criança, comunidade e entidades da sociedade civil, propostas de políticas públicas, principalmente de promoção da saúde e prevenção, mas também de acesso, humanização e qualidade de atendimento no SUS. Essas propostas serão discutidas e decididas no Conselho de Saúde.

Quais as principais características deste articulador?

- Ser integrante da equipe de coordenação de setor ou ramo da Pastoral da Criança;
- ter sua indicação aprovada pelas equipes de coordenação da Pastoral da Criança do município e setor;
- ser um multiplicador de informações para a comunidade, meios de comunicação, outros conselheiros e líderes da Pastoral da Criança;
- viabilizar e participar de encontros ou programas de capacitação de Conselheiros da Pastoral da Criança.

O que o articulador, na qualidade de usuário no Conselho de Saúde, precisa saber e fazer?

- Conhecer o Regimento Interno e a Lei de criação do Conselho.
- Saber com antecedência a pauta das reuniões do Conselho e participar ativamente de todas elas.
- Divulgar as reuniões do Conselho para a comunidade.
- No caso de ser conselheiro, convocar o suplente, com antecedência, quando não puder estar presente no dia da reunião.
Obs.: Mesmo que não seja obrigatório convocar o suplente, é importante que ele participe das reuniões e que o titular sempre o mantenha informado sobre as decisões tomadas nas reuniões do Conselho.
- Ser uma ponte entre a comunidade e o Conselho.
- Organizar reuniões para discutir com a população, estratégias para influenciar nas decisões políticas do município. Quando o assunto é de especial interesse, mobilizar as comunidades e a Pastoral da Criança. Por exemplo, pode organizar os voluntários, identificados pela camiseta, para assistirem a reunião do Conselho.

- Reunir-se mensalmente com os demais articuladores, coordenações de área ou ramo da Pastoral da Criança do município e preencher a Folha de Acompanhamento do Conselho Municipal de Saúde, a FAC- SAÚDE.
- Levar ao conhecimento da comunidade as informações importantes que chegarem até ele.

Quais são as ferramentas disponíveis para os Articuladores de Saúde da Pastoral da Criança?

- *Guia do Líder da Pastoral da Criança.*
- *O Articulador da Pastoral da Criança junto ao Conselho de Saúde.*
- Boletim *REBIDIA*.
- Coluna: *Cidadania*, no Jornal da Pastoral da Criança.
- Vídeos: *Um Bom Conselho e a História de Conceição.*
- Página na Internet: www.rebidia.org.br.

Por que a Pastoral da Criança é classificada como usuária no Conselho de Saúde?

A Pastoral da Criança é classificada como Movimento Social Organizado na área da saúde. Seu objetivo é promover o desenvolvimento integral das crianças e em função delas também o das famílias e comunidades, sem distinção de raça, cor, profissão, nacionalidade, sexo, credo religioso ou político. Ao realizar suas ações, a entidade busca o desenvolvimento integral da criança em seus aspectos físico, social, mental, espiritual e cognitivo. Para que isso aconteça, promove a capacitação de voluntários que orientam as famílias.

Os líderes da Pastoral da Criança contribuem para que a criança se desenvolva em um ambiente de cidadania, com menos violência e mais dignidade. Todas as atividades e recursos da Pastoral da Criança têm como objetivo capacitar usuários que ajudem a melhorar a vida de outros usuários da saúde. Trata-se de uma rede de solidariedade humana que mobiliza a comunidade pobre e multiplica o saber, para a construção da cidadania.

Quando as gestantes e as crianças acompanhadas pela Pastoral da Criança necessitam de tratamento de um profissional de saúde ou qualquer serviço de assistência à saúde, elas são orientadas pelos líderes, a procurar a unidade de saúde mais próxima de sua comunidade. Os líderes da Pastoral da Criança não

prestam serviços de assistência à saúde. A assistência à saúde, segundo a legislação sobre a saúde prevista na Constituição Federal, Leis Complementares, Normas Operacionais do SUS e mais recentemente nos Pactos da Saúde, é a principal característica do segmento de prestadores de serviço de saúde.

O fato da Pastoral da Criança receber recursos públicos das esferas Federal, Estadual ou Municipal por meio de convênios, não justifica afirmar que ela poderia ser representante dos prestadores de serviço de saúde no Conselho. Se assim fosse, os sindicatos, associações de moradores, entidades de apoio às pessoas com deficiência, federações, que hoje têm convênios e recebem recursos públicos, também deveriam ser considerados prestadores de serviço. Da mesma forma, um outro grupo de representantes do Conselho, composto por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, é representante do segmento dos trabalhadores da saúde, sejam eles funcionários públicos ou não. O fato de alguns trabalhadores não receberem recursos públicos, não os torna representantes de usuários. Ou seja, o que caracteriza o trabalhador da saúde é o objetivo da sua representação. Da mesma forma, o que caracteriza a Pastoral da Criança como representante dos usuários é a sua missão, colocada em prática pela ação dos líderes voluntários, que são usuários e mobilizam milhares de outros usuários da Saúde.

Qual é a composição do Conselho de Saúde?

- usuários;
- profissionais de saúde;
- governo e prestadores de serviço público, privado e filantrópico.

