

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS

MARIANA BEZERRA CÂMARA

A GESTÃO SUS: UMA ABORDAGEM NORMATIVA E ADMINISTRATIVA DOS
CONSELHOS DE SAÚDE

NATAL - RN

2014

MARIANA BEZERRA CÂMARA

A GESTÃO SUS: Uma abordagem normativa e administrativa dos Conselhos de Saúde

Monografia apresentada ao Curso de Ciências Econômicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito básico necessário à obtenção do título de Bacharel em Economia.

Orientadora: Prof.^a Maria da Luz Góis Campos

NATAL - RN

2014

Catálogo da Publicação na Fonte.
UFRN / Biblioteca Setorial do CCSA

Câmara, Mariana Bezerra.

A gestão SUS: uma abordagem normativa e administrativa dos conselhos de saúde / Mariana Bezerra Câmara. - Natal, RN, 2014.
49 f.

Orientadora: Profa. Ma. Maria da Luz Góis Campos.

Monografia (Graduação em Economia) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Departamento de Economia. Curso de Graduação em Ciências Econômicas.

1. Economia - Monografia. 2. Gestão pública - Monografia. 3. Sistema Único de Saúde - Monografia. 4. Planejamento orçamentário - Monografia. I. Campos, Maria da Luz Góis. II. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. III. Título.

RN/BS/CCSA

CDU 336.14

TERMO DE APROVAÇÃO

A GESTÃO SUS: Uma abordagem normativa e administrativa dos Conselhos de Saúde

MARIANA BEZERRA CÂMARA

PARECER DA BANCA

Monografia submetida à Banca Examinadora do Curso de Ciências Econômicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte sendo requisito para conclusão do Curso de Ciências Econômicas.

Natal, 06 de junho de 2014.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. MARIA DA LUZ GÓIS CAMPOS

Orientadora – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Prof^o ZIVANILSON TEIXEIRA E SILVA

AGRADECIMENTOS

Inicialmente quero agradecer a Deus por sempre me guiar para o lado das realizações e paz, e principalmente por ter colocado em minha vida pessoas tão boas e especiais.

Ao meu pai que sempre me proporcionou o melhor que podia, nunca desistiu e sempre confiou em mim, ele sabia que um dia eu ia poder retribuir todo o esforço que fez por mim, e me ver concluindo o curso e saber o que quero da vida profissional, com certeza é a melhor retribuição que ele podia ter.

À minha mãe que no momento que mais precisei esteve ao meu lado; sempre com uma palavra amiga, um colo para deitar e suas palavras de consolo, você para mim foi fundamental no último ano da faculdade.

Aos meus avós que sempre foram exemplo de pessoas maravilhosas e iluminadas. Minha avó Fefa que durante tantos anos conviveu comigo e me proporcionou o melhor que podia para meu dia-dia e para eu sempre tentar ser uma pessoa melhor.

Aos meus irmãos, Luã, Ana Luiza, Ana Kalline e Yago, meus amores. Ana Kalline, a irmã mais velha se saiu bem no quesito de ser um exemplo para mim. Já os outros, mais novos, espero que um dia possa ver em mim um exemplo a ser seguido.

Lúcia, minha madrastra que sempre me ajudou em qualquer coisa que fosse e escutou muitas vezes meus desabafos, sempre com palavras amigas e um carinho.

Ao meu namorado, Diogo, ele sim sempre me mostrou o exemplo de uma pessoa de fé, quando pensei em desistir, foi ele que me apoiou, foram as palavras dele que me incentivaram e sempre me deu forças.

À minha orientadora querida, Maria da Luz, por ter confiado em mim mesmo no pequeno prazo que tive, na mudança em cima da hora, e aguentou a minha agonia. Você foi essencial para tudo ter dado certo.

Os amigos não posso citar pois são muitos, sejam eles do Colégio, da faculdade, ou os que Deus me presentou no decorrer da vida, todos foram

essenciais para mim, seja no momento em que tiveram paciência quando não pude sair, principalmente no último mês, como os que me acompanham diretamente na faculdade, que estudaram juntos, tiraram dúvida e acabaram sofrendo junto com uma nota baixa.

À todos: MUITO obrigada, não conseguiria sem vocês. Obrigada pela paciência, pelo amor, pela compreensão. Todos realmente moram no meu coração.

RESUMO

Este trabalho tem por objetivo demonstrar e analisar os instrumentos operacionais: normativos e administrativos dos Conselhos de Saúde, à luz do planejamento e orçamento do governo, com ênfase no Plano de Saúde Municipal. Baseado na tese de Mendes (2005) foi elaborado três mapas conceituais (operacionais, normativo e administrativo) que mostra a importância dos Conselhos de Saúde na gestão, no planejamento e no processo orçamentário de saúde. Em termos gerais, evidenciou-se o papel dos Conselhos de Saúde, em função dos instrumentos normativos e administrativos, no planejamento em saúde, como fator gerador da gestão, cuja efetivação se fundamenta nos instrumentos operacionais desses Conselhos e na elaboração das políticas públicas de saúde.

Palavras chaves: Conselhos de saúde; Participação Social; Gestão da saúde;

ABSTRACT

This paper aims to demonstrate and analyze the operational tools: normative and administrative of Health Councils based on government planning and budget, with emphasis on Municipal Health Plan. Based on the thesis Mendes was elaborated three conceptual maps (operating, normative and administrative) showing the importance the Health Councils in management, in planning and in budgeting process health. In general terms, showed the role of Health Counselors based in instruments normatives and administratives in health as generated factor management, whose effectiveness is based in operations instruments these Councils and development of public health policies.

Keywords: Health Councils. Social participation. Health management.

LISTA DE SIGLAS

CAPs – Caixas de Aposentadorias e Pensões

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CONASS – Conselho Nacional dos Secretários de Saúde

IAPs – Instituto de Aposentadoria e Pensões

INAMPs – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias

LOA – Lei Orçamentária Anual

OECD – Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico

OMS – Organização Mundial da Saúde

PPA – Plano Plurianual

SIOPS – Sistema de Informação sobre o Orçamento Público em Saúde

SOF – Secretaria de Orçamento Federal

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 A REFORMA SANITÁRIA.....	14
2.1 Trajetórias da democracia do Estado.....	14
3 CONSTITUÇÃO DE 1988 E O SUS.....	17
3.1 SUS: avanços	18
3.2 SUS: desafios	19
3.2.1 Desafios da Universalidade.....	19
3.2.2 Desafios do financiamento.....	20
3.2.3 Desafios do modelo Institucional.....	22
3.2.4 Desafios da Participação Social.....	22
4 GESTÃO SUS E OS CONSELHOS DE SAÚDE.....	25
4.1 Gestão e Planejamento de saúde.....	25
4.2 Conselhos de Saúde.....	26
5. MODELOS CONCEITUAIS DE GESTÃO EM SAÚDE E DOS CONSELHOS DE SAÚDE.....	30
5.1- MAPA 1: Instrumentos operacionais do Planejamento em Saúde.....	32
5.2- MAPA 2: Instrumentos normativos dos Conselhos de Saúde.....	39
5.3- MAPA 3: Instrumentos administrativos dos Conselhos de Saúde.....	43
CONSIDERAÇÕES GERAIS.....	45
REFERÊNCIAS.....	46

1. INTRODUÇÃO

A descentralização no Brasil difere do processo de descentralização de vários outros países do mundo. Nos países latino-americanos, como por exemplo, no caso da Colômbia, da Venezuela e da Bolívia, a descentralização foi motivada pela crise fiscal existente no Estado centralizado. Já nos países socialistas da Europa Oriental, a China e Cuba também introduziram modificações importantíssimas para ampliar a atuação dos Governos locais no esquema político básico que passou a caracterizá-los. Em muitos países em desenvolvimento se observa uma presença cada vez maior dos Governos locais no sistema como forma de acelerar o processo de desenvolvimento nacional

Segundo Mendes (2005), somente a partir da segunda metade dos anos de 1990, o governo federal passou a introduzir modificações no processo de reforma do SUS. É possível verificar que a descentralização da saúde no Brasil, além de ter origem na expansão da democratização da esfera municipal, é utilizada como instrumento na integralidade do atendimento. A descentralização na área da saúde com base na municipalização, ganha evidencia, trazendo para o conjunto do SUS a utilização da participação da sociedade no setor da saúde, por meio dos Conselhos Municipais de saúde. Isso mostra como resultado do sistema de controle social, através de estratégias e acompanhamento na formulação de políticas públicas, gestão e execução das mesmas. Isso reflete a democracia agindo na forma de Conselhos, os Conselhos de Saúde representam então, a democracia participativa e devem trabalhar de forma unida para descobrir interesses específicos e particulares, agindo para estabelecer melhores condições para a sociedade.

A participação da sociedade civil (3º setor) no setor da saúde é resultado do sistema de controle social, por meio de estratégias e operações de acompanhamento na formulação de políticas públicas, gestão e execução das mesmas de um modo envolvendo não apenas o Estado, mas também, a sociedade civil.

