

Fortalecimento da participação da comunidade na saúde

Gilson de Cássia Marques Carvalho¹

Estes apontamentos foram feitos para discussão sobre o fortalecimento da participação da comunidade na área de saúde. Algumas reflexões são mais recentes, mas estão somadas às já discutidas em outros textos sobre o tema.

O único termo de referência essencial e imprescindível para o tema é a legislação brasileira - tudo o mais é complementar e explicativo

Não se pode ter a prática de ficar no complementar e explicativo e abandonar o essencial que lhe deu origem, muito menos afrontando-o e contrariando-o.

Participação da comunidade, do cidadão tem que se balizar no fundamento:

- TODO PODER EMANA DO POVO (CF - 1, § ÚNICO);
- PARTICIPAÇÃO DO TRABALHADOR, DO EMPREGADOR (CF- 10);
- PARTICIPAÇÃO DO USUÁRIO NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA (CF37);
- PARTICIPAÇÃO DOS TRABALHADORES, EMPREGADORES, APOSENTADOS NA GESTÃO DA SEGURIDADE (CF-194);
- PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE (CF-198);
- PARTICIPAÇÃO POPULAR (LC101- 48 § ÚNICO);
- PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE NA GESTÃO (8142).

A origem de todo o poder do estado é o cidadão.

Constituição Federal

¹ Mestre e Doutor em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Graduado em Medicina pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Foi colaborador do IDISA, CONASEMS e Universidade de Taubaté.

“Art. 1º, Parágrafo Único -

Todo poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente nos termos desta constituição.”

A obrigatoriedade de o gestor único de saúde dar informação e ouvir o cidadão.

CONSTITUIÇÃO FEDERAL

“Art. 5º, XXXIII - todos têm direito a receber dos órgãos públicos informações de seu interesse particular, ou de interesse coletivo ou geral, que serão prestadas no prazo da lei, sob pena de responsabilidade, ressalvadas aquelas cujo sigilo seja imprescindível à segurança da sociedade e do Estado;

Art. 74, § 2º. Qualquer cidadão, partido político, associação ou sindicato é parte legítima para, na forma da lei, denunciar irregularidades ou ilegalidades perante o Tribunal de Contas da União.” (Art.75 - As normas estabelecidas nesta seção aplicam-se aos Tribunais de Contas Estaduais, do DF e dos Municípios)

A obrigatoriedade de o gestor único de saúde assegurar a participação da comunidade.

CONSTITUIÇÃO FEDERAL

“Art.10 - É assegurada a participação dos trabalhadores e empregadores nos colegiados dos órgãos públicos em que seus interesses profissionais ou previdenciários sejam objeto de discussão e deliberação.

Art.37 - § 3º A lei disciplinará as formas de participação do usuário na administração pública, direta e indireta, regulando especialmente: as reclamações relativas à prestação de serviços públicos em geral, asseguradas a manutenção de serviço de atendimento ao usuário e a avaliação periódica, externa e interna, da qualidade dos serviços; o acesso dos usuários a registros administrativos e as informações sobre atos do governo, observado o disposto no art. 5º, X e XXXIII; a disciplina da representação contra o exercício negligente ou abusivo de cargo, emprego ou função na administração pública.”

Art. 194 - A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

VII - caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite com a participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados.”

Art. 198 - “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

III - participação da comunidade.”

A obrigatoriedade de o gestor único de saúde assegurar aos cidadãos do conselho a oportunidade de formulação de estratégias e acompanhamento e fiscalização do fundo de saúde.

CONSTITUIÇÃO FEDERAL - ADCT

“Art.77, 3º - Os recursos dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinados às ações e serviços públicos de saúde e os transferidos pela União para a mesma finalidade serão aplicados por meio de Fundo de Saúde que será acompanhado e fiscalizado por Conselho de Saúde, sem prejuízo do disposto no Art. 74 da Constituição Federal.”

LEI 8080

“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. “

Art. 36 - O processo de planejamento e orçamentação do SUS será ascendente, do nível local ao federal, ouvidos seus órgãos deliberativos”

LEI 8142

EMENTA: Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS.

“Art. 1º - O SUS 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

§ 2º- O Conselho de Saúde [...] atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros...”

LC-101 - LEI DE RESPONSABILIDADE FISCAL

“Art. 48 - Parágrafo único. A transparência será assegurada também mediante incentivo à participação popular e realização de audiências públicas, durante os processos de elaboração e de discussão dos planos, lei diretrizes orçamentárias e orçamentos. “

DECRETO FEDERAL 1232

“Art. 2º - A transferência de que trata o art. 1º fica condicionada à existência de fundo de saúde e à apresentação de plano de saúde, aprovado

pelo respectivo Conselho de Saúde, do qual conste a contrapartida de recursos no Orçamento do Estado, do Distrito Federal ou do Município.”

Art. 3º - Os recursos transferidos pelo fundo nacional de saúde serão movimentados, em cada esfera de governo, sob a fiscalização do respectivo conselho de saúde, sem prejuízo da fiscalização exercida pelos órgãos do sistema de controle interno do poder executivo e do tribunal de contas da união.

Parágrafo único. A transparência será assegurada também mediante incentivo à participação popular e realização de audiências públicas, durante os processos de elaboração e de discussão dos planos, lei diretrizes orçamentárias e orçamentos.

EXEMPLO ESTADUAL: CÓDIGO DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO - SP, LEI 791

“Art. 49 - Os recursos financeiros do SUS serão depositados no fundo de saúde de cada esfera de governo e movimentados pela direção do SUS sob fiscalização do respectivo conselho de saúde, sem prejuízo da atuação dos órgãos de controle interno e externo.”

A obrigatoriedade de o gestor único de saúde comunicar a sindicatos, entidades empresariais e partidos políticos a chegada de qualquer recurso para a saúde vindo do ministério da saúde até 48 horas após recebimento.

LEI 9452

“Art. 1º - Os órgãos e entidades da administração federal direta e as autarquias, fundações públicas, empresas públicas e sociedades de economia mista federais notificarão as respectivas Câmaras Municipais da liberação de recursos financeiros que tenham efetuado, a qualquer título, para os Municípios, no prazo de dois dias úteis, contado da data da liberação.

