



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
MESTRADO PROFISSIONAL EM PLANEJAMENTO E
POLÍTICAS PÚBLICAS**

**CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE:
ESTUDO DO CONTROLE SOCIAL, SOB O ASPECTO ECONÔMICO E
FINANCEIRO, NA GESTÃO MUNICIPAL DE SAÚDE**

FÁBIO LANDIM CAMPOS

**FORTALEZA
2006**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

FÁBIO LANDIM CAMPOS

**CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE:
ESTUDO DO CONTROLE SOCIAL, SOB O ASPECTO ECONÔMICO E
FINANCEIRO, NA GESTÃO MUNICIPAL DE SAÚDE**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual do Ceará para a obtenção do título de Mestre em Planejamento e Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Dr. Paulo César de Almeida.

**FORTALEZA
2006**

C198c Campos, Fábio Landim

Conselho municipal de saúde: estudo do controle social, sob o aspecto econômico e financeiro, na gestão municipal de saúde. Fortaleza, 2007.

73p.

Orientador: Prof. Dr. Paulo César de Almeida.

Dissertação (Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Estudos Sociais Aplicados.

1. Gestão de saúde. 2. Aspectos econômicos e financeiros. 3. Controle social. 4. Comunidade. I. Universidade Estadual do Ceará, Centro de Estudos Sociais Aplicados.

CDD: 614

fabiolcampos@hotmail.com



Universidade Estadual do Ceará
Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas
Av. Paranjana, 1700 Campus do Itaperi CEP. 60.740-000 Fortaleza-Ce
Fone/Fax. 85-3101-9880 - mapps@uece.br

FOLHA DE AVALIAÇÃO

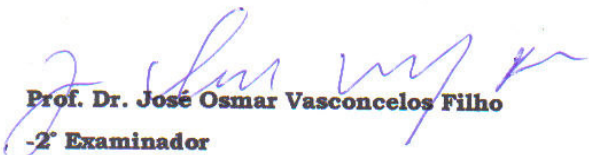
Título da dissertação: "CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE: Estudo do Controle Social, Sob o Aspecto Econômico e Financeiro, na Gestão Municipal de Saúde".

Nome do Mestrando: Fábio Landim Campos
Nome do Orientador: Prof. Dr. Paulo César de Almeida.

BANCA EXAMINADORA:


Prof. Dr. Paulo César de Almeida.
-Orientador-


Profa. Dra. Nádia Maria Girão Saraiva de Almeida
-1ª Examinadora-


Prof. Dr. José Osmar Vasconcelos Filho
-2ª Examinador

Data da defesa: 12/12/06

***DEDICO** aos meus pais, Odailton e
Fernanda, e em especial a minha
esposa Ticiane e a minha filha Júlia.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, por tudo.

Ao meu orientador, Prof. Paulo César, pela paciência, compreensão e contribuições.

À minha mãe, Fernanda, pelas palavras de incentivo e orações.

À minha esposa, Ticiania, por compreender a minha ausência em vários momentos.

À minha filha, Júlia, por fazer parte da minha vida.

A todos os meus familiares e amigos.

Aos colegas do curso, pelas motivações, em especial a Goreti, Marieta e Ednir.

Ao ex-Prefeito do município de Redenção-CE, Dr. João, pela oportunidade e compreensão para que eu pudesse iniciar este curso.

Às enfermeiras, Rosa e Léa, pelo incentivo e apoio na fase inicial do curso.

Ao Secretário da Saúde do Estado do Ceará, Jurandi Frutuoso, por ter sido responsável pela minha ida ao município de Pedra Branca.

À Secretária da Saúde de Pedra Branca-CE, Tânia Parente, pela compreensão para a conclusão deste trabalho.

Aos professores, Nádia e Osmar, pelas preciosas contribuições na fase de qualificação.

E a todos que de alguma forma contribuíram para a conclusão deste.