Embora os conselhos de saúde tenham se consolidado bastante no Brasil, ainda existe uma grande distância entre o que o representa do ponto de vista de sua idealização e as condições objetivas de exercer seu papel estratégico. A

falta de recursos, real ou superestimada pelas tendências neoliberais do governo, é um fato concreto na execução das políticas, que se reflete na atuação dos conselhos, que muitas vezes não dispõem das condições mínimas de funcionamento. As dificuldades para que os Conselhos de Saúde exerçam suas atribuições definidas pela legislação, têm sido ressaltadas e debatidas por organizações governamentais, não-governamentais e pelos próprios conselhos.

À luz do estudo realizado por Leite (2011) os resultados a respeito da atuação dos Conselhos Municipais do Estado do Rio Grande do Norte nos municípios estudados, mostra que apesar de toda importância dos Conselhos de Saúde, eles não são devidamente capacitados para exercer com qualidade e precisão suas responsabilidades, fica evidenciado que uma assessoria e avaliação colaboraria para a capacitação e qualificação da atuação dos conselheiros como instância deliberativa da política de saúde.

O objetivo geral do trabalho é demonstrar e analisar os instrumentos operacionais: normativos e administrativo dos Conselhos de Saúde à luz do planejamento e orçamento do governo. Para isso, foram elaborados três mapas conceituais: um mapa de instrumentos operacionais do Planejamento em saúde; um mapa com os instrumentos normativos dos Conselhos de Saúde e um terceiro mapa, com os instrumentos administrativos dos Conselhos de Saúde.

Dessa forma, podemos caracterizar a pesquisa como analítica, já que visa ampliar o conhecimento do pesquisador, através de informações disponíveis, confrontando-a com a realidade encontrada no dia a dia, e descritiva, visto que há a observação, registro e análise de fenômenos sem manipulá-lo, e o relacionando com outros fatores.

No primeiro capítulo, será realizado uma breve revisão da literatura, representada pela Reforma Sanitária, o papel da Constituição de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), explicando seus princípios e suas dificuldades.

No terceiro capítulo, é apresentado a criação do SUS, ressaltando a importância da seguridade social e papel da população, e mostrando sua origem, alguns princípios e programas, assim como enumeração de alguns avanços e desafios.

No quarto capítulo, entramos na gestão SUS e seu planejamento, no mesmo capítulo, definimos a caracterização dos Conselhos, demonstrando suas funções e atuações.

No último capítulo, temos a demonstração dos mapas conceituais elaborados que visa mostrar a interação dos Conselhos de saúde com todo o sistema de Saúde desde a Constituição de 1988, através do mapa metodológico; um mapa normativo, mostrando as normas legais que envolve a elaboração da Gestão e por fim, um mapa administrativo com as interações dos Conselhos e o sistema.

2. A Reforma Sanitária

O sistema de saúde apresenta vários problemas relacionados à política ocorrida em cada momento específico no país; para chegarmos ao SUS atual, faremos um pequeno desenvolvimento histórico, analisando as trajetórias de democratização do Estado através da reforma sanitária.

2.1 Trajetórias da democratização do Estado e a Reforma Sanitária

Na segunda metade do século XIX, a Europa passava por uma crescente industrialização e urbanização, houve um aumento no número de fábricas o que provocou uma aglomeração humana em busca de melhores condições de sobrevivência e emprego. A população foi reduzindo suas condições de vida, houve um aumento no número de epidemias que originaram maior pressão social da massa operária urbana sobre o estado, este cenário exige a intervenção estatal na sociedade no que se refere à questão de saúde.

No Brasil, até o início do século XX os cuidados necessários para as doenças eram realizados através de instituições de caridade que eram sustentadas por doações, pela igreja e por médicos que apenas atendiam quem podia pagar. O estado não desempenhava função alguma.

Em 1923, a Lei Elói Chaves representou o surgimento de uma assistência financiada por empresas e empregados, por meio da Previdência Social Brasileira, com a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) que foi uma resposta das reivindicações operárias do início do século, para os empregados das empresas ferroviárias. Logo após a promulgação desta lei, outras empresas foram beneficiadas e seus empregados também passaram a ser segurados da Previdência Social, essa foi a grande resposta do empresariado e do Estado à crescente importância da questão social.

As CAPs eram organizadas pelos empresários, porém nem sempre atingiam um número de segurados necessário com capacidade de contribuição suficiente para permitir e garantir o pagamento dos benefícios em longo prazo. As arrecadações recolhidas tinham como finalidade o pagamento das aposentadorias, pensões dos dependentes dos trabalhadores e redução do valor dos medicamentos. Em 1932, as CAPs foram transformadas em Institutos de

Aposentadorias e Pensões (IAPs), e passando então a receber contribuições dos empregados, da empresa e do Estado.

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) foi instituído pela lei nº 378, em Janeiro de 1937 com o objetivo de assessorar o Ministério da Educação e a Saúde Pública. Da sua instituição até mais de cinco décadas depois, o Conselho não obteve atuação direta. E composto por conselheiros de perfil técnico ou autoridades, indicados pelo ministro da área, com a finalidade de debater questões internas do Departamento Nacional de Saúde (DNS).

Na década de 1970, a crise no modelo de financiamento médico atinge o mundo, ocasionada pela inflação médica gerada pelos próprios profissionais, o governo da época era o de Médici. A Assistência voltada para “medicina curativa” era caracterizada por uma compra de serviços privados. O CNS passa a ter atribuições mais específicas, garantindo melhor estrutura para o cumprimento de atividades. No final dessa década, com o desgaste da ditadura militar, os movimentos contrários ao regime ganham força; a participação da sociedade nas decisões acerca da saúde começa a ser cogitada.

Em 1977 foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), para atender aos segurados do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). No início atendia apenas 30% dos segurados, só quando a assistência médica foi terceirizada – convênios com serviços privados e filantrópicos, foi que proporcionou uma maior cobertura para a população. Agora todos os trabalhadores urbanos formais podiam se inserir, assim como uma parte dos trabalhadores rurais.

Até então quem precisasse de assistência médica deveria pagar por ela, ou era atendido em instituições filantrópicas. Quanto às ações públicas de saúde e às ações preventivas, eram de acesso universal. De modo geral, representava um modelo inadequado de saúde comparado às necessidades reais da população.

O final da década de 1980 no Brasil foi marcado por movimentos sociais pela redemocratização do país e pela melhoria das condições de saúde da população. O marco do movimento da Reforma Sanitária, foi a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986. Esse foi um dos principais momentos da luta pela

universalização e na transformação dos serviços de saúde no Brasil. A conferência contou com a participação de diferentes atores sociais: acadêmicos, profissionais de saúde, sindicatos e até pessoas que não eram diretamente vinculadas à saúde. Representou uma ruptura com a história anterior das políticas sociais brasileiras, ao garantir o acesso à saúde como direito social universal.

Os temas de debate da VIII Conferência de saúde, giraram em torno da universalização do acesso; da concepção de saúde como direito social e dever do estado. A reestruturação do setor pela estratégia do Sistema Unificado de Saúde; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal; democratização do poder local pela determinação de novos mecanismos de gestão.

Os temas de debate que se transformaram em propostas, assim como outras, foram defendidas na Assembleia Constituinte criada em 1987. O relatório final da Conferência colocou três grandes referenciais para a reforma sanitária: a) um conceito amplo de saúde; b) a saúde como direito da cidadania e dever do Estado; c) a instituição de um Sistema único de saúde, organizado pelos princípios da universalidade, da integralidade, da descentralização e da participação da comunidade. A nova Constituição Brasileira, promulgada em 1988, veio em resposta às pressões da sociedade. A partir daí, a defesa da saúde como questão social trouxe vários avanços para o setor, como a formulação do Sistema Único de Saúde e a participação direta de diversos autores na elaboração e fiscalização de políticas públicas voltadas para a área.

3 CONSTITUIÇÃO DE 1988 E O SUS

O SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988, teve origem em movimentos políticos e sanitários surgidos na década de 70 e vem se recriando, permanentemente, por meio de reformas incrementais, acordadas pelos três entes federativos, representados pelo Ministério da Saúde e pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde.

O ambiente constitucional na época da criação do SUS, era de forte rejeição à centralização imposta pelo regime militar, isso então associou a centralização com democratização e ampliaram-se os direitos sociais da cidadania, integrando-se sob o conceito de seguridade social, a proteção de direitos individuais à proteção de direitos coletivos.

A seguridade social foi definida na Constituição Federal:

Conjunto integrado de ações de iniciativas dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. (BRASIL, 1988).

Portanto, podemos denominar a seguridade social como um conjunto de ações e instrumentos em busca de uma sociedade livre, justa e solidária, com o objetivo de diminuir a pobreza e marginalização e reduzir as desigualdades sociais, promovendo o bem de todos.

Em 1988, a nova Constituição universalizou o direito à saúde. O Estado não tinha apenas a obrigação de regulamentar, fiscalizar e planejar as ações e serviços de saúde, mas também de prestar os serviços que se revelassem necessários. As ações e serviços de saúde financiados pelo poder público passaram, então, a integrar um sistema único, regionalizado, hierarquizado e organizado segundo algumas diretrizes: atendimento universal e integral.