A constituição do Conselho de Saúde terá como princípios:

- a paridade do número de representantes dos usuários em relação ao total do número de representantes dos segmentos do governo, dos prestadores de serviços e dos profissionais de saúde;
- a composição paritária será distribuída de forma a assegurar que 50% dos membros sejam usuários e 50% representantes dos segmentos do governo, prestadores de serviço e profissionais de saúde, de acordo com a seguinte recomendação: 25% para trabalhadores de saúde e 25% divididos entre os prestadores de serviços e governo;
- os representantes devem ter plenas condições para serem os legítimos representantes dos seus segmentos.

Quem são os representantes do Governo?

São os representantes indicados pelos respectivos órgãos governamentais como Prefeitura, Governo Estadual, Secretarias de Saúde e Ministério da Saúde.

Quem são os representantes de Prestadores de Serviços?

São os representantes das entidades que atuam no setor de assistência à saúde público, privado ou filantrópico, como as secretarias de saúde, laboratórios, hospitais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, entre outros.

Quem representa os trabalhadores da saúde?

São os profissionais de saúde, responsáveis pela assistência à saúde: agentes de saúde, auxiliares de enfermagem, enfermeiros, médicos, profissionais técnico-administrativo de entidades e órgãos públicos, privados ou filantrópicos do setor de saúde. Eles são escolhidos por meio de eleição entre as unidades existentes no município.

Quem são os representantes dos Usuários?

Os representantes dos usuários são indicados por movimentos comunitários, como a Pastoral da Criança, Associações, Organismos ou Entidades Privadas, Igrejas, Organizações não-governamentais (ONGs), entre outros que defendem os direitos dos cidadãos.

Os usuários, de que fala a Lei, serão pessoas não ligadas, direta ou indiretamente, a qualquer dos demais segmentos. Há representações incompatíveis ao fiel desempenho da defesa dos interesses do SUS.

Exemplo: Não é recomendável que um profissional com cargo de chefia em um estabelecimento prestador de serviços de saúde seja representante dos usuários.

Importante: O prefeito, secretário de saúde ou diretor de departamento de saúde não possuem poder legal para interferir na escolha dos nomes dos representantes de usuários que compõem o Conselho de Saúde. A escolha dos nomes é um direito de cada entidade.

Como participar de um Fórum de Usuários da Saúde?

Para fortalecer e ampliar a participação, as entidades e movimentos podem definir um fórum ou outra forma de união de esforços, como espaço de articulação e negociação. O fórum pode ser específico de entidades da saúde ou reunir entidades de várias áreas sociais, como assistência social, direitos da criança e do adolescente, saúde, ou seja, ser um fórum de políticas públicas.

As reuniões dos fóruns são periódicas, normalmente acontecem antes da reunião do conselho. Na oportunidade, os integrantes conhecem com antecedência a pauta do conselho e antecipam a discussão que poderá acontecer entre os conselheiros. O fórum não se constitui em espaço de fechamento de questão ou de voto, mas de orientação. Os Conselheiros devem estar abertos à discussão das reuniões do conselho, que pode apresentar elementos novos ou demandar pactuações e decisões, não previstas pelo fórum.

Além de discutir os assuntos de interesse na área da saúde e promover o fortalecimento da sociedade civil, o fórum pode se tornar um espaço de articulação das próprias entidades e movimentos sociais.

Qual é a missão do Ministério Público junto ao Conselho?

O Ministério Público é uma instituição permanente, de defesa e fiscalização da aplicação das Leis. Assim, ele está representando os interesses da sociedade, zelando pelo respeito aos direitos constitucionais, por parte dos poderes públicos, e pela garantia dos serviços de relevância pública garantidos na Constituição Federal.

Em relação ao SUS e aos Conselhos, o Ministério Público pode contribuir, principalmente, no que se refere à garantia de acesso aos serviços de saúde, com qualidade e humanização, ao uso correto dos recursos públicos e à execução das deliberações dos Conselhos.

O que é Plano Municipal de Saúde?

É um documento que organiza a política de saúde do município, identifica problemas, define objetivos, prioridades e metas, além de fazer a previsão de financiamento das ações e dos serviços. O financiamento inclui verbas do orçamento próprio do município, além de verbas Estadual e Federal.

O Plano serve como instrumento de controle da execução das políticas de saúde, constituindo-se numa importante referência, que pode ser reformulada sempre que houver alguma alteração no sistema de saúde do município.

Como deve ser a participação do Conselho Municipal de Saúde na elaboração do Plano Municipal?

O Conselho discute e identifica, previamente com a comunidade, os principais problemas de saúde do município, sugere e propõe soluções e posteriormente fiscaliza a execução do Plano e a aplicação dos recursos.

O que é Relatório de Gestão?

O Relatório de Gestão é uma avaliação da administração da saúde municipal. Ele tem a função de comparar as metas previstas no período de execução do Plano de Saúde com as ações realizadas e procura avaliar os indicadores e os resultados alcançados. Exemplos de indicadores: redução de Mortalidade Infantil, cobertura vacinal, redução da taxa de doenças infecciosas, como a tuberculose, hanseníase, de acidentes e da violência, entre outros.