*A função de Conselheiro é de **relevância pública** e, portanto, garante sua dispensa do trabalho sem prejuízo para o conselheiro, durante o período das reuniões, capacitações e ações específicas do Conselho de Saúde.*

(Resolução Federal nº 333/2003/CNS, Terceira Diretriz, item X)

RESUMO

Os Conselhos de Saúde, dentre outras características, asseguram a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), além de serem importante instrumento de controle social. Seu amparo legal advém de diversos dispositivos, como leis, portarias e resoluções. Até que ponto, a vasta legislação do controle social no SUS está sendo cumprida pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Pedra Branca-CE? Esta pergunta constitui-se no problema central deste estudo. Analisar o controle social, através do CMS de Pedra Branca, no Estado do Ceará, com enfoque na formulação de estratégias e no controle da execução da política local de saúde, nos aspectos econômicos e financeiros, foi o objetivo do presente estudo. O caminho metodológico deu-se através de pesquisa documental, a partir da análise das atas das reuniões do CMS de Pedra Branca, ocorridas nos anos de 1993, 1997, 2001 e 2005. Assim, foi possível identificar algumas lacunas no desempenho das funções dos conselheiros, comprometendo o seu real papel. No entanto, também se pode verificar que em determinados momentos, o CMS teve posturas de alta relevância na gestão municipal da saúde. Um aspecto marcante no presente trabalho, e que de certa forma comprometeu a avaliação, diz respeito à ausência de detalhamentos, ou provável omissão nos registros da maioria das atas analisadas. Por fim, é importante destacar, o relevante papel dos secretários e Secretarias Municipais da Saúde, para o êxito ou não, na atuação do CMS. Estes devem propiciar, através dos Conselhos de Saúde, que a população tenha o seu direito de voz e vez, exercidos.

Palavras-Chaves: Conselho Municipal de Saúde; Controle Social; Aspectos Econômicos e Financeiros; Participação da Comunidade; Gestão em Saúde.

ABSTRACT

The Council of Health, amongst other characteristics, assures the participation of the community in the management of the *Sistema Único de Saude (SUS)*, besides being important instrument of social control. Its legal support comes from different devices, like laws, governmental decree and resolutions. At what point, the vast legislation of the social control in the *SUS* is being fulfilled by the Municipal Health Council (*CMS*) of *Pedra Branca – CE*? This question consists in the central problem of this study. To analyze the social control, through the *CMS* of *Pedra Branca*, in the State of *Ceará*, with approach in the formularization of strategies and the control of the execution of the local politics of health, in the economic and financial aspects, was the objective of the present study. The methodological way was given through documentary research, from the analysis of acts of the meetings of the *CMS* of *Pedra Branca*, occurred in the years of 1993, 1997, 2001 and 2005. Therefore, it was possible to identify some gaps in the performance of the functions of the council members, compromising its real role. However, it was possible to verify that at specific moments, the *CMS* had positions of high relevance in the municipal management of health. A strong aspect in the present work, in which that of certain form it compromised the evaluation, with respect to the absence of detailings, or probable omission in the registers of the majority of analyzed acts. Finally, it is important to detach, the excellent role of the Secretaries and Municipal Secretaries of the Health, for the success or not, in the performance of the *CMS*. These must propitiate, through the Council of Health, that the population has its right of voice and time, exercised.

Key-Words: Municipal Health Council; Social Control; Economic and Financial Aspects; Participation of the Community; Management of Health.