O SUS deve:

- Atender a todos, de acordo com as suas necessidades, independente de pagamento;

- Atuar de maneira integral, com as ações de saúde voltadas para o indivíduo e para a comunidade, com ações de promoção, prevenção e tratamento;
- Ser descentralizado, com o poder de decisão pertencendo aos responsáveis pela execução das ações;
- Ser racional, devendo se organizar de maneira que seja oferecidos ações e serviços de acordo com as necessidades da população, ser planejado para suas populações;
- Ser eficiente e eficaz;
- Ser democrático, assegurando o direito de participação de todos os segmentos envolvidos com o sistema: dirigentes institucionais, prestadores de serviços, trabalhadores de saúde e usuários dos serviços. Os Conselhos de Saúde devem exercer o controle social no SUS, com participação igual entre os usuários e os demais, com o poder de decisão.

3.1 SUS: avanços

De acordo com a publicação “SUS: avanços e desafios” elaborado pelo Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS), o SUS organiza-se por meio de uma rede diversificada de serviços que envolve cerca de 6 mil hospitais, com mais de 440 mil leitos contratados e 63 mil unidades ambulatoriais.

Os números anuais da produção de serviços de saúde giram em torno de 12 milhões de internações hospitalares, mais de 1 bilhão de procedimentos em atenção primária à saúde, 150 milhões de consultas médicas, 2 milhões de partos, 300 milhões de exames laboratoriais, 1 milhão de tomografias computadorizadas, 9 milhões de exames de ultrassonografia, 140 milhões de doses de vacina, mais de 15 mil transplantes de órgãos, entre outros. Esses resultados positivos, implicam na reafirmação dos compromissos do SUS com seus princípios institucionais.

3.2 SUS: desafios

O SUS com pouco mais de uma década e meia de existência, apresenta uma enorme relevância e apresenta grandes resultados para a população, apesar dos avanços representado por ele, os problemas existentes persistem em evitar sua consolidação como um sistema universal e de qualidade para toda a população brasileira.

É necessário a superação de alguns desafios, dentre eles:

- Desafio da universalização;
- Desafio do financiamento;
- Desafio do modelo institucional;
- Desafio da participação social.

3.2.1 Desafios da Universalidade

CONASS (2003), afirma que o real conhecimento da população acerca do SUS é em geral é muito pequeno. Uma pesquisa de opinião feita nesse mesmo ano, mostra que apenas 35% dos brasileiros sabem explicar com exatidão o significado do SUS. O sentimento difuso construído na sociedade constrói a ideia de que os recursos públicos são muito mal gastos na saúde, sem a contrapartida de uma informação mais clara que possa expressar o muito que tem sido possível fazer com pouco recurso. Com essas ideias e sem informações sobre o que se pode fazer com pouco recurso, os usuários não exclusivos (que não utilizam do serviço do SUS) acabam formando a ideia de um SUS fracassado e acaba influenciando a opinião pública.

O grande desafio existente se encontra no princípio da Universalidade do SUS, tão exigido e suado pela reforma sanitária, citado no início da pesquisa. Porém, a grande questão é que não parece possível construir um sistema de saúde universal, não da forma que foi instituída constitucionalmente. Os sistemas públicos universais caracterizam-se por ofertar a todos os cidadãos, independentemente de diferenças de gênero, idade, renda ou risco, com financiamento público, uma carteira de serviços bastante ampla. Já os sistemas segmentados caracterizam-se pelas dificuldades de se fazer possível o

atendimento universal na sociedade, o que acaba consolidando uma parte da população um sistema segmentado.

No Brasil, a construção social do sistema público de saúde vem sendo feita de forma a distanciar o SUS real, segmentado, do SUS constitucional, universal.

A garantia de um SUS universal deve atender a dois aspectos: o sistema de valores da sociedade sobre os quais se estruturará o desenvolvimento brasileiro, e o volume e a composição dos gastos em saúde.

A razão que gira em torno dos sistemas segmentados e de acordo com o senso comum, ao se instituírem sistemas especiais para os que podem pagar, sobraria mais recurso público para o atendimento aos pobres.

De acordo com o CONASS (2003), a região com maior porcentagem de usuários exclusivo do SUS é o sul com 33%. Já a região que menos tem acesso exclusivo ao serviço do SUS é a região Norte com 3,4% da sua população que utilizam desse serviço. Em nível de Brasil, 28,6% são usuários exclusivos do SUS; 61,5% são usuários não exclusivos, ou seja, são usuários também do sistema privado, e apenas 8,7% são não-usuários do SUS, sendo exclusivamente do sistema privado. Com relação com outros países, como os sociais-democratas europeus, fica evidente a implantação de um sistema público universal.

3.2.2 Desafios do financiamento

O aspecto mais comum inserido no financiamento da saúde se trata da insuficiência dos recursos financeiros. O desafio do financiamento deve ser combatido tanto na quantidade, como na qualidade dos gastos.

As forças expansivas para se pôr em prática o financiamento em saúde e os problemas estruturais existentes na prática de mecanismos de financiamento em saúde, exigem um maior gasto. A crescente transição demográfica da

população em favor de sua longevidade, refletem também nos gastos em saúde. As doenças crônicas também representam gastos superiores.

Um estudo prospectivo realizado pelo PricewaterhouseCoopers Health Institute (2006), relacionado aos gastos em saúde indica que, entre 2002 e 2020, os gastos nos países da OECD¹, crescerão de 2,7 trilhões que significa 8,5% do PIB desses Países, para 10 trilhões, 16% do PIB. Nos EUA as projeções são de gastos superiores a 20% do PIB americano em 2020.

Nesse sentido e de acordo com a Organização Mundial da Saúde (2006), em um estudo sobre os gastos em saúde de 2003, é mostrado que em termos internacionais, o Brasil gasta pouco em saúde, cerca de 7,6% do PIB, superando Chile, Costa Rica e México, mas ficando atrás da Argentina que gasta cerca de 8,9 % do PIB em saúde, e dos países desenvolvidos da OECD, que chegam a gastar 12,2% do PIB, como é o caso dos Estados Unidos. Os gastos per capita com saúde do Brasil estão bem abaixo aos dos países desenvolvidos. Os gastos públicos per capita brasileiro são de apenas 96 dólares anuais, frente a 300 dólares da Argentina, 137 dólares do Chile, 240 dólares da Costa Rica e 172 dólares do México.

Ainda de acordo com a OMS, o período de 1999 a 2003 apresentou uma tendência declinante nos gastos per capita em saúde no Brasil. Em 1999 o gasto per capita era de cerca de 243 US\$, apresentando um pequeno aumento no ano 2000 de 268 US\$, e nos anos seguintes declinou, chegando a 199 US\$ em 2003 e 212 US\$ em 2003. Um melhor incremento dos gastos públicos em Saúde pode ser alcançado através do crescimento econômico sustentado, e/ou pelo aumento da participação relativa da Saúde nos gastos públicos.

Com o quadro apresentado acima podemos enfatizar que o gasto com saúde no Brasil ainda trata-se de um desafio. Nesse contexto podemos afirmar que considerando o art. 198 da Constituição Federal, o SUS deve ser financiado com recursos dos orçamentos da Seguridade Social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios. Porém, os valores servem mais como teto

¹ Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) – é uma organização internacional dos países desenvolvidos com os princípios da democracia representativa e da economia de livre mercado com sede em Paris.

orçamentário do que para a realização da despesa real. O problema que existe no financiamento começou a se agravar na medida em que os recursos da seguridade deixaram de ser a principal fonte do financiamento público da saúde. Então, em busca de uma estabilidade no financiamento, foi adotada como medida a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), em 1996, e a Emenda Constitucional nº 29 que garantiu percentuais mínimos de aplicação em ações e serviços públicos de saúde e extinto em 1998 (Teixeira e Silva, p. 73).

3.2.3 Desafios do modelo institucional

Os desafios a superar no plano institucional se devem às características singulares da federação brasileira, à crise do federalismo fiscal e às suas repercussões na saúde, além do modelo descentralizador adotado na saúde, caracterizado pelo federalismo.

Em relação às políticas públicas de saúde, as relações federativas estão condicionadas pelas características históricas e institucionais do setor, pelo arranjo federativo da nação, e pela conformação do Sistema Nacional de Saúde.

Segundo (Abrúcio, 2002) o problema existente no federalismo cooperativo, como no Brasil, é que os países com tradição centralizadora, a cooperação acaba sendo resultado de uma linha hierárquica que enfraquece a autonomia dos governos subnacionais.

Leite (2007) afirma que o Brasil apresenta semelhança com outros países na adoção da descentralização e assume feições cada vez mais fortes do federalismo americano. Porém o grau de desigualdade dos municípios e estados brasileiros e o grande desequilíbrio orçamentário comprometem os princípios constitucionais e institucionais.

3.2.4 Desafios da participação social.

Segundo Carvalho (2007), a participação da comunidade na saúde, preceito constitucional, precisa ser proposta, estimulada e garantida por todos

nós cidadãos. Ela é um direito do cidadão pleno, portador de direitos. É extremamente necessário cultivá-la nas questões que dizem respeito ao direito à vida e à saúde.

A cidadania e participação da comunidade estão presentes significativamente na Constituição Federal determinados no campo de saúde.

A participação da comunidade na saúde aparece em vários pontos da CF dentre eles, no Art. 194 e no Art. 198:

Art. 194 - Parágrafo único - Compete ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos: I- universalidade da cobertura e do atendimento; II- uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais [...] VII – caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados. (BRASIL. 1988).