E as decisões do Conselho de Saúde?

De acordo com o § 2º, do Art. 1º da Lei 8.142/90, as decisões do Conselho devem ser homologadas e publicadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo. Entretanto, apenas as decisões de natureza normativa, como as deliberações de aprovação dos planos municipais de saúde, a fixação de critérios e diretrizes, a aprovação de relatórios e prestação de contas, necessitam, por Lei, de homologação do Conselho de Saúde. As decisões, como recomendações e moções, não necessitam de homologação, e podem ser publicadas para conhecimento da população.

Qual é a função das Comissões Temáticas no Conselho?

As comissões temáticas permanentes do Conselho de Saúde, como comissão de orçamento, de alimentação e nutrição e outras, podem estar previstas na própria Lei ou serem instituídas pelo seu plenário e incluídas no Regimento Interno. O Conselho também pode criar Comissões Provisórias ou Grupos de Trabalho.

Tanto as Comissões como os Grupos de Trabalho têm a finalidade exclusiva de assessorar o plenário do Conselho, fornecendo informações que possam ajudar nas discussões, na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde.

O que mais o Articulador precisa saber?

- **Orçamento Público** é uma Lei que permite aos governantes fazerem a previsão da receita (dinheiro a ser arrecadado) e da despesa – (dinheiro que será gasto). O Orçamento é público porque o dinheiro que forma a receita sai do bolso da população. Ele é discutido e aprovado em espaço público: na câmara porque o governo deve aplicar os recursos de acordo com as necessidades da população.
- **Orçamento Participativo** é uma maneira democrática de fazer o orçamento. Nele, os cidadãos participam das decisões municipais sobre o orçamento, acompanham as fontes do dinheiro e seu destino. A população conhece e discute como será utilizado o dinheiro público, nas plenárias realizadas nos bairros, nas quais se propõe prioridades de ações para que o governo elabore o Plano Plurianual, a Lei de Diretrizes Orçamentária e a Lei Orçamentária Anual. Pelo Orçamento Participativo, também são conhecidas as limitações do orçamento, de forma a permitir a escolha das ações prioritárias.
- **Plano Plurianual – PPA** é um planejamento feito para quatro anos de governo – três anos da administração atual e o primeiro ano do governo seguinte. Ele define as diretrizes, os objetivos gerais e as metas da administração pública. Esse plano contempla os orçamentos anuais. O executivo (prefeitos, governadores e Presidente da República) deve encaminhar o PPA para a Câmara até 30 de agosto do primeiro ano de mandato. O legislativo o aprova até 15 de dezembro do mesmo ano. É importante a participação da sociedade na discussão desse plano.
- **Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO** é uma Lei que define prioridades e metas anuais, orienta a elaboração de orçamento, tais como: quantidade de ações, o seu custo e a fonte dos recursos. Deve ser encaminhada à Câmara Municipal, anualmente, até 15 de abril, e aprovada até 30 de junho. Se o prazo não for respeitado, a Câmara não poderá entrar em recesso antes de aprovar essa Lei.
- **Lei Orçamentária Anual – LOA** é o orçamento propriamente dito. É a previsão de todas as receitas e autorização das despesas públicas. A mesma será encaminhada à Câmara até 30 de agosto de cada ano, discutida e aprovada até 15 de dezembro e obedecerá o que está escrito no PPA e na LDO. **Observação:** As Leis Orgânicas de alguns estados e municípios poderão trazer outros prazos.

- **Norma Operacional Básica – NOB** é elaborada e discutida no Conselho Nacional de Saúde e homologada pelo Ministério da Saúde e tem como principal objetivo estabelecer as regras práticas de como o SUS deve funcionar no país. Ela define as estratégias que orientam as ações do sistema, as competências e obrigações das três esferas de governo, como também as competências dos Conselhos. Os conselheiros que desconhecerem totalmente esse assunto, certamente não entenderão alguns itens de pauta que o Conselho irá votar ao longo do ano, como recursos do Piso Assistencial Básico – PAB, regionalização da assistência e níveis de gestão, agenda de saúde, plano de metas, plano diretor e outros.
- **NOAS** – A mais recente é a Norma Operacional da Assistência à Saúde 2002, NOAS/2002 – , que foi resultado de inúmeros acordos, nos três níveis de governo e na Tripartite. A Tripartite reúne representantes das secretarias municipais e estaduais de saúde e Ministério da Saúde. Os acordos são conhecidos como pactuações e têm o objetivo de melhorar a oferta e qualidade dos serviços de referência do Sistema Único de Saúde.
- **PAB** – Piso de Atenção Básica é um recurso que sai do Fundo Nacional de Saúde e vai direto para a conta dos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde. É destinado a um conjunto de ações voltadas para a promoção da saúde, prevenção de doenças e o seu tratamento. O PAB é composto de uma parte fixa, destinado à assistência básica, e de uma parte variável, relativa a incentivos para o desenvolvimento de ações no campo específico da atenção básica como, por exemplo, vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e ambiental, assistência farmacêutica básica, saúde indígena, programa de agentes comunitários de saúde, saúde da família e de combate às carências nutricionais.
- **SIOPS** – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde, do Ministério da Saúde, coleta e disponibiliza informações sobre receitas e gastos em saúde dos Municípios e Estados do país. As informações contidas no Sistema são fornecidas pelas prefeituras e governos estaduais duas vezes por ano. As prefeituras devem repassar essas informações aos seus conselhos, em especial quando forem preenchidos os formulários para serem enviados ao SIOPS. Elas ajudarão a fazer o controle social dos gastos públicos em saúde, além de contribuir com o processo de discussão e regulamentação da Emenda Constitucional EC – 29/2000.