Art. 2º - A Prefeitura do Município beneficiário da liberação de recursos, de que trata o Art. 1º desta Lei, notificará os partidos políticos, os sindicatos de trabalhadores e as entidades empresariais, com sede no Município, da respectiva liberação, no prazo de dois dias úteis, contado da data de recebimento dos recursos.

Art. 3º - As Câmaras Municipais representarão ao Tribunal de Contas da União o descumprimento do estabelecido nesta Lei.”

A obrigatoriedade de o gestor único de saúde publicar ou afixar em local de ampla circulação, a cada mês, a listagem de todas as compras realizadas com fornecedor, valor unitário e total.

LEI 8666 (ALTERADA PELA 8883)

“Art. 16 - Será dada publicidade, mensalmente, em órgão de divulgação oficial ou em quadro de avisos de amplo acesso público, à relação de todas as compras feitas pela Administração direta ou indireta, de maneira a clarificar a identificação do bem comprado, seu preço unitário, a quantidade adquirida, o nome do vendedor e o valor total da operação, podendo ser aglutinadas por itens as compras feitas com dispensa e inexigibilidade de licitação.

Parágrafo único. O disposto neste artigo não se aplica aos casos de dispensa de licitação previstos no Inciso IX do Art. 24.”

A obrigatoriedade de o gestor único de saúde prestar contas ao conselho a cada três meses.

LEI 8689

“Art.12 - O gestor do Sistema Único de Saúde em cada esfera de governo apresentará, trimestralmente, ao conselho de saúde correspondente e em audiência pública nas câmaras de vereadores e nas assembléias legislativas respectivas, para análise e ampla divulgação, relatório detalhado contendo, dentre outros, dados sobre o montante e a fonte de recursos aplicados, as auditorias concluídas ou iniciadas no período, bem como sobre a oferta e produção de serviços na rede assistencial própria, contratada ou conveniada.”

Obrigatoriedade de o gestor federal divulgar trimestralmente valor repassado a estados e municípios.

LEI 8689

Art. 4º Os recursos de custeio dos serviços transferidos ao município, estado ou Distrito Federal [...]

§ 4º Será publicada trimestralmente no Diário Oficial da União a relação dos recursos repassados pelo Ministério da Saúde à rede assistencial do Sistema Único de Saúde, com a discriminação dos estados, Distrito Federal e municípios beneficiados.

A obrigatoriedade de o gestor único de saúde prestar contas bimestralmente e deixar abertas as contas anuais por sessenta dias para todo contribuinte poder verificar.

Constituição federal

“Art.31, § 3º As contas dos Municípios ficarão, durante sessenta dias, anualmente, à disposição de qualquer contribuinte, para exame e apreciação, o qual poderá questionar-lhes a legitimidade, nos termos da lei.

Art.165, § 3º O poder executivo publicará até 30 dias após o encerramento de cada bimestre, relatório resumido da execução orçamentária.”

A obrigatoriedade de o gestor único de saúde reger-se pelos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade e publicidade.

Constituição federal

“Art.37 - A administração pública direta, indireta ou fundacional, de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e, também, ao seguinte:“

A obrigatoriedade de o gestor único de saúde prestar contas aos cidadãos pelos relatórios resumidos de execução orçamentária e de gestão fiscal inclusive pela internet e em audiência pública, a cada quatro meses.

LEI DE RESPONSABILIDADE FISCAL - LC 101

“Art.9º, § 4º - Até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro, o Poder Executivo demonstrará e avaliará o cumprimento das metas fiscais de cada quadrimestre, em audiência pública na comissão referida no § 1 do Art. 166 da CF ou equivalentes nas casas legislativas estaduais e municipais.

Art.48 - São instrumentos de transparência da gestão fiscal, aos quais será dada ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público: os planos, orçamentos e leis de diretrizes orçamentárias; as prestações de contas e o respectivo parecer prévio; o Relatório Resumido da Execução Orçamentária e o Relatório de Gestão Fiscal; e as versões simplificadas desses documentos.

Parágrafo único. A transparência será assegurada também mediante incentivo à participação popular e realização de audiências públicas, durante os processos de elaboração e de discussão dos planos, lei diretrizes orçamentárias e orçamentos.

Art. 49. As contas apresentadas pelo Chefe do Poder Executivo ficarão disponíveis, durante todo o exercício, no respectivo Poder Legislativo e no órgão técnico responsável pela sua elaboração, para consulta e apreciação pelos cidadãos e instituições da sociedade.

Art. 50, § 3º A Administração Pública manterá sistema de custos que permita a avaliação e o acompanhamento da gestão orçamentária, financeira e patrimonial.

Art. 51 O Poder Executivo da União promoverá, até o dia trinta de junho, a consolidação, nacional e por esfera de governo, das contas dos entes da Federação relativas ao exercício anterior, e a sua divulgação, inclusive por meio eletrônico de acesso público.

Art. 52. O relatório a que se refere o § 3º do art. 165 da Constituição abrangerá todos os Poderes e o Ministério Público, será publicado até trinta dias após o encerramento de cada bimestre e composto de:

I - balanço orçamentário, que especificará, por categoria econômica, as:

a) receitas por fonte, informando as realizadas e a realizar, bem como a previsão atualizada;

b) despesas por grupo de natureza, discriminando a dotação para o exercício, a despesa liquidada e o saldo;

II - demonstrativos da execução das:

a) receitas, por categoria econômica e fonte, especificando a previsão inicial, a previsão atualizada para o exercício, a receita no bimestre, a realizada no exercício e a previsão a realizar;

b) despesas, por categoria econômica e grupo de natureza da despesa, discriminando dotação inicial, dotação para o exercício, despesas empenhadas e liquidadas, no bimestre e no exercício;

c) Despesa por função e subfunção.