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde
AIH – Autorização de Internamento Hospitalar
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
CMS – Conselho Municipal de Saúde
CF – Constituição Federal
CRESUS – Central de Regulação Estadual do SUS
CNS – Conselho Nacional de Saúde
COSEMS – Conselho de secretários Municipais de Saúde do Ceará
EC – Emenda Constitucional
ESB – Equipe de Saúde Bucal
ESF – Equipe de Saúde da Família
FMS – Fundo Municipal de Saúde
FNS – Fundo Nacional de Saúde
GM – Gabinete do Ministro
HMSS – Hospital Municipal São Sebastião
LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA – Lei Orçamentária Anual
MS – Ministério da Saúde
NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
OMS – Organização Mundial da Saúde
PCCS – Plano de Carreira, Cargos e Salários
PIB – Produto Interno Bruto
PMS – Plano Municipal de Saúde
PPA – Plano Plurianual
PPI – Programação Pactuada e Integrada
PROCON – Procuradoria de Proteção e Defesa do Consumidor
PSF – Programa de Saúde da Família
SILOS – Sistema Local de Saúde
SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TCM – Tribunal de Contas dos municípios
TCU – Tribunal de Contas da União
UBASF – Unidade Básica de Saúde da Família
UBDS – Unidade Básica Descentralizada de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
1 REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
1.1 ASPECTOS ECONÔMICOS E FINANCEIROS NA GESTÃO DA SAÚDE E SEUS INSTRUMENTOS DE CONTROLE, COM ÊNFASE NO CONTROLE SOCIAL	15
1.2 ATRIBUIÇÕES E ASPECTOS LEGAIS DOS CONSELHOS DE SAÚDE: ASPECTO ECONÔMICO E FINANCEIRO.....	29
1.3 OUTRAS FORMAS DE CONTROLE SOCIAL	38
2 OBJETO E OBJETIVOS DO ESTUDO.....	41
2.1 OBJETO.....	41
2.2 OBJETIVOS	41
3 METODOLOGIA.....	42
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	42
3.2 ALCANCE DOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS	42
3.3 COLETA DOS DADOS	43
3.4 PERÍODO DE ESTUDO	43
3.5 CENÁRIO DO ESTUDO.....	44
4 A SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PEDRA BRANCA	45
5 CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PEDRA BRANCA.....	50
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	53
6.1 ASSUNTOS ABORDADOS PELO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE NA FORMULAÇÃO DE ESTRATÉGIAS, NO CONTROLE DA EXECUÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE, E NOS ASPECTOS ECONÔMICOS E FINANCEIROS.....	53
CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	71
ANEXOS.....	74

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988, promulgada em 5 de outubro, aprovou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), reconhecendo a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos.

As leis Orgânicas da Saúde que regulamentaram o SUS são: lei nº 8.080 e lei nº 8.142. Em 19 de setembro de 1990 foi publicada a lei federal nº 8.080 que prevê a participação da comunidade nela no capítulo dos Princípios e Diretrizes do SUS.

A lei federal nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, também chamada “Lei do controle social”, prevê no seu Art. 1º que o SUS conta em cada esfera de governo com as seguintes instâncias colegiadas: a Conferência de Saúde, e o Conselho de Saúde. A participação da comunidade é reiterada e regulamentada pela lei nº 8.142.

A lei nº 8.142 confere aos Conselhos de Saúde a atribuição de atuar na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de Saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Assim, as atribuições dos Conselhos de Saúde guardam uma interseção com os poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, o que demanda um permanente diálogo e construção de articulações com os Gestores do Sistema de Saúde e com outros atores sociais.

Apesar dos Conselhos de Saúde integrarem a estrutura legal do Poder Executivo (Gestão do SUS), suas atribuições encontram-se limitadas à atuação na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde. Por isso, os Conselhos de Saúde devem reconhecer as competências típicas da Gestão, que são: planejamento, orçamentação, programação, normatização, direção/gerência, operacionalização/execução e controle/avaliação.

O conjunto dessas funções configura o percurso que os recursos públicos devem fazer, desde a sua alocação inicial, até a “ponta” do sistema, quando devem ser transformados em ações concretas, benefícios e resultados para a população.

O fato de reconhecer essas funções como típicas dos gestores, não desobriga os membros dos Conselhos de Saúde a conhecer seus aspectos básicos ou as “vigas mestras”

deste processo, a fim de controlá-lo a favor dos direitos da população usuária e do novo modelo assistencial.

As competências inerentes ao planejamento, orçamentação, financiamento, controle e avaliação, serão tratadas com mais detalhes ao longo deste trabalho, já que são os principais temas correlacionados com os aspectos econômicos e financeiros da política de saúde.

Além das leis Orgânicas da Saúde, a Resolução n° 333 do Conselho Nacional de Saúde – de 4 de novembro de 2003 – é outro importante documento que explicita a relevância do controle social, através dos Conselhos de Saúde.

Mais recentemente, foi publicada pelo Ministério da Saúde a portaria n° 399, de 22 de fevereiro de 2006 que divulga o Pacto Pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS, fruto de um movimento de re-politização da saúde, que levanta a bandeira do SUS como uma política de Estado, e não uma política de governo.