O que é a Emenda Constitucional EC-29/2000 ?

A Emenda Constitucional EC – 29/2000 é uma mudança na Constituição que estabelece percentuais mínimos de investimento em saúde de 12% do orçamento

dos Estados e 15% dos Municípios. O Governo Federal ampliou o valor em 5% do orçamento do Ministério da Saúde, em 2001, e deve corrigir anualmente esse valor, segundo a variação do nominal do Produto Interno Bruto – PIB.

- Esta Emenda garante mais recursos para a saúde.
- As autoridades sanitárias poderão fazer melhor planejamento de gastos com pessoal, investimentos e programas para a área da saúde.
- Facilita pactos entre municípios com relação ao pagamento de despesas de seus pacientes, mesmo que ele seja atendido por outro município. Nesse caso a instituição do Cartão SUS, dentre as suas funções, é uma maneira de ter melhor controle sobre a questão da migração de pacientes para municípios.

Observações:

- A não aplicação do mínimo exigido em ações e serviços de saúde autoriza a União a intervir nos Estados e esses em seus Municípios, já que os mesmos estarão descumprindo a Constituição.
- A fiscalização da aplicação da Emenda Constitucional de Saúde é obrigação dos Conselhos de Saúde, das Assembléias Legislativas, Câmaras Municipais, dos Tribunais de Contas e do Ministério Público.

O que é a Educação Permanente para o Controle Social no SUS?

O Conselho Nacional de Saúde aprovou em agosto de 2006 por meio da resolução 363 a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde-SUS.

A esperança dessa Política é promover iniciativas sobre educação para o controle social que não estejam restritas aos conselhos; e que, portanto, envolvem toda a população nas melhorias para o SUS, a começar pelas ações mais simples e mais próximas da comunidade. Existem cinco grandes eixos para a Política de Educação Permanente:

- O eixo sobre Participação Social destaca o fato de que os conselhos e as conferências têm atribuições legais e específicas de controle social. Os conselheiros que compõem os conselhos de saúde são elos entre o conselho e as instâncias da sociedade das quais são representantes. Por isso, eles devem ter como ponto de partida as necessidades da população como subsídio para o debate e as decisões no conselho.

- O Financiamento é um eixo que prevê o repasse fundo a fundo e co-participação no financiamento da Política Nacional nas três esferas de governo. Isso significa que será necessário um item no orçamento dos governos para as despesas com o controle social, como existem hoje os recursos para a atenção à saúde (consultas, medicamentos e internações). Esses recursos deverão ser distribuídos conforme as diferenças regionais e utilizados para executar a política de educação permanente.
- A formação de uma consciência sanitária deve considerar a compreensão ampliada de saúde e uma articulação intersetorial com todas as áreas das políticas públicas e sociais. Este é o foco sobre Intersetorialidade.
- É preciso ter qualidade na informação e na comunicação, conclui o quarto eixo temático. As ações dessa área precisam utilizar linguagens adequadas, incluir acessibilidade às pessoas com deficiência, conteúdo de interesse para a sociedade local e a utilização tanto de meios convencionais, regionais e populares (rádio e impressos) e outros que possibilitam o amplo acesso.
- O conhecimento da legislação e normas do Sistema Único de Saúde-SUS contribui para garantir os direitos e deveres, destaca o último eixo. A utilização da Legislação pela sociedade traz avanços que ajudam a melhorar os serviços de saúde.

O Controle Social integra o SUS e, junto com as ações de atenção à saúde, compõe os dois aspectos indispensáveis para o funcionamento do sistema de saúde. Portanto, o SUS é incompleto sem o Controle Social.

Finalizando

Conheça mais sobre os Conselhos acessando a Rede Brasileira de Informação e Documentação sobre a Infância e Adolescência – REBIDIA, que integra o setor de políticas públicas da Pastoral da Criança. O endereço na internet é: www.rebidia.org.br.

Considerando que você já tem mais informações sobre o SUS e sobre os Conselhos de Saúde aí vai mais o nosso “Conselho de Saúde” para você: vale a pena participar dessa grande articulação e mobilização pela melhoria das condições de vida e de saúde dos brasileiros!

Esperamos que esse texto lhe ajude muito no seu envolvimento como Articulador da Pastoral da Criança e que, com seu esforço e ajuda, a saúde fique cada vez melhor em seu Município, Estado e País.

Referências

Associação Paulista de Medicina. SUS o que você precisa saber sobre o sistema único de saúde. São Paulo, 2001;2.

Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Conselho de saúde: guia de referências para sua criação e organização. Brasília, Secretaria de Assistência à Saúde, 1993.