Art. 54. Ao final de cada quadrimestre será emitido pelos titulares dos Poderes e órgãos referidos no art. 20 Relatório de Gestão Fiscal...,

§ 2º O relatório será publicado até trinta dias após o encerramento do período a que corresponder, com amplo acesso público, inclusive por meio eletrônico.

§ 4º os relatórios referidos nos Art. 52 e 54 deverão ser elaborados de forma padronizada, segundo modelos que poderão ser atualizados pele conselho de que trata o Art. 67. (Conselho de Gestão Fiscal)

Art. 67 O acompanhamento e a avaliação, de forma permanente, da política e da operacionalidade da gestão fiscal serão realizados por conselho de gestão fiscal, constituído por representantes de todos os Poderes e esferas de Governo, do Ministério Público e de entidades técnicas representativas da sociedade, visando...

Participação da comunidade é o termo legal e mais amplo que o de controle social

Durante anos e mais anos, vimos reforçando o termo de **CONTROLE SOCIAL**. Muito escrevemos sobre ele, sem que, explicitamente, esse termo estivesse no texto da CF ou das leis da saúde.

Com o passar do tempo e tendo discutido isto em centenas de conferências, cursos, oficinas, palestras e pareceres, cada vez mais me convenço da necessidade de mudarmos o enfoque. Devemos enfatizar o termo-mãe: **PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE** como consta na CF e na LOS.

O termo **PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE** tem conteúdo muito mais amplo, abrangente e profundo que o de simples **CONTROLE SOCIAL**. O Controle é apenas uma das funções da participação.

Betinho definiu o “cidadão como aquele que tem consciência de deveres e direitos e participa ativamente da sociedade.”

Não basta o discurso dos direitos seguido do dos deveres. O primeiro discurso é o da consciência. Ter consciência como o ato da inteligência humana que processa dentro de nós um conceito com todas as suas consequências. Debatido, discutido, feito o contraditório, finalmente aninha-se dentro de nós. É como se começasse a fazer parte de nossa essência. Decorrente disto, passa-se à compreensão que só existem direitos alicerçados em deveres. Só os deveres cumpridos por nós e por quem nos precedeu e nos sucederá (compromisso intergerações) poderão garantir para esta e para as próximas gerações todo e qualquer direito que possamos ter. O segundo discurso é consequente disto. Se compreendemos a ideia do ser consciente que cumpre deveres e usufrui direitos, o passo seguinte mandatório é participar. Não apenas fazer parte, ser parte, tomar parte, mas dentro do conceito de ter parte e garantir esta parte. Ver o mundo com o “olho de dono”. A ideia de sócio-proprietário em co-propriedade com os outros seres e os outros “reinos” do mundo (os outros animais, os vegetais, os minerais)! “O olho do dono” que nos impele ao engajamento de fazer a nossa parte, tomado que foi pela consciência.

Costumo dizer que este ser humano, cidadão e político, tem uma tríplice função na sociedade. Participa de três maneiras: pela **AÇÃO**, pela **PROPOSIÇÃO** e pelo **CONTROLE**.

AÇÃO:

“**HOMENS E MULHERES SÃO IGUAIS EM DIREITOS E OBRIGAÇÕES, NOS TERMOS DESTAS CONSTITUIÇÃO**” (CF ART. 5, I).

Cada um de nós, ser humano, cidadão e político, tem um papel na sociedade representado pelo desempenho de qualquer de nossas funções na sociedade. A primeira obrigação é fazer bem feito tudo aquilo que fazemos. Da mais simples à mais complexa tarefa humana. A sociedade vive na interdependência permanente da ação individual. Em qualquer lugar que o

cidadão esteja, todos nós, os demais nesta hora, estamos contando com o compromisso de sua ação. Seja médico, engenheiro, advogado, professor, pedreiro, frentista, faxineiro... Cada um em seu lugar fazendo o certo de maneira certa, com a melhor qualidade possível. Só assim temos a garantia, todos, de podermos continuar a usufruir juntos o conjunto da ação perfeita de cada um em seu posto e lugar. O princípio da reciprocidade da ação perfeita de cada um.

PROPOSIÇÃO:

“É LIVRE A MANIFESTAÇÃO DO PENSAMENTO...” CF ART.5, IV.

“O CONSELHO DE SAÚDE ATUA NA FORMULAÇÃO DE ESTRATÉGIAS...” LEI 8142 - ART.1 §3.

“O PROCESSO DE PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO DO SUS SERÁ ASCENDENTE, DO NÍVEL LOCAL ATÉ O FEDERAL, OUVIDOS SEUS ÓRGÃOS DELIBERATIVOS” (LEI 8080, 36).

“A TRANSPARÊNCIA SERÁ ASSEGURADA TAMBÉM MEDIANTE INCENTIVO À PARTICIPAÇÃO POPULAR E REALIZAÇÃO DE AUDIÊNCIAS PÚBLICAS DURANTE OS PROCESSOS DE ELABORAÇÃO E DE DISCUSSÃO DOS PLANOS, LDO E ORÇAMENTOS” (LC 101,48 - LRF).

A proposição é outra das maneiras de participação do cidadão no seu mundo. Soma-se à sua ação pessoal o caráter propositivo de sua intervenção na sociedade, nos governos. Participar com ideia, avaliação de ideias, assunção de ideias. Buscar saídas individuais e coletivas.

A proposição nas audiências públicas na elaboração e de discussão dos planos e orçamentos. Os orçamentos participativos já previstos na CF, em 1988, e reforçados pela LRF, em 2000.

Na área da saúde, há um mundo de questões a serem resolvidas. Um mundo de problemas esperando boas ideias e saídas. Toda a formulação de estratégias de saúde tem que passar pelo Conselho. Todo o Plano de Saúde tem que passar pelo Conselho. No Conselho, a comunidade participa propositivamente, contribuindo e aprovando o plano de saúde.