Nesse processo de avanço da Reforma Sanitária Brasileira, explicitada na defesa dos princípios do SUS, a portaria n° 399 veio reforçar, dentre outros aspectos, a importância da participação e controle social, com ações específicas para o seu fortalecimento.

Como se pode notar, no âmbito do SUS existe vários instrumentos legais (leis, resoluções, portarias, entre outras) que asseguram a participação e o controle social na gestão dos sistemas locais de saúde.

Considerando a existência desta vasta legislação no SUS, foi idealizado o presente estudo, com o objetivo de avaliar o Conselho Municipal de Saúde (CMS), com foco nos aspectos econômicos e financeiros da gestão de um determinado Sistema Local de Saúde (SILOS), avaliando conseqüentemente o efetivo exercício do controle social no SUS.

O município de Pedra Branca, no Estado do Ceará, foi o cenário escolhido para este estudo. O Conselho Municipal de Saúde de Pedra Branca foi criado através da lei municipal n° 015/91 de 21 de outubro de 1991, e neste mesmo ano foi realizada a I Conferência Municipal de Saúde. Atualmente o Conselho Municipal de Saúde de Pedra Branca, tem 36 membros, sendo 18 titulares e 18 suplentes, com representantes dos diversos segmentos da sociedade.

O presente estudo utilizou o caminho metodológico da pesquisa documental, através da análise das atas de reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Pedra Branca – referentes aos anos de 1993, 1997, 2001 e 2005. Esse período corresponde ao início de mandatos do Poder Executivo Municipal, pois assim seria possível avaliar a atuação do CMS na elaboração dos Planos Municipais de Saúde, já que este instrumento é um dos principais documentos na Gestão Municipal de Saúde, com implicações diretas na política econômica e financeira do SILOS.

Para melhor compreensão do leitor traz-se mais adiante, detalhes sobre a Saúde e o Conselho Municipal de Saúde de Pedra Branca, apresentados na forma de capítulos.

Os resultados e a discussão desta pesquisa documental permitirão compreender melhor e identificar na prática, um dos Princípios Doutrinários do SUS: a participação da comunidade, através do Conselho Municipal de Saúde.

Nas considerações finais ficou a intenção de provocar o leitor a tirar suas próprias conclusões, além de trazer algumas contribuições para novos desafios a serem superados.

1 REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 ASPECTOS ECONÔMICOS E FINANCEIROS NA GESTÃO DA SAÚDE E SEUS INSTRUMENTOS DE CONTROLE, COM ÊNFASE NO CONTROLE SOCIAL

Para uma melhor compreensão deste estudo, é importante discorrer e esclarecer alguns conceitos, quanto aos aspectos econômicos e financeiros.

Na opinião de Samuelson e Nordhaus (1999),

Economia é o estudo de como as pessoas e a sociedade decidem empregar recursos escassos, que poderiam ter usos alternativos para produzir vários bens e distribuí-los para consumo, atual ou futuro, entre as várias pessoas e grupos da sociedade. A economia analisa ainda os custos e os benefícios resultantes das diferentes formas de repartição dos recursos.

Aplicada à área da saúde, e do ponto de vista econômico, algumas considerações são relevantes: os desejos e necessidades são infinitos, os recursos são limitados e a escassez é uma constante que impossibilita a execução de todas as vontades.

Dada a especificidade e complexidade na área da saúde, surgiu a especialidade Economia da Saúde, que de acordo com Pereira (1995), “Economia da Saúde é a aplicação da ciência econômica aos fenômenos e problemas associados ao tema da saúde.”

Já para Rubio Cebrian (1995), a Economia da Saúde é tratada como “Especialidade de recente surgimento dentro dos estudos econômicos, dedicada a investigação, estudo, método de medição, racionalização e sistema de análises das atividades relacionadas com funcionamento, produção, distribuição, e consumo dos bens e serviços que satisfazem necessidades sanitárias e de saúde, sob os princípios normativos da eficiência e da equidade.”

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a aplicação da economia à saúde ou economia da saúde, tem por objetivo quantificar, por períodos de tempo, os recursos empregados na prestação de serviços de saúde, sua organização e financiamento, a eficiência com que se colocam e utilizam esses recursos para fins sanitários, e os efeitos

dos serviços de saúde para a provisão, a cura e a reabilitação na produtividade individual e nacional.