_____. O desenvolvimento do sistema único de saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes. Brasília, 2002.

_____. Incentivo à participação popular e controle social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde. 2ª ed. Brasília, 1998.

_____. A prática do controle social: conselhos de saúde e financiamento do SUS. Brasília, 2000.

Gouws E, Bryce J, Habicht JP, Amaral J, Pariyo G, Schellenberg JA, Fontaine O.

Improving antimicrobial use among health workers in firstlevel facilities: results from the Multi-Country Evaluation of the Integrated Management of Childhood Illness strategy. Bulletin of the World Health Organization. [Internet]. 2004 July;82(7):509-515. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/bwho/v82n7/v82n7a08.pdf>

World Health Organization, Department of Child and Adolescent Health and Development, Health Systems and Community Health. Modeling IMCI impact on mortality: planning and implementing IMCI interventions. [Internet]. 1999 Feb .Disponível em: http://www.who.int/imci-mce/Publications/im_p1.pdf

Maiores informações
Disque Saúde – Ministério da Saúde
0800 611 997 (ligação gratuita)

Disque Denúncia

100

Anexo A**Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**

Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

DISPOSIÇÃO PRELIMINAR**TÍTULO I**

Art. 1º Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

TÍTULO II**DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE****DISPOSIÇÃO PRELIMINAR**

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).
§ 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.
§ 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.

CAPÍTULO I**Dos Objetivos e Atribuições**

Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:

- I identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- II a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;
- III a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

- I a execução de ações:
 - a) de vigilância sanitária;
 - b) de vigilância epidemiológica;
 - c) de saúde do trabalhador; e
 - d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;

- II a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;
- III a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;
- IV a vigilância nutricional e a orientação alimentar;
- V a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;
- VI a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;
- VII o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
- VIII a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;
- IX a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- X o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;
- XI a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

§ 1º Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

- I o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e
- II o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

§ 2º Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

§ 3º Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

- I assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;
- II participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;
- III participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;
- IV avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;
- V informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;
- VI participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;
- VII revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e
- VIII a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

CAPÍTULO II

Dos Princípios e Diretrizes

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

- I universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII participação da comunidade;
- IX descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

- XIII organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

CAPÍTULO III

Da Organização, da Direção e da Gestão

Art. 8º As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

Art. 9º A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

- I no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;
- II no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e
- III no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

Art. 10. Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

§ 1º Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única, e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância.

§ 2º No nível municipal, o Sistema Único de Saúde (SUS), poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.

Art. 11. (Vetado).

Art. 12. Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.

Parágrafo único. As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 13. A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades:

- I alimentação e nutrição;
- II saneamento e meio ambiente;
- III vigilância sanitária e farmacoepidemiologia;
- IV recursos humanos;
- V ciência e tecnologia; e
- VI saúde do trabalhador.

Art. 14. Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

Parágrafo único. Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS), na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

CAPÍTULO IV

Da Competência e das Atribuições

Seção I

Das Atribuições Comuns

Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

- I definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;
- II administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;

- III acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;
- IV organização e coordenação do sistema de informação de saúde;
- V elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;
- VI elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;
- VII participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente;
- VIII elaboração e atualização periódica do plano de saúde;
- IX participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;
- X elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), de conformidade com o plano de saúde;
- XI elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;
- XII realização de operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizadas pelo Senado Federal;
- XIII para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização;
- XIV implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;
- XV propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente;
- XVI elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;
- XVII promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde;

- XVIII promover a articulação da política e dos planos de saúde;
- XIX realizar pesquisas e estudos na área de saúde;
- XX definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária;
- XXI fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.
- IX promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde;
- X formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais;

Seção II
Da Competência

Art. 16. A direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete:

- I formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;
- II participar na formulação e na implementação das políticas:
- a) de controle das agressões ao meio ambiente;
- b) de saneamento básico; e
- c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho;
- III definir e coordenar os sistemas:
- a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;
- b) de rede de laboratórios de saúde pública;
- c) de vigilância epidemiológica; e
- d) vigilância sanitária;
- IV participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgão afins, de agravo sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;
- V participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador;
- VI coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica;
- VII estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios;
- VIII estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano;
- XII controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
- XIII prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;
- XIV elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços privados contratados de assistência à saúde;
- XV promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;
- XVI normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;
- XVII acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;
- XVIII elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal;
- XIX estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal.
- Parágrafo único.* A União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) ou que representem risco de disseminação nacional.

Art. 17. À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:

- I promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;
- II acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS);
- III prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;
- IV coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços:
 - a) de vigilância epidemiológica;
 - b) de vigilância sanitária;
 - c) de alimentação e nutrição; e
 - d) de saúde do trabalhador;
- V participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;
- VI participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico;
- VII participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;
- VIII em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;
- IX identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;
- X coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;
- XI estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde;
- XII formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;
- XIII colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

- XIV o acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada.