CONTROLE:

“OS RECURSOS DOS ESTADOS, DO DISTRITO FEDERAL E DOS MUNICÍPIOS DESTINADOS ÀS AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE E OS TRANSFERIDOS PELA UNIÃO PARA A MESMA FINALIDADE SERÃO APLICADOS POR MEIO DE FUNDO DE SAÚDE QUE SERÁ ACOMPANHADO E FISCALIZADO POR CONSELHO DE SAÚDE, SEM PREJUÍZO DO DISPOSTO NO ART. 74 DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL.” (CF-ADCT ART.77,3)

“O CONSELHO DE SAÚDE ATUA... NO CONTROLE DA EXECUÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE... INCLUSIVE NOS ASPECTOS ECONÔMICOS E FINANCEIROS” (LEI 8142 - ART.1 §3)

“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.” (LEI 8080 ART. 33)

O Controle Social, cantado em prosa e verso, ficou como a essência da participação do cidadão. Entretanto, este termo nem mesmo existe na legislação geral ou do SUS. O que se fala é em participação da comunidade e participação popular.

O Controle não é função única, mas é uma das funções da participação explícita: “controle da execução da política... inclusive nos aspectos econômicos e financeiros... acompanha e fiscaliza o fundo ... os recursos do SUS movimentados sob fiscalização dos respectivos conselhos de saúde...”.

Está bem explícita esta função: fazer o controle de tudo que foi realizado incluindo-se a questão econômico-financeira.

Esta tríade da PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE - AÇÃO, PROPOSIÇÃO E CONTROLE - deve substituir nosso enfoque errado e distorcido de falarmos exclusivamente no Controle Social. É muito mais que Controle: é o engajamento através da ação, é o desafio da proposição e o controle dos fatos e feitos.

Distúrbios do espaço e do jeito de participar da comunidade na área de saúde

A realidade de cerca de 5000 conselhos de saúde no Brasil com 100 a 150 mil pessoas envolvidas é deveras alvissareira. Não se pode ter a ilusão de que todos funcionem bem e sejam compostos democraticamente com a paridade devida. Não mudamos a saúde sem mudar a sociedade e conquistar a cidadania. Estamos fazendo o caminho através de nossa luta da saúde. Em meio a vários Conselhos funcionando bem, encontramos dificuldades sérias em muitos outros.

Entre estas dificuldades e distúrbios podemos citar:

- ❖ confusão do papel da participação da comunidade enfocando exclusivamente o controle e perdendo de vista a ação propositiva;
- ❖ descumprimento contumaz da legislação existente, deficiente;
- ❖ representação errada dos vários segmentos legais;

- ❖ 25% dos profissionais de saúde nos conselhos e conferências de legalidade controversa;
- ❖ conselheiros do segmento de usuários e profissionais escolhidos pelo gestor, prefeito e secretários;
- ❖ despreparo técnico em saúde de gestores, profissionais, prestadores e de cidadãos usuários;
- ❖ despreparo em técnicas relacionais e de negociação;
- ❖ desrespeito a decisões do Conselho;
- ❖ falta de reuniões;
- ❖ discussão nos conselhos de apenas pequenas questões e periféricas já que as grandes não passam por lá;
- ❖ falta de informações gerais, de saúde, de conteúdo e de financiamento;
- ❖ não prestação de contas pelo gestor nem ao conselho, nem em audiência pública trimestral nas Assembleias Legislativas e nas Câmaras Municipais;
- ❖ posição corporativa de membros do conselho não só de servidores, mas da corporação de usuários, prestadores e até mesmo de administradores públicos;
- ❖ confusão entre o papel de deliberação com o de execução que não é do conselho;
- ❖ não homologação do executivo das deliberações do conselho;
- ❖ conferências de saúde precisando ser reformuladas quanto ao conteúdo, ao desenrolar, aos tempos, às participações;
- ❖ etc.

Existem muitos outros pontos críticos que devemos solucionar. Dado aos vários anos de criação e funcionamento dos Conselhos e sua proposta ambiciosa, já nos vemos questionados pela sociedade sobre o “para que servem os conselhos se os resultados que vemos são pífios?!!!”.

Organização e composição do conselho de saúde

Membros natos de todos os conselhos de saúde segundo a lei

Temos que buscar os fundamentos legais:

“É assegurada a participação dos trabalhadores e empregadores”
(Cf 10).

“Gestão quadripartite: trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do governo nos órgãos colegiados”. (Cf 194,VII)

“Representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários... A representação dos usuários será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos” (Lei 8142 - art.1 § 2)

Destes textos legais se conclui que não possa deixar de existir nos conselhos:

1. USUÁRIOS NOS QUAIS ESTARIAM OBRIGATORIAMENTE OS TRABALHADORES, EMPREGADORES, APOSENTADOS;
2. GOVERNO;
3. PRESTADORES;
4. PROFISSIONAIS.

Número de conselheiros em cada conselho

A lei federal não determina o número de conselheiros. O Conselho Nacional de Saúde, em documento orientador RES.33, aconselhava que não fosse menos que 10 nem mais que 20. Na RES.333, que revogou a 33, orienta-se para que a lei defina o número de conselheiros. Um número muito pequeno de conselheiros pode afetar a legitimidade da representação e, conseqüentemente, das decisões. Quanto ao número, sugere-se que não seja grande demais. Diminuiria o risco do que possa ter de ruim num “ambiente de assembleia”, que poderia tumultuar o funcionamento nas reuniões. Entretanto, estas são apenas orientações que podem ser seguidas ou não. Qualquer decisão sobre número maior ou menor de conselheiros não quebra o espírito da lei e é de decisão de cada conselho. Conheço Conselhos com excelente funcionamento com dezenas de membros desafiando qualquer teoria contra assembleísmos!

Logo abaixo defendo uma posição que julgo legal para a paridade em que aconselho que o número de membros do Conselho deva ser múltiplo de seis para que esta conta não fique quebrada e, portanto, desequilibrada. Por exemplo: 12-18-24-30 etc. Um Conselho de 12 membros: seis para cada lado e, no lado do governo, prestador, profissional 2 membros de cada um. Qualquer coisa diferente disto precisa ser muito consensada não nacionalmente, mas em cada local. A regra da divisão igual pelas três partes seria a mais justa e se evitariam as polêmicas. A exceção seria por consenso local.