No que se refere ao aspecto financeiro, o mesmo está amplamente correlacionado com o financiamento da saúde.

O financiamento pode ser entendido como o processo de obtenção de recursos ou fundos necessários para a execução de um gasto, que está orientado para a obtenção de um objetivo determinado. No âmbito sanitário, aplica-se ao conjunto de fluxos monetários que, procedentes das famílias ou empresas, são canalizados direta ou indiretamente aos provedores de recursos, como consequência da prestação de serviços sanitários.

O financiamento da saúde pode ser público ou privado: o público caracteriza-se por ser coercitivo (principalmente impostos e cotizações obrigatórias à seguridade social); e o privado, por permitir ao usuário exercer sua soberania (pagamentos diretos a provedores de serviços e prêmios de seguros voluntários de assistência sanitária) (RUBIO CEBRIAN, 1995).

Os recursos que compõem o financiamento do SUS provêm hoje de três fontes principais: de tributos e contribuições federais, de tributos estaduais e da arrecadação tributária municipal.

A gestão de recursos financeiros em seu sentido mais amplo constitui, cada vez mais, um elemento crítico e imprescindível ao gerenciamento dos serviços de saúde, tanto públicos quanto privados. Ela desempenha um papel importante no processo de tomada de decisões em saúde e um impacto crítico na qualidade e continuidade dos serviços, contribuindo significativamente para a viabilidade econômico-financeira de serviços e programas de saúde. Decisões sobre a contratação de pessoal ou a implantação de novos serviços têm implicações diretas e indiretas sobre a estabilidade financeira de uma unidade prestadora de serviços de saúde.

Na discussão sobre a dimensão econômico-financeira do setor da saúde e da prestação de serviços, ficou claro que o primeiro pode ser visto como um fluxo de recursos financeiros, como contrapartida do fluxo de serviços, que precisa ser gerenciado. Dois tipos de decisão (ou função estratégica) são inerentes à gestão financeira: o financiamento e a alocação de recursos. O financiamento é a atividade voltada para a obtenção dos recursos financeiros necessários à realização das atividades, “de onde vêm” e como obtê-los, enquanto a alocação de recursos diz respeito às decisões quanto à sua utilização, ou

seja, “para onde vão”, especialmente na aquisição e combinação dos diversos insumos necessários à prestação de serviços.

Para desempenhar as funções estratégicas de financiamento e alocação, o gerente financeiro (gestor) necessita desenvolver três conjuntos principais de atividades (ou funções operativas):

- **Planejamento:** no aspecto financeiro, consiste em definir como as atividades irão acontecer, identificar o volume de recursos necessários à sua realização e estabelecer como esses recursos deverão ser obtidos e combinados. Está, portanto, dirigido para o que deverá acontecer, ou melhor, o que se deseja que aconteça;
- **Controle** (às vezes chamado de “monitoramento”): consiste em acompanhar as atividades em andamento, assegurar-se de que elas seguem um determinado plano e identificar e corrigir possíveis problemas durante sua execução. Consiste, basicamente, em comparar o que foi previsto (planejado) com o que está sendo realizado, isto é, verificar se as metas estão sendo atingidas;
- **Avaliação:** é o exame das atividades já terminadas (ou, pelo menos, bem adiantadas) para verificar se elas atingiram as metas fixadas ou estão se desenvolvendo em condições adequadas.

Essas três funções não são privativamente financeiras, pois fazem parte das responsabilidades de qualquer gestor. Mas é importante ressaltar que o planejamento, controle e avaliação financeiros são parte integrante e imprescindível do processo de planejamento em saúde.

Reportando-se novamente aos aspectos legais do financiamento, após 7 anos de luta no Congresso Nacional, uma proposta de Emenda à Constituição que tramitava desde 1993, foi finalmente promulgada em 13 de setembro de 2000. A Emenda Constitucional nº 29/2000 (EC 29) determina a elevação gradativa dos gastos dos governos federal, estaduais e municipais com a saúde, estabelecendo níveis mínimos de gasto em saúde por parte de cada esfera de governo.