Art. 18. À direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete:

- I planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;
- II participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual;
- III participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;
- IV executar serviços:
 - a) de vigilância epidemiológica;
 - b) vigilância sanitária;
 - c) de alimentação e nutrição;
 - d) de saneamento básico; e
 - e) de saúde do trabalhador;
- V dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;
- VI colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;
- VII formar consórcios administrativos intermunicipais;
- VIII gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;
- IX colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;
- X observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;
- XI controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;

XII normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

Art. 19. Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios.

TÍTULO III DOS SERVIÇOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

CAPÍTULO I Do Funcionamento

Art. 20. Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Art. 21. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Art. 22. Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento.

Art. 23. É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde, salvo através de doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos.

§ 1º Em qualquer caso é obrigatória a autorização do órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), submetendo-se a seu controle as atividades que forem desenvolvidas e os instrumentos que forem firmados.

§ 2º Exceção-se do disposto neste artigo os serviços de saúde mantidos, em finalidade lucrativa, por empresas,

para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social.

CAPÍTULO II

Da Participação Complementar

Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.

Art. 25. Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 26. Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovados no Conselho Nacional de Saúde.

§ 1º Na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração aludida neste artigo, a direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) deverá fundamentar seu ato em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados.

§ 2º Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.

§ 3º (Vetado).

§ 4º Aos proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados é vedado exercer cargo de chefia ou função de confiança no Sistema Único de Saúde (SUS).

TÍTULO IV DOS RECURSOS HUMANOS

Art. 27. A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos:

- I organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal;
- II (Vetado)
- III (Vetado)
- IV valorização da dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.

Art. 28. Os cargos e funções de chefia, direção e assessoramento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), só poderão ser exercidas em regime de tempo integral.
§ 1º Os servidores que legalmente acumulam dois cargos ou empregos poderão exercer suas atividades em mais de um estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 2º O disposto no parágrafo anterior aplica-se também aos servidores em regime de tempo integral, com exceção dos ocupantes de cargos ou função de chefia, direção ou assessoramento.

Art. 29. (Vetado).

Art. 30. As especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão serão regulamentadas por Comissão Nacional, instituída de acordo com o art. 12 desta Lei, garantida a participação das entidades profissionais correspondentes.

TÍTULO V DO FINANCIAMENTO

CAPÍTULO I

Dos Recursos

Art. 31. O orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos da Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

Art. 32. São considerados de outras fontes os recursos provenientes de:

- I (Vetado)
- II Serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde;
- III ajuda, contribuições, doações e donativos;
- IV alienações patrimoniais e rendimentos de capital;
- V taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); e
- VI rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais.

§ 1º Ao Sistema Único de Saúde (SUS) caberá metade da receita de que trata o inciso I deste artigo, apurada mensalmente, a qual será destinada à recuperação de viciados.

§ 2º As receitas geradas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) serão creditadas diretamente em contas especiais, movimentadas pela sua direção, na esfera de poder onde forem arrecadadas.

§ 3º As ações de saneamento que venham a ser executadas supletivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), serão financiadas por recursos tarifários específicos e outros da União, Estados, Distrito Federal, Municípios e, em particular, do Sistema Financeiro da Habitação (SFH).

§ 4º (Vetado).

§ 5º As atividades de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde serão co-financiadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pelas universidades e pelo orçamento fiscal, além de recursos de instituições de fomento e financiamento ou de origem externa e receita própria das instituições executoras.

§ 6º (Vetado).

CAPÍTULO II

Da Gestão Financeira

Art. 33. Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

§ 1º Na esfera federal, os recursos financeiros, originários do Orçamento da Seguridade Social, de outros Orçamentos da União, além de outras fontes, serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde.

§ 2º (Vetado).

§ 3º (Vetado).

§ 4º O Ministério da Saúde acompanhará, através de seu sistema de auditoria, a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios. Constatada a malversação, desvio ou não aplicação dos recursos, caberá ao Ministério da Saúde aplicar as medidas previstas em lei.

Art. 34. As autoridades responsáveis pela distribuição da receita efetivamente arrecadada transferirão automaticamente ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), observado o critério do parágrafo único deste artigo, os recursos financeiros correspondentes às dotações consignadas no Orçamento da Seguridade Social, a projetos e atividades a serem executados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Na distribuição dos recursos financeiros da Seguridade Social será observada a mesma proporção da

despesa prevista de cada área, no Orçamento da Seguridade Social.

Art. 35. Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:

- I perfil demográfico da região;
- II perfil epidemiológico da população a ser coberta;
- III características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;
- IV desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;
- V níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;
- VI previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;
- VII ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

§ 1º Metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio.

§ 2º Nos casos de Estados e Municípios sujeitos a notório processo de migração, os critérios demográficos mencionados nesta lei serão ponderados por outros indicadores de crescimento populacional, em especial o número de eleitores registrados.

§ 3º (Vetado).

§ 4º (Vetado).

§ 5º (Vetado).

§ 6º O disposto no parágrafo anterior não prejudica a atuação dos órgãos de controle interno e externo e nem a aplicação de penalidades previstas em lei, em caso de irregularidades verificadas na gestão dos recursos transferidos.

CAPÍTULO III

Do Planejamento e do Orçamento

Art. 36. O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

§ 1º Os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde (SUS), e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.