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:

- I- Descentralização, com direção única em cada esfera do governo;
- II- Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III- Participação da comunidade; (BRASIL. 1988)

Ainda de acordo com Carvalho (2007) e diante dessas abordagens constitucionais e legais, é necessário destacar esta diretriz como uma de suas prioridades. Deve-se assumir e garantir o conceito pleno de participação comunitária que é o termo legal e central e dessa participação decorre uma das funções que é o controle social. A participação da comunidade se dá individualmente na relação dos cidadãos com o SUS, em suas ações e serviços e, coletivamente, através de ações de proposição e controle dentro do Conselho e da Conferência de Saúde.

Segundo esse mesmo autor, no Brasil existem cerca de 5.600 conselhos de saúde, tendo entre 100 e 150 mil pessoas envolvidas, apesar de não ter como garantir o uso da paridade correta nem o desempenho de suas funções.

Existem vários problemas que impedem a intervenção da comunidade e o mal funcionamento do Conselho, dentre eles:

- Confusão do papel da participação da comunidade enfocando exclusivamente o controle e perdendo de vista a ação propositiva;
- A representação errada dos vários segmentos legais;
- Cidadão visto apenas como objeto e não sujeito ativo e participante da ação de saúde.
- 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;
- Não prestação de contas pelo gestor nem ao Conselho, nem em audiência pública trimestral nas Assembleias Legislativas e nas Câmaras Municipais;
- Dificuldades para o cidadão acessar informações rotineiras de seu interesse individual e coletivo relativas ao direito à saúde.
- Conselhos e conferências de Saúde não desempenhando suas funções fundamentais.
- Conferências de saúde com pouca objetividade, mal formatada, mal executada, e, com baixo resultado real, dando falsa impressão de democracia e participação.

Nos próximos capítulos vamos analisar a importância da participação da comunidade nas políticas de saúde, o papel desempenhado pelos conselheiros de saúde dentro de suas funções nos Conselhos de saúde e as conferências de saúde.

4 A GESTÃO SUS E OS CONSELHOS DE SAÚDE

4.1 Gestão e Planejamento de saúde

A importância de se discutir planejamento para viabilização dos processos de gestão, é porque as instituições públicas de saúde carecem de instrumentos capazes de gerar processos de mudanças, como: falta de capacitação dos gerentes e gestores; administração leiga dos processos de gestão e predominância de elementos de administração clássica.

No primeiro ano de gestão dos municípios, a gestão deve:

- Elaborar a Lei de Diretrizes Orçamentárias;
- Conhecer e avaliar os compromissos firmados no Termo de Compromisso de Gestão Municipal do Pacto pela Saúde;
- Elaborar o Relatório Anual de Gestão com base no plano municipal da gestão anterior, e apresentá-lo para apreciação e deliberação pelo CMS;
- Elaborar o Plano Plurianual (PPA);
- Elaborar a Lei Orçamentária Anual (LOA);

O planejamento é uma tecnologia de gestão para articular mudanças e aprimorar o desempenho dos sistemas de saúde. Planejar, nesse sentido, quer dizer, definir prioridades, mobilizar recursos e esforços em busca dos objetivos estabelecidos, dentro de uma lógica na orientação dos processos do Sistema de Saúde.

O Sistema de Planejamento do SUS foi regulamentado pela Portaria MS/GM 3.085 de 01/09/2006. A Portaria MS/GM 3.332 de 28/12/2006 aprovou orientações gerais acerca de seus instrumentos básicos e, mais recentemente, a Portaria MS/GM 3.176, de 24/12/2008 aprovou orientações acerca da elaboração, aplicação e fluxo do Relatório Anual de Gestão (RAG). O RAG deve estar alinhado ao Plano de Saúde, realimentando o processo de planejamento e apontando eventuais ajustes que se fizerem necessários e orientado a elaboração das Programações Anuais subsequentes.

O pacto pela saúde prevê a constituição de um sistema de planejamento do SUS e tem como uma de suas diretrizes o planejamento no âmbito do SUS.

De acordo com o Pacto de Gestão, é de responsabilidade da esfera municipal de planejamento: formular, implementar e avaliar o processo de planejamento participativo e integrado, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo o Plano de saúde e submetendo-o à aprovação do Conselho Municipal de Saúde; elaborar relatórios de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Municipal de Saúde.

O plano de Saúde tem o objetivo de articular/integrar seus planos com o PPA e conseqüentemente com o orçamento municipal.

“O plano de Saúde Municipal é o instrumento que apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, os quais são expressos em objetivos, diretrizes e metas” (PLANEJASUS, 2008).

A elaboração do plano deve ser feita de forma participativa, tomando como subsídio privilegiado as proposições apresentadas nas Conferências de Saúde. Cabe ao Conselho de Saúde aprová-lo.

4.2 Conselhos de Saúde

É um órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários. Têm caráter deliberativo e fiscalizador, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros e estão distribuídos nas três esferas de governo: União, Estado e Município.

No âmbito da União, encontram-se os Conselhos Nacionais de Saúde; no Estado, os Conselhos Estaduais de saúde e nos municípios, os Conselhos Municipais de saúde. Todos esses conselhos são constituídos e formalizados através de Leis originadas do Poder Executivo. De acordo com o Conselho de Saúde (2006), as três esferas governamentais devem oferecer todas as condições necessárias para que o processo de controle social ocorra, e assim, garantir o pleno funcionamento dos Conselhos de Saúde.

O conjunto de função do Conselho de Saúde é instrumento de legitimidade do SUS e representa uma forma de pensar e de contribuir para implementar as políticas de saúde por que expressa convivência e a busca de

diferentes pontos de vista. Os Conselhos devem escolher e indicar as prioridades que devem comandar cada período do governo, representando a democracia.

Dessa forma, o Conselheiro precisa conhecer bem o funcionamento do SUS de seu município, assim como as condições desfavoráveis de sua cidade e estabelecer escala de prioridades pelos quais eles e as comunidades lutarão para que se tornem políticas efetivas. Com isso, é de obrigação dos Conselheiros através do Controle Social, identificar problemas, apresentar propostas de soluções, fiscalizar ações e despesas, e cobrar providências.

Segundo Correia (2000), o controle social sobre os recursos públicos de saúde é um desafio para os conselheiros devido à grande dificuldade em efetivá-lo, principalmente pelo fato da dificuldade existente na interpretação dos instrumentos de prestação de conta.

Os conselhos devem ser compostos por pessoas de diferentes posições e propostas. Os conselheiros negociam soluções, discutem problemas e buscam acordos uns com os outros para melhor resolver os problemas. Devem ser formados por:

50% Usuário do SUS

25% trabalhadores de saúde

25% prestadores de serviço (público/privado)

Os conselheiros são responsáveis por várias ações, dentre elas: conhecer sua comunidade, saber como vivem; conhecer as doenças principais que atingem sua população, suas causas e como evitá-las; conhecer as doenças provenientes do meio ambiente e das condições precárias de vida e do trabalho; assim como as mortes com causa externas: homicídios, acidentes, etc.

A organização e funcionamento dos Conselhos devem está especificado no seu Regimento Interno, que são elaborados pelos conselheiros e aprovado em reunião plenária do Conselho. Dentre as principais questões previstas no Regimento Interno, estão:

- Periodicidade das reuniões
- Comissões Permanentes

- Local de funcionamento do Conselho
- Dotação orçamentária
- Equipe Técnica
- Coordenação do Conselho, etc.

Os conselheiros de saúde têm que estar bem informados, dispostos a discussões e polêmicas, assim como disponível para participações fora das reuniões ordinárias e outras atividades imprescindíveis.

Dentro dos conselhos não podem deixar de existir os usuários (representados por trabalhadores, empregados e aposentados), o governo, os prestadores de serviços e os trabalhadores e profissionais da saúde. Os membros do Conselho devem atuar defendendo o coletivo e não uma corporação específica. A participação no Conselho deve ser de relevância pública.

O Conselheiro precisa conhecer bem o funcionamento do SUS de seu município. É necessário conhecer as condições desfavoráveis de sua cidade e estabelecer escala de prioridades pelos quais os Conselheiros e as comunidades lutarão para que se tornem políticas efetivas. Com isso, é de obrigação dos Conselheiros identificar problemas, apresentar propostas de soluções, fiscalizar ações e despesas, e cobrar providências, tudo isso para realizar o Controle Social.

Outra forma democrática da população poder chegar aos Conselhos é através de denúncias, a população pode denunciar alguma ação ou fato existente aos Conselheiros que tem a obrigação de encaminhá-las ao Conselho para discussão e deliberação. O Presidente do Conselho decide se dá ciência a denúncia aos órgãos competentes. No caso de não passar, os Conselheiros devem incluir a denúncia na pauta da plenária. Os conselhos não devem encaminhar individualmente demandas aos serviços de saúde, isso porque pode ser visto como atitude clientelista², então quando a decisão do Conselho for desrespeitada pelo governo, cabe à apelação às instâncias com o Conselho Estadual de Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Ministério Público, Poder

² Agem de forma a privilegiar interesses partidários ou ambições políticas pessoais do próprio Conselheiro.

Legislativo, Poder Judiciário e órgãos de defesa do consumidor, ou até mesmo a apelação para a imprensa.