Durante a tramitação, a proposta foi apoiada por parlamentares das mais variados tendências políticas, assumindo um caráter suprapartidário. Além disso, contou com relevante apoio dos conselhos de saúde, profissionais do setor, entidades e hospitais

prestadores de serviços do SUS, entre outros. A emenda, por intermédio da vinculação de recursos, deu à Saúde o mesmo *status* que já havia sido alcançado pela educação.

Entretanto, a emenda define as formas de participação da União, dos estados e dos municípios, mas só estabelece claramente o percentual mínimo de recursos a serem aplicados por estados e municípios, deixando ainda indefinido o percentual que cabe à União.

Os estados e o Distrito Federal devem destinar, no mínimo, 12% dos impostos e outras receitas arrecadadas para o financiamento das ações e serviços de saúde. Os municípios devem destinar, no mínimo, 15% do produto da arrecadação dos impostos e outros recursos. No caso da União, a EC 29 definiu que os recursos mínimos aplicados nas ações e nos serviços públicos de saúde seriam equivalentes, no ano de 2000, ao montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício de 1999 acrescido de, no mínimo, 5%. Do ano de 2001 ao ano de 2004, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde seriam equivalentes ao valor apurado no ano anterior, corrigido anualmente pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Do total de recursos da União apurados nos termos do artigo 7º da EC 29, 15%, no mínimo, serão aplicados nos municípios, de acordo com o critério populacional, em ações e serviços básicos de saúde, na forma da lei. Deve-se ressaltar que o critério populacional referido na EC 29 está previsto também na Lei Orgânica 8.080/90, artigo 35, mas ainda não foi regulamentado.

Em função da indefinição por parte da União, no percentual mínimo que a mesma deve aplicar em saúde, tramita no Congresso Nacional o Projeto de lei nº 01/2003, que trata da Regulamentação da Emenda Constitucional nº 29. A portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, já citada neste trabalho, coloca na Dimensão do Pacto em Defesa do SUS, a necessidade de que seja regulamentada a EC 29.

Cabe ao Tribunal de Contas da União (TCU) o acompanhamento, fiscalização e controle dos gastos do governo federal com saúde. Estados e municípios, por sua vez, são fiscalizados pelos respectivos Tribunais de Contas e pelos Conselhos de Saúde estaduais e municipais. Além disso, os gastos nessas duas esferas são fiscalizados no âmbito do Ministério da Saúde, pelo Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

O SIOPS é um importante instrumento de planejamento, gestão e controle social do SUS, para municípios, estados e União. Idealizado e implementado desde 1999 pelo

Ministério da Saúde, o ele organiza e coleta informações sobre receitas e gastos em saúde nas três esferas de governo. Essas informações permitem análises sobre o perfil do gasto com ações e serviços públicos de saúde nos âmbitos nacional, regional, estadual e municipal.

Dentre outras vantagens, o SIOPS possibilitou o fortalecimento do controle social sobre financiamento e gastos em saúde, e o acompanhamento da implantação dos dispositivos da EC 29 e o seu cumprimento por parte de cada esfera de governo.

O sistema de coleta de dados é informatizado, permanentemente atualizado e aperfeiçoado para possibilitar maior agilidade no preenchimento dos formulários, transmissão dos dados e no cálculo de indicadores gerados após as verificações automáticas das informações.

Os indicadores fornecidos pelo SIOPS são: gasto com saúde *per capita*; receita aplicada em saúde; relação entre recursos transferidos e recursos próprios aplicados em saúde; gastos com custeio, investimento e pessoal na área de saúde.

Outro instrumento norteador para o cumprimento da EC 29 pela União, estados e municípios, é a Resolução n° 322, de 8 de maio de 2003, do Conselho Nacional de Saúde, que aprova as diretrizes acerca da aplicação da Emenda Constitucional n° 29.