Proporcionalidade legal entre segmentos do conselho

Tenho uma interpretação muito clara da paridade dos componentes membros do Conselho. De um lado 50% de cidadãos usuários. De outro lado

50% divididos entre os três segmentos nominados na lei: GOVERNO, PRESTADORES DE SERVIÇOS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE. Sendo três os segmentos envolvidos, na minha lógica gramatical, linear, este segmento deveria ser subdividido em três partes iguais: 1/3 para governo, 1/3 para prestadores de serviços e 1/3 para profissionais de saúde.

Entretanto, esta questão não está clara Brasil afora. Por má interpretação, passou uma ilegalidade na IX Conferência Nacional de Saúde consolidada na RES. do CNS 33/1992, nas proposições das últimas Conferências Nacionais e agora na resolução 333/2003 do CNS. Ao se garantir 25% da representação dos profissionais de saúde, partiu-se de interpretação errônea que do lado oposto aos usuários (50%) deveriam estar apenas dois segmentos: profissionais e prestadores (públicos e privados). Erro crasso, pois, omitiu-se o outro segmento que é o GOVERNO e que está com evidente clareza na própria CF art. 194 e na 8142. Quero ser otimista e não ver dolo nesta decisão. Que ela tenha sido fruto apenas de “distração”. Pior seria se alguém estivesse entendendo que o segmento Governo, da CF e da lei 8142, ser apenas um “prestador público”!!!.

Isto seria demais, ferindo na essência a concepção do SUS. Para mim, no mínimo, tem que ser tripartite o número de vagas entre os 50% da paridade com os usuários: 16,7% para cada componente com arredondamento pela indivisibilidade das pessoas. Situações peculiares como ausência de prestadores, ou seus diminutos números, poderão levar a acordos locais. Neste caso, sempre por consenso do próprio Conselho e nunca sob votação, pois as minorias tenderão a ser sempre prejudicadas.

Lamentável que, a partir de um erro, de uma ilegalidade, tenha-se partido para legitimar a ilegalidade, privilegiando-se um dos segmentos do conselho, os profissionais de saúde. O que antes nasceu pela ilegalidade agora querem legitimar cometendo outra que é dar proporcionalidade privilegiada a um dos segmentos do conselho.

REPRESENTANTE DOS USUÁRIOS

Um questionamento permanente é sobre quem pode ser classificado como usuário na composição do conselho. Vamos raciocinar a partir de alguns questionamentos e sofismas correntes:

- O Prefeito é um legítimo usuário dos serviços de saúde? Sim. Então ele pode sentar-se na bancada dos usuários com a maior das legitimidades, pois ele teve a votação majoritária para ser prefeito?!!! Foi o mais votado com a fiscalização dos tribunais eleitorais. Ele pode ser escolhido como representante dos usuários? E o Vice? Os assessores do Prefeito? A primeira dama? Todos são ou não usuários dos serviços de saúde? Os vereadores no caso já

representam a população. Foram eleitos no rigor da lei. Podem ser os representantes dos usuários nos serviços de saúde?

- Os prestadores de serviços de saúde, donos e gestores de hospitais públicos e privados - lucrativos e filantrópicos - podem se assentar na bancada dos usuários dos serviços de saúde?
- Os servidores públicos de saúde, sindicalizados ou não, podem tomar assento na bancada de usuários? São usuários afinal: moram nos bairros, pertencem a sociedades, medicam-se nos serviços de saúde!!!

Todos - prefeito, vereadores, donos de hospitais e trabalhadores de saúde - somos todos nós cidadãos, usuários do serviços de saúde. Incontestável e inofensivamente.

Entretanto, não estamos aqui falando da condição comum de todos nós, mas da condição intrinsecamente ligada à composição de um conselho que obedece a regras definidas por lei. E, se não definidas explicitamente na letra da lei, no seu espírito e jurisprudência, existe um entendimento claríssimo de que esta seja a leitura.

Quando a lei colocou que deve haver paridade entre o segmento dos usuários em relação aos demais, foi colocada aí uma regra explícita de que **um lado não podia se confundir com o outro** para que não se quebrasse a paridade, colocada como imprescindível e essencial. A paridade foi colocada como essência e destacada num parágrafo: paridade entre o segmento dos usuários e o conjunto dos demais segmentos.

Se a paridade é colocada como essência ela não pode ser quebrada. Seria ilegal e imoral que o Prefeito, vereadores, gestores de hospital (públicos e privados) e trabalhadores de saúde (públicos e privados) **ocupem assento no Conselho como usuários dos serviços de saúde**. Por quê? Qualquer um destes segmentos tem um assento próprio, específico, reservado no conselho (repetindo: exceto vereadores cujo assento é no legislativo, cumprindo seu papel, dentre outros, o de controlar e fiscalizar o executivo).

Quem tem assento próprio não pode ocupar o assento comum de usuário que é condição comum de todos. Isto quebraria com a paridade colocada como condição essencial na Lei 8142..

Aqui temos a maior polêmica. Historicamente os segmentos mais fortes, com mais poder de manipulação (quem tem mais informação usa-a, muitas vezes, para dominar a seu favor e não pelo objetivo do coletivo!). É fácil o Governo querer incluir entre os membros cidadãos usuários, pessoas da comunidade que estejam do lado do governo. Profissionais de saúde e prestadores também querem infiltrar seus membros ou ligados a ele neste segmento. Sabemos que todos nós somos usuários e seus legítimos

representantes. Entretanto, existe uma exceção lógica que se fundamenta na ética. Se o Conselho tem que manter a paridade entre o segmento de usuários em relação ao conjunto dos outros três segmentos (governo, prestadores, profissionais) isto se justifica na necessidade de se manter o equilíbrio entre as duas partes. Se um segmento se infiltra dentro dos demais, automaticamente perde-se a paridade.

Por uma questão de princípio ético não se poderia ter entre os usuários pessoas que tenham ligação ou dependam dos outros três segmentos. Isto valeria para todo o Brasil.

Entretanto, o Estado de São Paulo desde 1995, por seu Código de Saúde definiu, de forma clara, a ilegalidade de determinadas representação em meio aos usuários.