Carvalho (2007) afirma que os Conselhos de Saúde não precisam de mais normas, leis e afins, mas sim de uma política que envolva diretamente as questões de informação e comunicação em massa. Existe uma grande falha na comunicação entre os conselhos e a população.

5. Modelos Conceituais da Gestão em saúde e dos Conselhos de Saúde

Mendes (2005) analisa o processo de descentralização da saúde em que os municípios foram levados à condição de gestores do Sistema Único de Saúde e passou a executar todas as ações e serviço de saúde em seu território. Então, ele avalia o tipo de gestão do SUS.

Ainda segundo Mendes (2005), em muitos municípios do nosso País, os conselhos já se constituem um importante mecanismo do processo de gestão da política de saúde, sem esquecer que a implantação dos conselhos é uma exigência formal do processo de habilitação da gestão do SUS.

Algumas críticas sobre os Conselhos são expostas, principalmente pelo fato de seu papel não ser reconhecido nem levado a sério, haja vista a persistência da fragmentação e da competição e o crescimento das alternativas de mercado para o atendimento dos grupos com poder de barganha

Alguns casos relatados, mostram a falta de critérios dos Conselhos de Saúde para contratação de pessoas para o cargo de conselheiro. Segundo CONASS (2002) a falta de comprometimento acontece, pois a preocupação é apenas no fato de precisarem de gente para cumprir com a obrigação e poder receber a verba do governo federal. Não há treinamento para os conselheiros e nem interesse do próprio Conselho em tornar as pessoas mais aptas para esse tipo de prática. Se não há conhecimento, os conselheiros não possuem capacidade de identificar, fiscalizar nem cobrar soluções para os problemas que a população encontra. Sem falar de muitas outras realidades desconhecidas e absurdas que existem no nosso país.

Alguns depoimentos encontrados na literatura, nos mostram algumas realidades dentro dos Conselhos de Saúde. Encontramos caso em que os conselheiros não sabem o que é a agenda de saúde nem muito menos como elaborar uma. Em outros casos temos pessoas que afirmam que os conselhos não se reúnem todos os meses e que os prazos existentes nas Secretarias nem sempre são atendidos. A falta de conhecimento, a falta de capacidade de interpretar orçamentos, e a desqualificação do papel de conselheiro para o cargo é demonstrado no seguinte depoimento: “O orçamento, aqui, até chega no Conselho, mas eles mandam com uma semana para devolver para a Câmara de

Vereadores. O orçamento é cheio daqueles códigos. É muito difícil decodificar toda aquela parte. A gente não tem o auxílio individual de qualquer técnico que possa fazer isso. Eles mandam uma planilha de cálculo, só em códigos, você é que tem que se virar para entender[...] (Guia do Conselheiro, 2002. p.84)”.

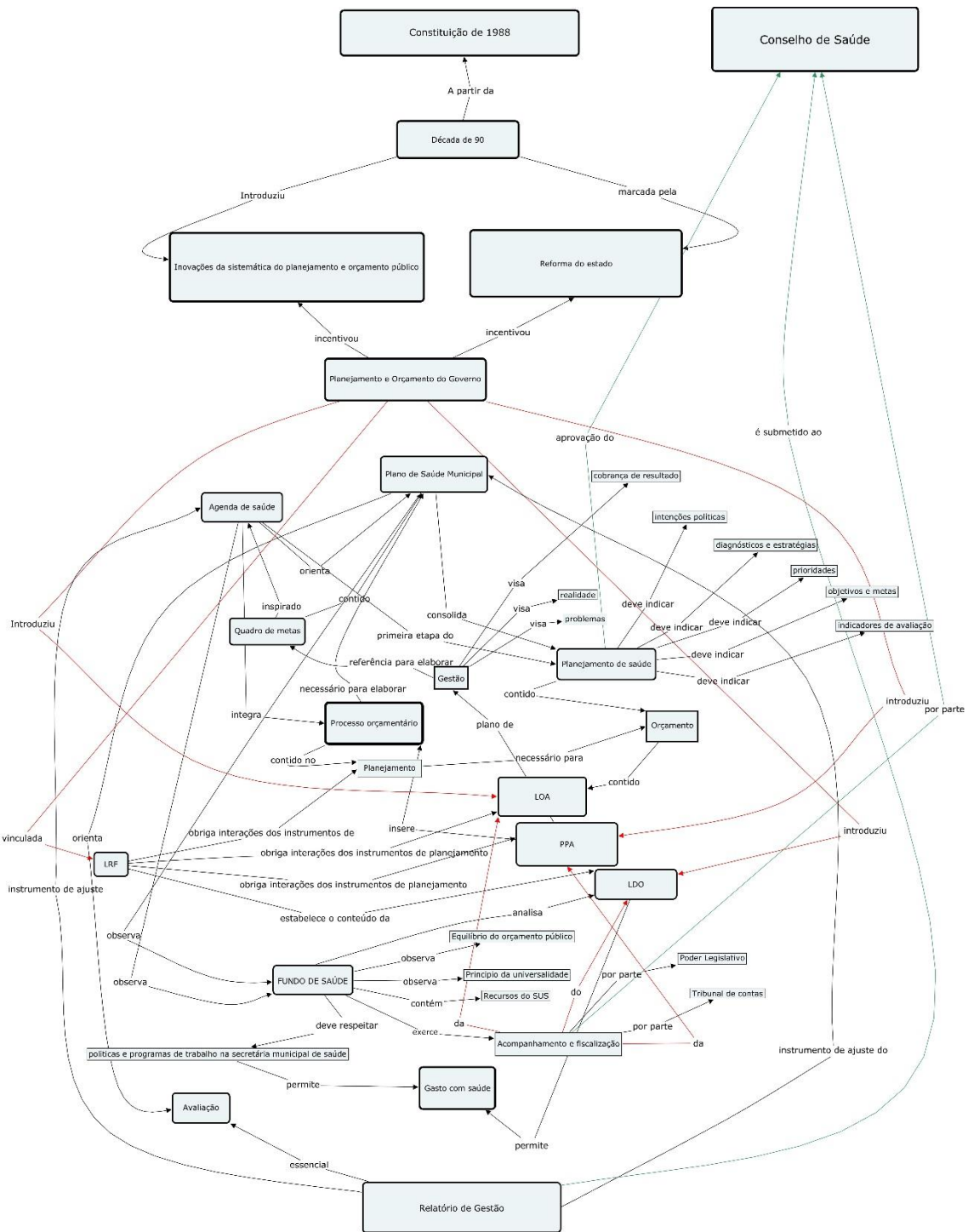
Então, esses fatos só demonstram a real situação e falta de informação que existe acerca dos conselhos. E fica claro que em muitos municípios há o total desconhecimento.

É nesse sentido que o presente estudo da elaboração dos mapas que servem como ponto de apoio para o conhecimento e entendimento dos processos de ação dos Conselhos. O intuito desses mapas é o de demonstrar a importância dos Conselhos no processo de planejamento em saúde como instrumento de Gestão.

Para tanto, tomando como referência o trabalho de Mendes (2005), foi possível elaborar três mapas conceituais que demonstram a interação que ocorre dentro da Gestão do SUS e a participação dos Conselhos de Saúde.

A seguir apresentaremos o mapa conceitual que apresenta os processos metodológicos do Plano de Saúde Municipal e sua interação com a Gestão, com o processo orçamentário e com os Conselhos de Saúde, ressaltando-se a visão cronológica dos marcos institucionais.

5.1 Mapa 1: Instrumentos operacionais do Planejamento em Saúde



Fonte: Elaboração própria

O mapa conceitual dos instrumentos operacionais é composto por toda a base responsável pela Gestão pública na área de Saúde, iniciando com a Constituição de 1988 e a partir daí entrelaçando os principais instrumentos e eventos que juntos integram toda a estrutura da Saúde.

Se seguirmos o início do mapa, veremos a Constituição no topo da estrutura, a grande responsável por instituir os instrumentos de planejamento de todo o processo orçamentário do Brasil, sendo eles: o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA). Para um melhor planejamento e resultado, são elaborados programas e ações com base nos problemas e nas demandas da sociedade que são identificados na fase inicial do planejamento.

O PPA é elaborado no primeiro ano de gestão dos governos, organiza as ações em programas, projetos e atividades de acordo com suas especificidades, ele deve ser um instrumento de gestão que visa cobrança de resultados e realidade problematizada. E é responsável por orientar a elaboração das LDO que são anuais, então, cada LDO orienta a elaboração de uma LOA, sendo precedidos do Plano do Governo.

Algumas alterações na legislação foram feitas para garantir que o processo de orçamento e planejamento não fosse conduzido apenas de maneira formal, como a portaria nº 42; 14/02/1999- Secretária de Orçamento e Finanças (SOF) do ministério do planejamento, orçamento e gestão e Lei de Responsabilidade Fiscal nº 101/2000 (LRF), a lei estabelece o conteúdo da LDO e determina que deve existir compatibilidade entre os três instrumentos de planejamento: PPA, LDO e LOA. As modificações impostas contribuíram para o aprimoramento do processo orçamentário, o que faz o planejamento essencial para determinar prioridades de recursos, tanto no caso das receitas como nas despesas.