§ 2º É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde.

Art. 37. O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa.

Art. 38. Não será permitida a destinação de subvenções e auxílios a instituições prestadoras de serviços de saúde com finalidade lucrativa.

**DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E
TRANSITÓRIAS**

Art. 39. (Vetado).

§ 1º (Vetado).

§ 2º (Vetado).

§ 3º (Vetado).

§ 4º (Vetado).

§ 5º A cessão de uso dos imóveis de propriedade do

INAMPS para órgãos integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS) será feita de modo a preservá-los como patrimônio da Seguridade Social.

§ 6º Os imóveis de que trata o parágrafo anterior serão inventariados com todos os seus acessórios, equipamentos e outros bens móveis e ficarão disponíveis para utilização pelo órgão de direção municipal do Sistema Único de Saúde (SUS) ou, eventualmente, pelo estadual, em cuja circunscrição administrativa se encontrem, mediante simples termo de recebimento.

§ 7º (Vetado).

§ 8º O acesso aos serviços de informática e bases de dados, mantidos pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social, será assegurado às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde ou órgãos congêneres, como suporte ao processo de gestão, de forma a permitir a gerência informatizada das contas e a disseminação de estatísticas sanitárias e epidemiológicas médico-hospitalares.

Art. 40. (Vetado).

Art. 41. As ações desenvolvidas pela Fundação das Pioneiras Sociais e pelo Instituto Nacional do Câncer, supervisionadas pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), permanecerão como referencial de prestação de serviços, formação de recursos humanos e para transferência de tecnologia.

Art. 42. (Vetado).

Art. 43. A gratuidade das ações e serviços de saúde fica preservada nos serviços públicos contratados, ressalvando-se as cláusulas dos contratos ou convênios estabelecidos com as entidades privadas.

Art. 44. (Vetado).

Art. 45. Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados.

§ 1º Os serviços de saúde de sistemas estaduais e municipais de previdência social deverão integrar-se à direção correspondente do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme seu âmbito de atuação, bem como quaisquer outros órgãos e serviços de saúde.

§ 2º Em tempo de paz e havendo interesse recíproco, os serviços de saúde das Forças Armadas poderão integrar-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), conforme se dispuser em convênio que, para esse fim, for firmado.

Art. 46. o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecerá mecanismos de incentivos à participação do setor privado no investimento em ciência e tecnologia e estimulará a transferência de tecnologia das universidades e institutos de pesquisa aos serviços de saúde nos Estados, Distrito Federal e Municípios, e às empresas nacionais.

Art. 47. O Ministério da Saúde, em articulação com os níveis estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde (SUS), organizará, no prazo de dois anos, um sistema nacional de informações em saúde, integrado em todo o território nacional, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços.

Art. 48. (Vetado).

Art. 49. (Vetado).

Art. 50. Os convênios entre a União, os Estados e os Municípios, celebrados para implantação dos Sistemas

Unificados e Descentralizados de Saúde, ficarão rescindidos à proporção que seu objeto for sendo absorvido pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 51. (Vetado).

Art. 52. Sem prejuízo de outras sanções cabíveis, constitui crime de emprego irregular de verbas ou rendas públicas (Código Penal, art. 315) a utilização de recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) em finalidades diversas das previstas nesta lei.

Art. 53. (Vetado).

Art. 54. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 55. São revogadas a Lei Nº . 2.312, de 3 de setembro de 1954, a Lei Nº . 6.229, de 17 de julho de 1975, e demais disposições em contrário.

Brasília, 19 de setembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República.

FERNANDO COLLOR

Alceni Guerra

Anexo 2 Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990

Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

- I a Conferência de Saúde; e
- II o Conselho de Saúde.

§ 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

§ 3º O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) terão representação no Conselho Nacional de Saúde.

§ 4º A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos

demais segmentos.

§ 5º As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho.

Art. 2º Os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados como:

- I despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta;
- II investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional;
- III investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde;
- IV cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.

Parágrafo único. Os recursos referidos no inciso IV deste artigo destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde.

Art. 3º Os recursos referidos no inciso IV do art. 2º desta lei serão repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal, de acordo com os critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

§ 1º Enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, será utilizado, para o repasse de recursos, exclusivamente o critério estabelecido no § 1º do mesmo artigo.

§ 2º Os recursos referidos neste artigo serão destinados, pelo menos setenta por cento, aos Municípios, afetando-se o restante aos Estados.

§ 3º Os Municípios poderão estabelecer consórcio para execução de ações e serviços de saúde, remanejando, entre si, parcelas de recursos previstos no inciso IV do art. 2º desta lei.

Art. 4º Para receberem os recursos, de que trata o art. 3º desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com:

- I Fundo de Saúde;
- II Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990;
- III plano de saúde;
- IV relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;
- V contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;
- VI Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.

Parágrafo único. O não atendimento pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal, dos requisitos estabelecidos neste artigo, implicará em que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União.

Art. 5º É o Ministério da Saúde, mediante portaria do Ministro de Estado, autorizado a estabelecer condições para aplicação desta lei.

Art. 6º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 7º Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 28 de dezembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República.