“PARA GARANTIR A LEGITIMIDADE DE REPRESENTAÇÃO PARITÁRIA DOS USUÁRIOS, É VEDADA A ESCOLHA DE REPRESENTANTE DOS USUÁRIOS QUE TENHA VÍNCULO, DEPENDÊNCIA ECONÔMICA E COMUNHÃO DE INTERESSE COM QUAISQUER DOS REPRESENTANTES DOS DEMAIS SEGMENTOS DO CONSELHO” (CÓDIGO DE SAÚDE -SP - 68).

Vamos clarear estes conceitos pelo Dicionário HOUAISS:

VÍNCULO= o que liga duas ou mais pessoas; ... regulada por normas jurídicas;

DEPENDÊNCIA ECONÔMICA= subordinação econômica; sustento de uma pessoa ou de qualquer forma de autoridade, governo, liderança;

COMUNHÃO DE INTERESSE= comunhão: co-participação, união, ligação, associação, relação de sociedade; de interesse: importância, vantagem, utilidade: moral, material, social

No Estado de São Paulo, por força de lei e no Brasil, atendendo à ética, seria ilegal ou antiético que representasse usuários:

PESSOAS LIGADAS AO GOVERNO: prefeito, secretários, cargos em comissão, qualquer funcionário público e seus respectivos parentes diretos;

PESSOAS LIGADAS AOS PRESTADORES: presidente, membros da diretoria e conselhos ou qualquer representante ou indicado e seus parentes diretos de toda e qualquer entidade conveniada-contratada com a prefeitura e seus empregados;

PESSOAS LIGADAS AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: os profissionais e seus parentes ou funcionários.

Existe um pretexto normalmente usado, às vezes pela parte que quer ser indicada, e outras pelos que querem indicar: “vamos escolher fulano, porque ele já é da área de saúde e sabe melhor estas coisas que nós não entendemos”! E lá vai, mais uma vez, convicto e convencido, o profissional de saúde representando o cidadão usuário na bancada destinada exclusivamente aos usuários. Agora sim quebrando física e filosoficamente a

paridade. E, retardando o processo de democratização do saber, que, principalmente na área de saúde, é essencial a cada um de nós.

O CARÁTER PERMANENTE DO CONSELHO DE SAÚDE

Outra questão comum é a falta de vontade política de manter os Conselhos em funcionamento. Toda vez que mudam as administrações pelas novas eleições começam a chegar os pedidos de socorro. O Prefeito tal, o Governador tal fechou o Conselho e disse que vai mandar uma lei nova para o legislativo definindo novo conselho.

A Lei 8142 art. 1 § 2 define o caráter permanente do Conselho de Saúde. Portanto, não existe a hipótese legal de que o Conselho seja fechado e depois de algum tempo, ou da aprovação de nova legislação, seja reaberto. O Processo é como o do Governo ou do Legislativo, em que um sucede ao outro sem solução de continuidade. Se houver necessidade de se fazer nova lei, novo decreto, novo regimento interno, tudo ocorre sob a égide de um Conselho em funcionamento e que pode a seu tempo ser substituído por outro.

Acontece uma outra situação em que esteja sendo feita uma nova lei e já terminou o prazo do mandato dos conselheiros. Pode o Governo, nestes casos, fazer um Decreto ou Portaria prorrogando o mandato dos atuais conselheiros por um período determinado de tempo enquanto se aprova uma nova lei do Conselho. Esta situação ocorreu, por exemplo, em relação ao Conselho Nacional de Saúde que teve o mandato de seus conselheiros prorrogado enquanto se elaborava uma nova legislação.

As conferências de saúde: conteúdo, tempos, participantes e o depois

- **CONTEÚDO:**

Temos que buscar outra conformação para o conteúdo das conferências de saúde. Os saudosistas baterão bastante e lembrarão os momentos apoteóticos deste a VIII até XII Conferência Nacional de Saúde.

Este modelo de Conferência, para mim, esgotou-se. Tanto no âmbito municipal, como estadual e nacional. Para mim está claro que o movimento ascendente que criamos de se fazer conferência a partir de pré-conferências de bairros seguidas das municipais, das regionais, das estaduais e da nacional é um bom caminho. O que precisamos é valorar isto efetivamente e não chegar ao âmbito nacional reiniciando toda a discussão como que se nada houvera anteriormente. Só uma repensada pode definir os novos caminhos. A lógica deveria ser só uma: discussão ascendente. No âmbito do município verificar as decisões anteriores das pré-conferências e da

conferência municipal e separar o cumprido, do não cumprido, atualizar as demandas e propostas e fazer o consolidado municipal. Do município só subir às regiões e ao Estado aquilo que for de sua amplitude. Não se pode no âmbito Estadual discutir polêmicas de características apenas locais. Nos Estados, fazer o mesmo: levantar decisões regionais e estaduais anteriores, cotejar com o realizado e a diferença somar com as novas queixas e propostas. Subir para a Nacional apenas as questões gerais e não mais aquelas de solução em âmbito estadual.

Precisamos ter maior uso de profissionais de formação jurídica. A grande necessidade é separar nas propostas aquilo que é juridicamente possível e aquilo que implica em mudança na legislação. Tenho visto propostas absurdas sendo discutidas e que poderiam ser evitadas simplesmente com o parecer jurídico de sua legalidade ou não de imediato, no decorrer das conferências. Não estamos negando a possibilidade de se fazerem propostas de mudança na legislação, mas sabendo que só acontecerão com novas leis ou mesmo mudanças constitucionais que demandam uma grande luta e um tempo extenso. É importante que quem vote entenda disto para que não se iluda com determinadas proposituras achando que é possível e de aplicação imediata. A última mudança constitucional da saúde demorou sete anos para ser votada e sua regulamentação ainda está em tramitação, já passados quatro anos após os sete.