Quanto ao acompanhamento, fiscalização e controle dos gastos dos municípios com saúde, cabe também ao referido tribunal exercer este papel. No Estado do Ceará, o Tribunal de Contas dos municípios, publicou a Instrução Normativa n° 03/2001, de 27 de dezembro de 2001, que dispõe sobre a orientação e fiscalização da aplicação dos recursos mínimos no financiamento das ações e serviços públicos de saúde, nos municípios do Estado do Ceará. Merecem destaque alguns artigos desta Instrução Normativa:

Art.1°. Até que seja definido outro percentual pela Lei Complementar de que trata o Art.198, §3°, da Constituição Federal de 1988, os municípios deverão aplicar em ações e serviços públicos de saúde, anualmente, no mínimo, 15% (quinze por cento) do produto da arrecadação das seguintes receitas resultantes de impostos e das provenientes de transferências:

I – Impostos Municipais: ISS, IPTU, ITBI, IRRF (a partir de 2002);

II – Transferidos da União: Quota-Parte do FPM, IRRF (até 2001), Quota-Parte do ITR, Quota-Parte da Lei Complementar n° 87/96 (Lei Kandir);

III – Transferidos do Estado: Quota-Parte do ICMS, Quota-Parte do IPVA, Quota-Parte do IPI – Exportação;

IV – Outras receitas decorrentes dos impostos: Receita da Dívida Ativa Tributária de Impostos, Multas, Juros de Mora e Correção Monetária.

[...]

Art.2º. Os recursos destinados às ações e serviços públicos de saúde, próprios ou transferidos, devem ser depositados em contas bancárias separadas e vinculadas às suas origens, bem como controlados e aplicados pelo Fundo Municipal de Saúde.

Art.3º. São consideradas como despesas com ações e serviços de saúde, para efeito da aplicação prevista no §2º do Art.198 da Constituição Federal, as despesas correntes e de capital realizadas através de Fundo Especial vinculado, relacionadas a programas finalísticos e de apoio à saúde, inclusive administrativos, que atendam, simultaneamente, aos seguintes critérios:

I – que sejam de acesso universal, igualitário (Art.196 da CF) e gratuito (Art.43 da lei nº 8.080/90);

II – aplicadas em conformidade com objetivos e metas explicitados no Plano de Saúde do município; e

III – que sejam de responsabilidade específica do setor de saúde, não se confundindo com despesas relativas a outras políticas públicas direcionadas para a melhoria dos índices sociais e econômicos em geral (renda, educação, alimentação, saneamento, lazer, habitação), embora com reflexos sobre as condições de saúde.

Parágrafo único. Atendidas as condições previstas no caput e incisos deste artigo, consideram-se como despesas com ações e serviços de saúde as relativas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tais como:

I – vigilância epidemiológica e controle de doenças;

II – vigilância sanitária;

III – vigilância nutricional e orientação alimentar;

IV – educação para a saúde;

V – saúde do trabalhador;

VI – assistência à saúde em todos os níveis de complexidade;

VII – assistência farmacêutica;

VIII – atenção à saúde dos povos indígenas;

IX – capacitação de recursos humanos do SUS;

X – pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde;

XI – produção, aquisição e distribuição de insumos setoriais específicos (medicamentos, imunobiológicos, sangue e hemoderivados, e equipamentos);

XII – saneamento básico, desde que associado diretamente ao controle de vetores ou aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) e outras ações que venham a ser determinadas pelo Conselho Nacional de Saúde.

Art.4º. Não são consideradas como despesas com ações e serviços de saúde as relativas a:

I – pagamento de aposentadorias e pensões;

II – assistência à saúde de clientela fechadas;

III – merenda escolar;

IV – saneamento básico realizado com recursos próprios, de transferências constitucionais ou voluntárias, provenientes de operações de crédito, de taxas ou tarifas, ainda que executado pela Secretaria de Saúde ou por entes a ela vinculados;

V – limpeza urbana e remoção de resíduos sólidos (lixo);

VI – preservação e correção do meio ambiente realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes federativos e por entidades não governamentais;

VII – despesas realizadas com recursos oriundos de transferências voluntárias e de operações de créditos, mesmo que atendam às exigências previstas no parágrafo único do Art. 3º desta Instrução Normativa.

[...]

Art.7º. Os recursos aplicados através do fundo de saúde serão acompanhados e fiscalizados pelo Conselho Municipal de Saúde, sem prejuízo do controle externo exercido pelo Poder Legislativo e Tribunal de Contas dos municípios.

Parágrafo Único. As prestações de contas do fundo enviados ao TCM deverão conter o parecer do Conselho Municipal de Saúde.