FERNANDO COLLOR

Alceni Guerra



Folha Mensal de Acompanhamento do Conselho Municipal de Saúde FAC - Saúde

Mês de Referência _____ de 200 _____

Setor: _____

Município: _____ Estado: _____

Nome do Articulador: _____

O Articulador é: Conselheiro Titular () Conselheiro Suplente () não é conselheiro ()

A. Houve reunião do Conselho Municipal de Saúde no mês de referência?	não () sim ()
B. O Articulador representante da Pastoral da Criança participou desta reunião do Conselho Municipal de Saúde	não () sim ()
C. O Articulador reuniu-se com a Pastoral da Criança no mês de referência?	não () sim ()
D. Qual o número de mortes de crianças menores de 1 ano, residentes no município, ocorridas no mês anterior a este mês de referência? (caso tenha ocorrido mortes, preencha um quadro para cada óbito)	óbitos
E. Quantas Unidades Básicas de Saúde foram visitadas neste mês?	Unidades
F. Destas Unidades visitadas, quantas tinham estoque de antibióticos na farmácia para crianças no dia da visita?	Unidades
G. Destas Unidades visitadas, quantas dão a primeira dose do antibiótico para a criança ainda na Unidade de Saúde?	Unidades

INFORMAÇÕES SOBRE A MORTE DA CRIANÇA Nº 1

1. Nome da Criança _____

2. Data nascimento: ____/____/____ 3. Data de óbito: ____/____/____

4. A criança era acompanhada pela Pastoral da Criança?

não () sim () Ramo: _____

Comunidade: _____

5. Sistema de Saúde - a criança foi atendida no sistemas de saúde: não () sim () Qual?

5.1 Posto de saúde ()

5.4 Pronto Socorro ()

5.2 Ambulatório ()

5.5 Hospital de Referência ()

5.3 Hospital / Maternidade ()

5.6 Outro () Qual? _____

6. Você conversou no Serviço de Saúde sobre a morte desta criança? não () sim ()

7. Essa morte foi debatida na reunião do Conselho Municipal de Saúde? não () sim ()

8. História da morte. O que aconteceu com a criança que possa ter causado a morte?

9. Outras mortes por essa mesma causa, poderiam ser prevenidas por ações:

9.1 Na família não () sim ()

9.3 Nos Serviços de Saúde não () sim ()

9.2 Na comunidade não () sim ()

INFORMAÇÕES SOBRE A MORTE DA CRIANÇA Nº 2

1. Nome da Criança _____
2. Data nascimento: ____/____/____ 3. Data de óbito: ____/____/____
4. A criança era acompanhada pela Pastoral da Criança?
não () sim () Ramo: _____
Comunidade: _____
5. Sistema de Saúde - a criança foi atendida no sistemas de saúde: não () sim () Qual?
5.1 Posto de saúde () 5.4 Pronto Socorro ()
5.2 Ambulatório () 5.5 Hospital de Referência ()
5.3 Hospital / Maternidade () 5.6 Outro () Qual? _____
6. Você conversou no Serviço de Saúde sobre a morte desta criança? não () sim ()
7. Essa morte foi debatida na reunião do Conselho Municipal de Saúde? não () sim ()
8. História da morte. O que aconteceu com a criança que possa ter causado a morte?

9. Outras mortes por essa mesma causa, poderiam ser prevenidas por ações:
9.1 Na família não () sim () 9.3 Nos Serviços de Saúde não () sim ()
9.2 Na comunidade não () sim ()

INFORMAÇÕES SOBRE A MORTE DA CRIANÇA Nº 3

1. Nome da Criança _____
2. Data nascimento: ____/____/____ 3. Data de óbito: ____/____/____
4. A criança era acompanhada pela Pastoral da Criança?
não () sim () Ramo: _____
Comunidade: _____
5. Sistema de Saúde - a criança foi atendida no sistemas de saúde: não () sim () Qual?
5.1 Posto de saúde () 5.4 Pronto Socorro ()
5.2 Ambulatório () 5.5 Hospital de Referência ()
5.3 Hospital / Maternidade () 5.6 Outro () Qual? _____
6. Você conversou no Serviço de Saúde sobre a morte desta criança? não () sim ()
7. Essa morte foi debatida na reunião do Conselho Municipal de Saúde? não () sim ()
8. História da morte. O que aconteceu com a criança que possa ter causado a morte?

9. Outras mortes por essa mesma causa, poderiam ser prevenidas por ações:
9.1 Na família não () sim () 9.3 Nos Serviços de Saúde não () sim ()
9.2 Na comunidade não () sim ()

Preenchida por: _____ Data ____/____/200__

Assinatura do Articulador da Pastoral da Criança

Ramo responsável pelo articulador: _____

Assinatura do Coordenador de Ramo: _____

Prazo: preencher a FAC-SAÚDE até o dia 10 de cada mês com as informações referentes ao mês anterior e encaminhá-la para a Coordenação de Ramo de referência do articulador. A coordenação deverá encaminhar a FAC-SAÚDE juntamente com as FABS (Folhas de Acompanhamento das Ações Básicas de Saúde) até o dia 20 para a Coordenação Nacional da Pastoral da Criança.