- **O REGIMENTO INTERNO DAS CONFERÊNCIAS**

Outra controvérsia é a questão da “organização e normas de funcionamento das Conferências de saúde que “devem estar definidas em regimento próprio aprovados pelo respectivo conselho””. (Lei 8142)

Vimos nas conferências a rediscussão dos regimentos a cada vez, com perda excessiva de tempo, com controvérsias já superadas. Assistimos a decisões do plenário das Conferências contrariando regimentos aprovados nos Conselhos com consequências ilegais e danosas, pois ferindo direitos adquiridos de conselheiros e delegações que se deslocaram baseados no regimento definido e legalmente aprovado no conselho e que foi mudado pela plenária. Isto é uma ilegalidade de consequências extremamente danosas. Não se pode montar uma conferência com um regimento e a assembleia ter o poder de mudar as regras durante o decorrer do “jogo”.

As assembleias continuam soberanas para questões omissas no regimento interno e que surjam no decorrer da conferência. Na saúde, com base na atual legislação, quem faz REGIMENTO DE CONFERÊNCIA é o Conselho de Saúde com a sua composição quadripartite democraticamente eleita. A Conferência não é qualquer assembleia, mas sim uma assembleia

que tem legislação própria e que não pode ser desrespeitada sob risco de invalidar todas as suas decisões. Não é verdade que toda assembleia é soberana. Há regras maiores que ela e que mandatoriamente devem ser cumpridas.

- **O DECORRER DAS CONFERÊNCIAS**

É urgente mudar o ritmo das conferências. O momento maior deve ser o de discussão do realizado e do a realizar. O momento expositivo de peritos é bom, mas não pode ser o de maior espaço. Talvez um espaço esclarecedor, informativo, mas não pode se tornar o principal. O momento expositivo de prestação de contas do gestor é essencial. Organização primorosa de tempos e movimentos com informação pronta, disponibilização de relatórios prévios, localização de exposições e grupos. Temos que aprender e ensinar que os horários democraticamente estabelecidos devem ser “despoticamente” cumpridos para que o descompromisso de uns e a pressão de outros não levem a que se perca tempo em pequenas coisas e se prejudiquem as grandes.

O espaço de opiniões e questionamentos tem que ser regrado. Não nos iludamos que o democratismo vá permitir que numa conferência com tempo de início e fim definido, envolvendo inúmeras pessoas e compromissos, todos tenham espaço ilimitado para falar. Não podemos deixar este sentimento ser alimentado na mente dos delegados. O regramento do regimento interno, previamente aprovado, deve estabelecer este limite de inscritos e tempo de exposição e resposta. As pessoas que comandam os debates devem ter isto muito claro, em seu roteiro, para comandarem sem titubeios. O que delimita os inscritos para questionarem uma exposição é o restante do tempo disponível. Nunca deverá ser o fato de tempo destinado às pessoas para se inscreverem. A consequência deste descaminho é que o parâmetro é inadequado para a regra seguinte. Se o tempo disponível é de meia hora e se tem três minutos para perguntas e cinco para respostas, temos o tempo de 10 minutos por intervenção e em meia hora só cabem três intervenções! É simples operação matemática. Coisas aparentemente bem bobas, mas fonte de atritos extremamente desagradáveis entre os “administradores” das conferências e grupos participantes que se julgam injustiçados.

O momento democrático inicial das Conferências, muitas vezes, fica tisonado pelo desumano, ineficiente e “antidemocrático” do final. O marco final tem sido terrivelmente deprimente em conferências das várias esferas e principalmente da nacional. Os percalços repetidos, conferência após conferência, não podem ser mais considerados imprevistos, mas sim a rotina inexorável delas. Estas dificuldades são inúmeras e repetidas: falta de

disponibilização de material de leitura prévia do relatório final ou apresentação audiovisual insuficiente; escolha de apenas alguns assuntos considerados mais relevantes para deliberação; desrespeito do horário de término prejudicando a discussão e a presença de inúmeros participantes que, ou já tinham compromissos de viagem (reserva de avião, saída de ônibus fretados etc. etc.) ou simplesmente estavam vencidos pela estafa ou sono (real e por falta de hábito); a contingência real (não desejada, nem impingida, mas inexoravelmente condicionada) de varar madrugada discutindo com uma minoria. É desumano. É ineficiente. Se persistirmos nestes erros, podemos mais à frente ser considerados como pessoas de má fé com intuítos dolosos, desmoralizando assim a manifestação democrática das conferências de saúde.

- **TEMPOS E CORRELAÇÃO COM AS LEIS DO PPA, LDO E LOA**

As Conferências de Saúde devem ter melhor definição de seus tempos. Suas competências são tão essenciais e importantes que não podem ficar ao léu, sem definição de datas. Há muitos anos venho defendendo que as Conferências de Saúde têm que ter seus tempos adequados aos tempos dos planos de governo, já expressos na Constituição. Não dá para falar na importância e essencialidade dos planos de saúde sem adequá-los, em tempo, ao PPA, LDO e LOA. Atualmente fazemos processos desconectados, paralelos e, conseqüentemente, inconseqüentes. Até, ingenuamente, alegamos democracia de cada instância de Governo definir suas datas.

Minha sugestão é que estes tempos estejam juntos. As Conferências Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde têm obrigatoriamente de ser realizadas no primeiro semestre do primeiro ano de governo federal, estadual e municipal para que suas decisões sejam acopladas ao Plano Plurianual de Governo e remetidas ao legislativo para discussão. A grande vantagem é agregar aos planos tudo que se constituiu em rica discussão do processo eleitoral com seus anseios e promessas. Servirá para os governantes nos seus três anos seguintes e no primeiro ano da gestão seguinte.

No intervalo de cada quatro anos, União, Estados e Municípios poderão realizar outras Conferências ou Encontros de Conselheiros, segundo suas Constituições Estaduais. A cada ano, sob a coordenação dos Conselhos, será delimitada a parte operacional do PPA relativa ao ano seguinte, aplicável à LDO e LO. Qualquer dos eventos programados em Estados e Municípios deverá ser agendado dentro dos prazos de encaminhamento para a LDO e LO.