A importância da elaboração do processo orçamentário, por parte dos governos municipais de saúde é a análise da realidade local, levando em conta realmente o que se é necessário, antes os instrumentos orçamentários eram elaborados de forma geral, de modo a não responder a necessidade local. O

SUS adota um conceito normativo de gestão: Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB SUS 01/96), como forma de se contrapor à forma existente de planejamento e processo orçamentário e consolida a responsabilidade do poder público municipal sobre as ações e os serviços de saúde assim como o de melhorar a organização do sistema.

O planejamento em saúde é o processo pelo qual as Secretarias de Saúde e seus Conselhos definam as ações que serão transformadas em políticas de saúde no período daquela gestão.

Na área de Planejamento, a primeira função da gestão orçamentária, é o de elaborar diagnósticos para identificar problemas e programas de solução e maximização da potencialidade. Os programas de saúde devem apresentar uma forma de expressão da política de saúde, contendo: objetivos, metas e indicadores.

Duas novas portarias surgem para auxiliar a construção desses instrumentos orçamentários: Portaria nº 483, de 6 de Abril de 2001 – Recursos estaduais e municipais destinados ao SUS, e também às ações e os serviços assistenciais de saúde, devem ser explicitados e seus valores apresentados segundo a abertura programática definida na Portaria nº 42 do Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão. A outra portaria, de nº 548, de 12 de Abril de 2001, estabelece que o orçamento do Fundo de Saúde deve respeitar políticas e os programas de trabalho das secretárias de Saúde, observando a Agenda de Saúde e o Plano de Saúde, elaborados e aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde. As portarias estabelecem que o orçamento do Fundo de Saúde deve respeitar as políticas e os programas de trabalho das secretárias de saúde.

A agenda de saúde expõe ações prioritárias de intervenção e baliza seus programas, objetivos e metas. Possui elaboração anual. Sua importância não é apenas de caráter legal e nem relacionado a hierarquias. Na formulação da Agenda de Saúde Estadual e Municipal observam-se as prioridades que já se encontravam preestabelecidas em Portaria do Ministério da Saúde. A Agenda é adaptada à realidade de cada Estado, e com o auxílio do Conselho Estadual de Saúde, define as prioridades; é através da agenda que os Conselhos Municipais

de Saúde e as Secretárias Municipais de Saúde se baseiam para escolher ações de interesse do município para serem realizadas.

A agenda Nacional é uma referência a ser utilizada por Estados e Municípios, de acordo com as prioridades definidas, os eixos da gestão e as condições para a operacionalização destes. Nela levam-se em conta problemas nacionais e estaduais e é de total importância a participação dos Conselheiros, pois eles conhecem melhor os problemas da população, podendo definir com mais exatidão as prioridades abordadas.

Na prática existem muitas dificuldades, a elaboração da Agenda e em muitos casos, alguns Conselhos fazem com que nem exista a elaboração da Agenda e ela chegue já direto em forma de “Planos de saúde” para se encaixar, nesses casos a elaboração da Agenda que seria a primeira etapa do Planejamento, não é realizada. O papel dos Conselheiros é exatamente facilitar a participação popular no Planejamento e evitar que aconteça esse tipo de problema.

O Plano de saúde consolida o processo de planejamento em saúde e indica as intenções políticas, os diagnósticos, as estratégias e as prioridades. Deve ser apresentado no início de Gestão de cada Prefeito, Governador e Presidente da República; sendo revisto a cada ano em função de novas metas de gestão e adequação de políticas de saúde – A Lei Orgânica do SUS nº 8.080/90, estabelece que o Plano de Saúde é a base da programação de cada nível de direção do SUS e seu financiamento deve ser previsto na respectiva proposta orçamentária.

O Quadro de Metas é a principal referência para a elaboração da Gestão, ele é inspirado na Agenda de Saúde e deve estar contido no Plano de Saúde. Tanto a Agenda de saúde como o Plano de Saúde devem ser submetidos e aprovados pelos Conselhos de Saúde.

O Fundo de Saúde é um mecanismo de gestão financeira de recursos, ligado às secretárias de Saúde e exerce funções de execução orçamentária, acompanhamento e fiscalização de programas e projetos, para garantir o

controle dos recursos aplicados na área de saúde e suas metas, assim como prazos e resultados.

A gestão financeira é definida nas portarias do Ministério da Saúde, pela NOB 93 e 96, e nas Normas Operacionais da Assistência à Saúde – NOAS- nºs 01/2001 e 01/2002. Essas normas obrigam a existência do Fundo de Saúde para que os municípios se habilitem ao SUS e recebam recursos provenientes do Ministério da Saúde para financiamento de suas ações e seus serviços de saúde. A existência do Decreto Federal nº 1.232, de 30 de Agosto de 1994, evidencia as condições e formas de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde municipais. A emenda Constitucional nº 29 exige que todos os recursos transferidos e próprios devem estar presentes no Fundo de Saúde, assim como as despesas para poderem ser realizadas. Enfim, se observa que a gestão financeira na área da saúde apresenta inúmeros métodos legais para serem melhor administrados e mais eficientes.

O orçamento do Fundo de Saúde deve apresentar o acompanhamento de suas transações orçamentárias através de demonstrativos orçamentário-financeiros, cumprindo as metas estabelecidas na Agenda de Saúde, no Plano de Saúde, no PPA, LDO e LOA, enfatizando as políticas e programas de trabalho necessários da Secretária Municipal de Saúde. Os demonstrativos são essenciais para acompanhamento e fiscalização por parte do Conselho de Saúde, do Poder Legislativo e do Tribunal de Contas. A LRF enfatiza a necessidade da transparência da ação pública através de elaboração de relatórios de acompanhamento da gestão fiscal assim como audiências públicas para prestação de contas. Restritamente na área de saúde, a Lei Federal nº 8.689/93 exige a prestação de contas em audiência pública a cada três meses no Legislativo.

As contribuições arrecadadas são depositadas no Fundo Nacional de Saúde (FNS) e transferidos para os Fundos Estaduais de Saúde (FES) e Fundos Municipais de Saúde (FMS). A União arrecada sozinha, Impostos de Renda (IR) e Impostos sobre Produto Industrializado (IPI) que divide com os estados e municípios. O estado também arrecada Imposto sobre Circulação de

Mercadorias e Serviços (ICMS), ficando com uma parte e cedendo à outra para os municípios, essa proporção é definida com base no tamanho da população. Os municípios também possuem seus tributos, como Impostos sobre a Propriedade Territorial Urbana (IPTU) e o Imposto Sobre Serviços (ISS), dentre outros.

Nos artigos 156, 158 e 159 da Constituição Federal, estão definidos os percentuais de repartição das receitas tributárias pelos níveis federais, municipais e estaduais.

A Emenda Constitucional nº 29 define as formas de participação da União, dos estados e dos municípios com percentual mínimo de recursos a serem aplicados por estados e municípios. No entanto, a má administração pública não permite uma transparência no processo de arrecadação e a distribuição de recursos. Por mais que a União ao repassar os recursos aos estados e municípios vise a descentralização, a existência de demanda de ordem política visando mais verbas aparece e desanda o repasse. Esse é outro motivo que exige a existência de Conselheiros de saúde principalmente para acompanhar e vigiar os processos orçamentários e controlar essas distorções. Segundo art. 12 da Lei Federal nº 8.689, de 27 de Julho de 1993, o Conselheiro tem o direito de exigir que o gestor do SUS em cada esfera do governo, apresente trimestralmente, ao Conselho de Saúde correspondente, uma prestação de contas contendo os recursos recebidos e gastos.

Em alguns lugares do Brasil, a ideia de orçamento participativo já é utilizada, e é considerada uma forma de divisão de poder em que a comunidade discute e decide onde e como devem ser aplicados os recursos financeiros arrecadados dos impostos. O orçamento público, como o nome mesmo já fala, é do “povo” e deve ser usado para custear despesas necessárias para beneficiar toda a população.

Todo o orçamento público fica sob o controle dos órgãos de planejamento nas esferas federal, estadual e municipal, para só depois distribuir os recursos entre as diferentes áreas da administração pública de acordo com a escolha dos programas e projetos prioritários. Esses gastos só são realizados ao ser

autorizados pelos órgãos legislativos de cada esfera de governo (Congresso Nacional, Assembleias Legislativas e Câmara de Vereadores).

A Avaliação da Gestão orçamentária se orienta pela busca da adequação do processo e sua adaptação ao objetivo explicitado no plano. Essas avaliações possibilitam correções no sistema. Os métodos de avaliação que o SUS dispõe são: Plano de Saúde e Relatório de Gestão. Os dois devem estar compatíveis, demonstrando relação com metas, resultados e aplicação de recursos.

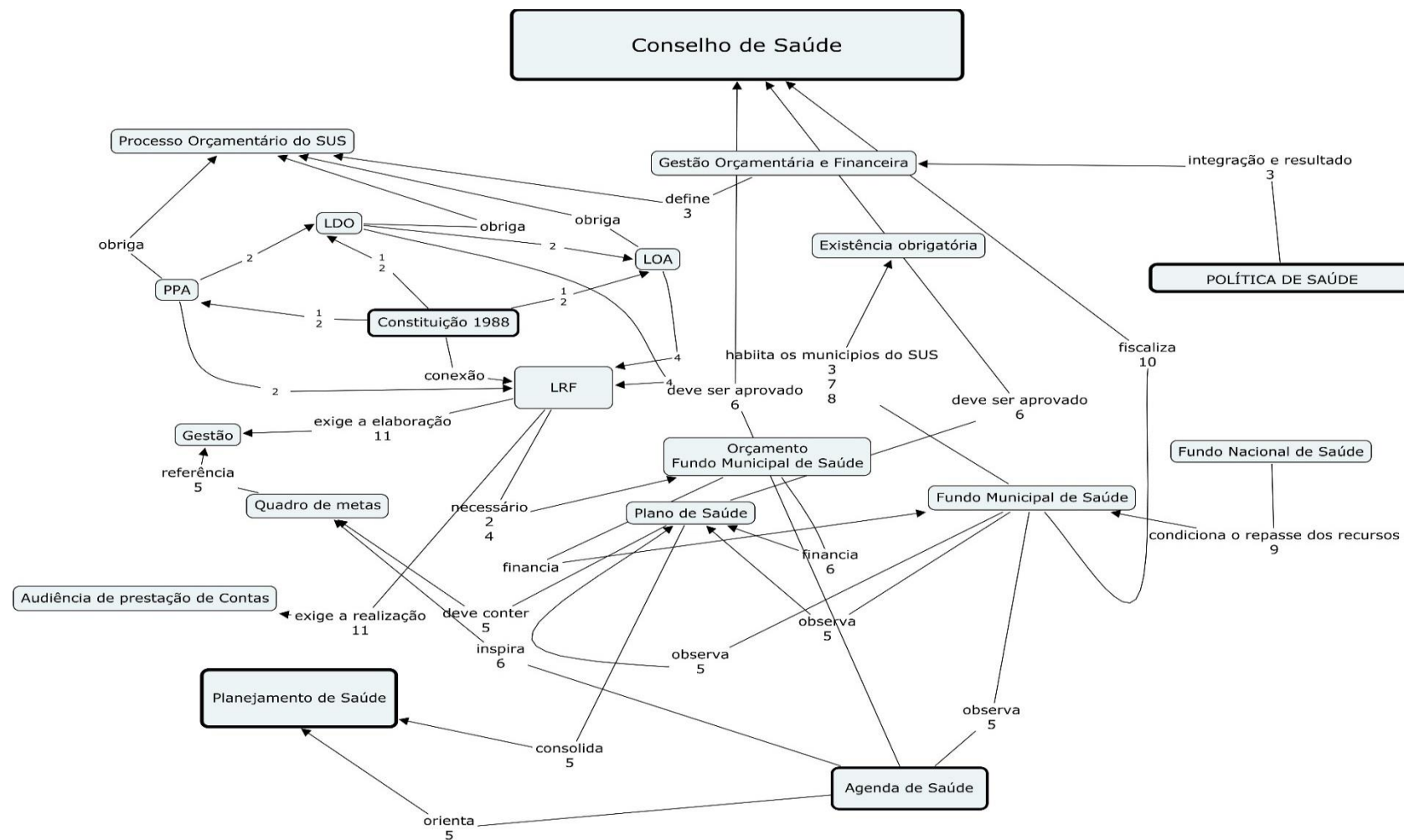
Os relatórios emitidos pelas unidades de saúde servem de base para o relatório de Gestão que são elaborados pela Secretária de Saúde e submetidos à apreciação do Conselho de Saúde e da Comissão de Intergestores no final de cada ano fiscal, e para poder reformular o Plano de Saúde do ano seguinte. O Relatório de Gestão pode ou não ser aprovado pelos Conselhos, e deve dispor de justificativas claras e bem fundamentadas que expliquem todas as situações. Tanto no caso de determinada proposta não ser realizada, como na verificação das aplicações dos recursos, se foram bem aplicados ou se poderiam ter sido usados de uma forma melhor.

Estão contidos nesse relatório informações sobre o cumprimento das metas definidas nos planos de saúde e pelo qual são divulgados a análise e os resultados obtidos pelos gestores, assim como a justificativa pelo cumprimento ou não de determinada meta. Toda a prestação de contas encaminhada ao Tribunal de Contas reúne os comprovantes de pagamentos e despesas como notas fiscais, recibos e outros documentos que comprovam o desembolso dos recursos financeiros.

Os Relatórios de Gestão contém toda a prestação de contas e acompanhamento orçamentário - financeiro e é organizado por meio de planilhas e indicadores disponibilizados pelos Sistemas de Informações sobre o Orçamento Público em Saúde (SIOPS)³.

³ Sistema que organiza as informações financeiras de saúde (despesas e receitas) nos três níveis de governo apresentando mais transparência da execução orçamentária

5.2– Mapa 2: Instrumentos Normativos dos Conselhos de Saúde



Fonte: Elaboração própria

LEGENDA:

- 1- Portaria N° 42;
- 2- LRF n° 101/2000;
- 3- NOB SUS 01/1996;
- 4- Portaria n° 483;
- 5- Portaria n° 548;
- 6- LOS n° 8.080/1990;
- 7- NOB SUS 01/1993;
- 8- NOAS – SUS 01/2001 E N° 01/2002;
- 9- DECRETO n° 1.232;
- 10- Emenda Constitucional n° 29 artigo 7°;
- 11- Lei Federal n° 8.689/1993.

O mapa mostra todas as interações dos processos de Elaboração das políticas de saúde e fornecem subsídios para o entendimento de toda a base legal da gestão pública na área de saúde.

Os pontos 1 e 2 contribuem para o aprimoramento do processo orçamentário, tornando o planejamento instrumento essencial para determinar as prioridades de recursos tanto nas receitas como nas despesas.

A Portaria nº42 foi imposta em 14 de Abril de 1999, pela Secretária de Orçamento Federal do Ministério do Planejamento. Essa portaria apresenta a união de programas e de instrumentos para organização da ação governamental que visa à concretização dos objetivos pretendidos, sendo mensurado por indicadores estabelecidos no PPA, Instrumento de programação para o alcance do objetivo de um programa, envolvendo um conjunto de operações limitadas no tempo, bem como, de forma contínua e permanente das quais resulta um produto que concorre para a expansão ou aperfeiçoamento da ação do governo.

A Lei de Responsabilidade Fiscal nº 101/200 estabelece normas de finanças públicas que são voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal. A responsabilidade na gestão fiscal pressupõe a ação planejada e transparente, em que se previnem riscos e corrigem desvios que podem afetar o equilíbrio das contas públicas. As disposições da Lei acabam por obrigar a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios a cumprirem suas obrigações fiscais. Podemos ver através do mapa 2 sua interação com o PPA, LDO e a LOA, e ligada diretamente ao Orçamento do Fundo Municipal de Saúde.

No ponto 3, temos a Norma Operacional Básica do SUS, (NOB/1996) que é um instrumento de regulação do SUS, além de incluir as orientações operacionais. Esta NOB redefine algumas medidas do modelo de atenção à saúde, como: os papéis de cada esfera de governo; os instrumentos gerenciais para que os municípios e os Estados superem o papel exclusivo de prestadores de serviço e assumam seus respectivos papéis de gestores do SUS. Reduzir a remuneração por produção de serviços e ampliando as transferências de caráter global, fundo a fundo; e concede a plena responsabilidade do poder público municipal sobre as ações e serviços de saúde, definindo a gestão como responsável por orientar o SUS.

A Portaria nº 483 define que os recursos estaduais e municipais destinados ao SUS assim como todas as ações e serviços assistenciais de saúde deve ser explicitado e seus valores apresentados de acordo o ponto 1. O ponto 5, representado pela Portaria nº 548, estabelece que o orçamento do Fundo de Saúde deve respeitar as políticas e os programas de trabalho das secretárias de saúde, observando a Agenda de Saúde e o Plano de Saúde (elaborados pelos Conselhos).

A Lei Orgânica do SUS nº 8.080/1990 no art. 36, estabelece que o Plano de Saúde é a base da programação de cada nível de direção do SUS e seu financiamento deve ser previsto na respectiva proposta orçamentária. Os Planos de Saúde serão a base das atividades e programação de cada nível de direção do SUS e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária. O Conselho Nacional de Saúde tem que estabelecer as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde.

Os respectivos pontos 7 e 8, NOB/93 e NOAS/2001, estabelecem a obrigatoriedade da existência do Fundo de Saúde para que os municípios se habilitem ao SUS e possam receber recursos transferidos do Ministério da Saúde para o financiamento de suas ações e serviços de saúde.