- **A REPRESENTAÇÃO NAS CONFERÊNCIAS.**

Será que nossas conferências realmente estão sendo representativas da sociedade? Será que conselheiros, assíduos e comprometidos no dia a dia com o sistema de saúde, estão sendo preteridos na representatividade no momento de escolha de delegados para as Conferências Estaduais e a Nacional? Na quase totalidade dos segmentos, a representação nas conferências exclusivamente por conselheiros não é mais legítima que aquela livre onde caem os paraquedistas? Acho que chegou a hora de pensarmos em valorizar os conselheiros e ter um percentual obrigatório majoritário de sua representação nas Conferências Estaduais e Nacional.

- **O DEPOIS DAS CONFERÊNCIAS.**

Precisa haver uma rotina mínima para os Conselhos que é a participação na feitura dos planos e em seu acompanhamento inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Isto tem que ser real, em cada canto. Não dá para nos perdemos em mil atividades não substantivas. Acho que o grande impasse dos conselhos é justamente quando eles não caíram na real de sua dupla missão: ajudar a fazer e aprovar o plano, acompanhar o plano e controlar econômica e financeiramente. Teorizamos demais e não estamos ajudando a melhorar a resposta lá na base. Quando não discutimos o “plano da resposta” na ponta, continuamos perdidos e sem saber o que controlar. Controle social sem objeto é frustrante.

Sabemos, conhecemos, entendemos qual é o Plano Nacional de Saúde? O Plano Estadual de Saúde? O Plano Municipal de Saúde? E...os Conselhos de Saúde se reúnem mensalmente, há décadas e sem interrupções e com uma plêiade de cidadãos de excelente formação e qualidade. Como cobrar a eficiência e eficácia das ações e serviços de saúde da União, Estados e Municípios sem sabermos a que vieram, a que se propõem e sem termos aprovado um plano de governo para a saúde? No âmbito da União só houve Plano Nacional de Saúde em 1990 e depois em 2004 (um ano depois da PPA, no segundo ano de governo). Como avaliar a execução do plano, sem plano? Cadê o cumprimento do que manda a Lei 8689: “O gestor do SUS em cada esfera de Governo, apresentará trimestralmente, ao conselho de saúde correspondente e em audiência pública nas câmaras de vereadores e nas assembleias legislativas respectivas, para análise e ampla divulgação, relatório detalhado, contendo, dentre outros, dados sobre o montante e a fonte de recursos aplicados, auditorias concluídas ou iniciadas no período, bem como sobre a oferta e produção de serviços na rede assistencial própria, contratada ou conveniada”.

AS PLENÁRIAS DE CONSELHEIROS.

Esta foi uma iniciativa vitoriosa que tem que ser consolidada para todo o Brasil. Reuniões regionais, estaduais, das grandes regiões brasileiras e nacionais. Uma programação prévia. Pautas amarradas. A abrangência do caráter deliberativo das plenárias é intrínseco àquele colegiado. O que não pode é este poder deliberativo das plenárias ser expandido, pois passaríamos por cima do poder dos Conselhos legalmente constituídos.

Algumas sugestões de saída para efetivar uma verdadeira participação comunitária

- refazer a Resolução 333 à luz da legislação e das necessidades de informações das bases;
- refazer o Decreto 5839 DE JULHO DE 2006 com todos seus equívocos, ilegalidades e inconstitucionalidades ;
- batalhar para que o conceito de Controle Social seja cada vez mais substituído pelo de Participação Comunitária o único constitucional e legal que envolve, com muito mais clareza, a ideia da inserção do cidadão através da ação, proposição e controle;
- quebrar, dentro dos conselhos, a visão radicalizada de defesa das mais diversas corporações e transformar esta visão e prática distorcida na visão de promoção e defesa do cidadão;
- quebrar com a transformação real dos conselhos, muitas vezes, em cenário de brigas político-partidárias, para que sejam as arenas de pelejas em defesa da saúde; compreender os contrários, negociar e construir consensos que favoreçam o maior número de pessoas;
- quebrar o princípio ilegal da reserva de 25% dos assentos nos conselhos e conferências para os profissionais e seguir a lei e seu espírito que ao colocar três segmentos contrapondo paridade com os cidadãos usuários, sem distinção entre eles, no mínimo deve ser entendido como a presença de três partes igualmente aquinhoadas (16,7% para cada uma das partes responsáveis pelos 50% outros que se contrapõem aos 50% dos usuários);
- modificar a estrutura, o conteúdo, a forma, os tempos e movimentos, a participação, a tomada de decisões das Conferências de Saúde para que sejam mais representativas da sociedade, mais efetivas nas discussões da política de saúde.

Educação: ferramenta e instrumento para buscar saídas

SAÍDA:

PRIMEIRO: EDUCAÇÃO

SEGUNDO: EDUCAÇÃO

TERCEIRO: EDUCAÇÃO

QUARTO: EDUCAÇÃO

QUINTO: EDUCAÇÃO...

Defendemos que a saída para a saúde passe pela educação de todos os cidadãos brasileiros, em especial, dos envolvidos nos conselhos de saúde de qualquer das esferas e níveis. Entenda-se aqui o coletivo de todos os conselheiros: gestores, profissionais, prestadores, usuários e outros diretamente envolvidos, como a saúde como a mídia, o Ministério Público, o Judiciário. Infelizmente, se reduz muitas vezes o termo conselheiro para se referir aos usuários que são apenas 50% do conjunto. Gestores, profissionais e prestadores devem todos entender o conselho, compreender seu papel dentro dele. Aprender o trabalho conjunto. Viver a negociação positiva para toda a população.

Conclusão

O desafio civilizatório de fazer com que os seres humanos, cidadãos e políticos realmente assumam seu papel plenamente, não é algo pronto, nem dado, mas uma conquista diária.

A saúde tem forte esta missão. É dos setores que mais avançou na criação e ocupação deste novo espaço de cidadania com a participação comunitária. Não se pode perder esta oportunidade e temos que continuar investindo cada vez mais na correção dos distúrbios da participação e conquistando novos marcos de garantia da vida e saúde.

Com bem-estar.

Com felicidade.