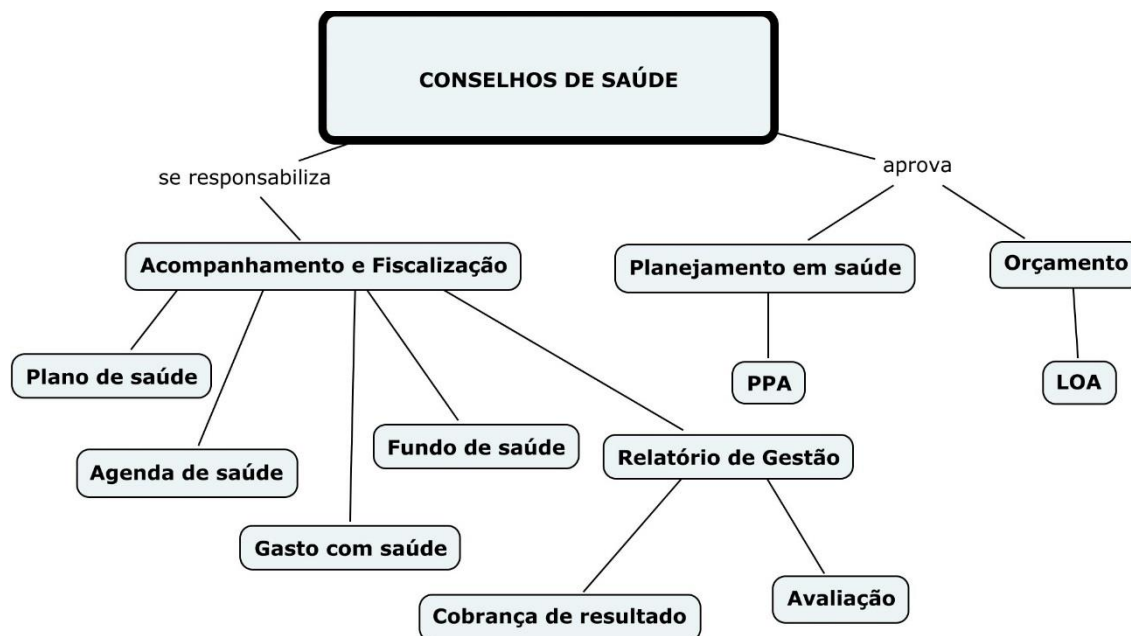
O Decreto nº 1.232 dispõe de condições e forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde Municipais.

No ponto 10, temos a Emenda Constitucional nº 29 que já foi discutido nesse trabalho e trata da exigência de que todos os recursos transferidos e próprios devem estar no Fundo de Saúde e acompanhados e fiscalizados pelo Conselho de Saúde.

Por último, temos o ponto 11, apresentado pela Lei Federal nº 8.689/93 que enfatiza a necessidade de transparência da ação pública ao exigir a elaboração de relatórios de acompanhamento da gestão fiscal e a realização de audiências públicas de prestação de contas. Essa lei interage diretamente com a Gestão e a LRF.

5.3– Mapa 3: Instrumentos Administrativos dos Conselhos de Saúde

O terceiro mapa, o administrativo, buscar mostrar de forma simplificada o papel dos conselhos de saúde na gestão e no planejamento.



É de responsabilidade dos Conselhos de saúde o acompanhamento e fiscalização dos planos de saúde, agenda de saúde, gasto com saúde, fundo de saúde; através do relatório de gestão, ele é capaz de avaliar o que está sendo realizado na gestão e cobrar resultados. Passa pela aprovação dos Conselhos, o orçamento em saúde, através da LOA, e o planejamento em saúde através do PPA.

Da participação da sociedade civil atua no Planejamento e Orçamento em saúde por meio dos Conselhos, é na agenda de saúde que se encontra suas contribuições. Observando o mapa administrativo, fica claro a participação dos Conselhos na elaboração e aprovação dos instrumentos de gestão, no acompanhamento e na avaliação de saúde.

Da capacitação e qualificação dos Conselheiros: ao observar a atuação dos Conselhos no Planejamento da Saúde, é claro a necessidade de capacitá-los e qualificá-los, e principalmente ao ter conhecimento dos relatos existente sobre o que acontece por dentro do sistema. É de extrema necessidade que os

conselheiros ao menos saibam do que se trata cada fase do planejamento, para assim, poder agir de modo a tornar a participação da sociedade civil mais ativa.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

Durante a realização deste trabalho, procurou-se analisar as questões que envolvem os Conselhos de saúde, a partir de levantamento histórico desde os anos 70, e a instituição do SUS, que foi o grande precursor.

O objetivo geral do trabalho foi demonstrar e analisar por meio da elaboração de mapas conceituais os instrumentos operacionais normativos e administrativo dos Conselhos de Saúde à luz do planejamento e orçamento do governo

Para tanto, viu-se necessário uma abordagem mais dinâmica para demonstração das contribuições do estudo acerca dos Conselhos de Saúde. Para isso, foi elaborado três mapas conceituais: um mapa de instrumentos operacionais do Planejamento em saúde; um mapa com os instrumentos normativos dos Conselhos de Saúde, formado a partir de interações das leis, portarias, normas e decretos responsáveis por formar a Gestão; e o terceiro mapa, o administrativo, buscando expor de forma simplificada o papel dos conselhos de saúde na gestão e no planejamento.

Ficou mais do que evidenciado a participação dos Conselhos na elaboração e aprovação dos instrumentos de gestão, no acompanhamento e na avaliação de saúde que deveria ser o ponto principal de importância dos Conselhos de Saúde.

Por fim, ao observar os mapas conceituais, fica claro o quanto é importante a existência dos Conselhos e as funções que eles desempenham, porém, como nos casos citados, não adianta o conselheiro dispor de tanto poder se não souber utilizar, os mapas podem direcioná-los às suas funções, e entender do que se trata porém, isso facilitaria para quem apenas está presente nos Conselhos e não sabem o que fazer. A existência de pessoas responsáveis por orçamentos e fiscalização que não são capacitadas para isso, demonstra como ainda tem algo de errado no processo.

Diante dessas acepções, podemos afirmar que a capacitação dos conselheiros de saúde poderia realmente trazer bons resultados para o sistema de Gestão SUS.

REFERÊNCIAS

ARRETCHE, M. **Estado federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização**. Rio de Janeiro: Revan; 2000.

BAHIA, Ligia. **Padrões e Mudanças no Financiamento e Regulação do Sistema de Saúde Brasileiro**: Impactos sobre as relações entre o Público e o Privado. Saúde e Sociedade v.14, n.2, p. 9 -30, ago., 2005.

Abrúcio FL. **Federação e mecanismos de cooperação intergovernamental: o caso brasileiro em perspectiva comparada**. Relatório final de pesquisa para o NPP. São Paulo; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes nacionais para o processo de educação permanente no controle social do SUS** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 40 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Departamento de Gerenciamento de Investimentos. **Guia do conselheiro: curso de capacitação de conselheiros estaduais e municipais de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde, Departamento de Gerenciamento de Investimentos. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 fev. 2006. Seção 1, p. 1-23.

Brasil. Emenda Constitucional n.º 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao ato das disposições constitucionais transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 14 set. 2000. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm.

Acesso em: 12 mar. 2014

CARVALHO, A.I. **Conselhos de saúde no Brasil: participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro: IBAM/ FAZ, 1995.

CARVALHO, A. I. **Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado**. In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde e democracia a luta dos Cebes**. São Paulo: Lemos, 1997.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Francisco Carlos Cardoso de Campos, Horácio Pereira de Faria, Max dos Santos. – 2º ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010. 114p.

CARVALHO, Gilson de Cássia Marques de. **Participação da comunidade na saúde**. Passo Fundo: IFIBE; CEAP, 2007.

CORREIA, M. V. Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumento. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2000.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Algumas questões na implementação do novo modelo gerencial para o SUS**. Brasília, DF: CNS, 1997. Mimeografado.

MENDES, Áquilas Nogueira. **Financiamento e gestão do sistema Único de Saúde (SUS): a gestão descentralizada semiplena e plena do Sistema Municipal no Estado de São Paulo (1995-2001)**. Tese (Doutorado em Economia). UNICAMP; Campinas (SP): [s.n.], 2005.

GERSCHMAN S *et al.* O setor filantrópico e alguns desafios para as políticas públicas em saúde. *Revista de Administração Pública* 37(2):265-283, 2003.

BRASIL. **Constituição Federal** (1988). Senado Federal. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/bdtextual/const88/Con1988br.pdf>>. Acesso em 03 jan. 2014.

BRASIL. Lei nº 8080, 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. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set. 1990b. p. 18055. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 13 maio 2014.

LEITE, Valéria. **Financiamento e gasto público em saúde na perspectiva da Equidade: O caso do Rio Grande do Norte**. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde). UFRN, Natal (RN): 2011.

MINISTERIO DA SAÚDE. Secretária de Assistência à Saúde e Secretária de Políticas de Saúde. **Análises de alguns aspectos do processo de**

descentralização no Sistema Único de Saúde. Disponível em: <www.saude.gov.br/descentralizacao, 2001>. Acesso em: jan. 2014.

MELLO, Diogo Lordello. **Descentralização, Papel dos Governos locais no processo de desenvolvimento nacional e recursos financeiros necessários para que os governos locais possam cumprir seu papel.** I Seminário sobre Administração Pública promovido pelo Núcleo de Administração Pública. Angola:lbam, 1991.

Mendes EV. Reflexões sobre a NOAS SUS 01/02. Brasília: CONASS; 2003.

PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. **Lógica e Mecanismos de Controle – Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado.** Brasília-DF, 1997.

SILVA, Zivanilson e. **Macroeconomia Internacional - Para entender a crise global.** Natal: Ztes, 2008. P. 73

VASCONCELOS, Cipriano. **Paradoxos da mudança no SUS.** Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). UNICAMP; São Paulo (SP): 2005.