[...]

Art.9º. O Parecer Prévio do Tribunal sobre as Contas de Governo do município levará em consideração o cumprimento do limite constitucional em saúde.

Para entender a gestão dos recursos financeiros do SUS, é imprescindível falar do Fundo Municipal de Saúde (FMS), principal instrumento de canalização dos recursos do SUS, e importante instrumento de gestão. Tem como finalidade permitir maior flexibilidade e autonomia da gestão dos recursos pelas Secretarias Municipais de Saúde (SMS), facilitar os repasses de recursos entre esferas de governo, garantir que os recursos da saúde não sejam desviados para outros fins, facilitar o controle social e propiciar maior racionalidade na alocação e gestão dos recursos da saúde.

A Constituição Federal, no Art. 77, do Ato das Disposições Transitórias, com a redação dada pela EC 29 diz:

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.

Os fundos de saúde, instituídos no âmbito de cada Estado, Distrito Federal e municípios, são considerados fundos especiais conforme definição da lei nº 4.320/64. Suas receitas são especificadas e vinculadas à realização de objetivos e serviços determinados, no caso, as ações e serviços públicos de saúde. A obrigatoriedade de aplicação dos recursos, por meio dos fundos de saúde, antecede a Emenda Constitucional nº 29.

A lei Orgânica da Saúde (lei nº 8.080/90) em seu Art. 33 define que os recursos financeiros do SUS serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob a fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde. A lei nº 8.142/90 define que os municípios, os estados e o Distrito Federal devem contar com o fundo de saúde para receberem tais recursos. A transferência de recursos destinados à cobertura de serviços e ações de saúde também foi condicionada à existência de fundo de saúde no Decreto nº 1.232/94.

Com a edição da EC 29, a exigência tornou-se mais clara: a utilização dos recursos para a saúde somente poderá ser feita por meio de fundos de saúde. Para que isso aconteça, é necessário que o fundo tenha a titularidade da conta corrente destinada à movimentação desses recursos, o que implica na utilização de Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ) próprio, mesmo que vinculado ao gestor estadual ou municipal do SUS.

Para que possam executar os recursos de acordo com o Art. 77 da Emenda Constitucional, os fundos (estaduais e municipais) caracterizam-se como Unidade Gestora de Orçamento, de acordo com a lei nº 4.320/64, e, como tal, equiparam-se às pessoas jurídicas para fins de inscrição no CNPJ, conforme dispõe o Art. 12 da Instrução Normativa nº 200, de 13 de setembro de 2002, da Secretaria da Receita Federal.

Os recursos dos fundos de saúde não podem ser destinados à outra atividade que não seja à área da saúde. Essa condição está baseada no Art. 71 da lei nº 4.320/64.

Os recursos federais devem ser transferidos para estados, Distrito Federal e municípios por meio dos respectivos fundos de saúde (transferência fundo a fundo), com vistas a incrementar o processo de descentralização dos recursos da saúde.

Os fundos de saúde constituem-se em instrumento de gestão dos recursos destinados ao financiamento das ações e serviços públicos de saúde, no âmbito da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios; de planejamento, dado que possibilita aos gestores visualizar os recursos de que dispõe para as ações e serviços de saúde; e de controle, por facilitar o acompanhamento permanente sobre as fontes de receitas, seus

valores e data de ingresso, as despesas realizadas, os recebimentos das aplicações financeiras, dentre outros.

A fiscalização dos fundos de saúde, deve ser exercida pelo Conselho de Saúde, além de outros mecanismos como o Tribunal de Contas, o Poder Legislativo, entre outros. Para esse fim, o(a) secretário(a) da Saúde deve encaminhar plano de aplicação com a distribuição das cotas financeiras por unidades e programas, demonstrativos mensais de receita e despesa, convênios e contratos, demonstrativos de auxílios e subvenções e outros.

A lei nº 8.689 de 27 de julho de 1993, em seu Art. 12, estabelece o seguinte:

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

No entanto, dúvidas costumam surgir quanto aos papéis e responsabilidades de cada órgão envolvido e, portanto, é preciso definir, no momento da criação do fundo, os papéis da Secretaria da Saúde, Secretaria de Finanças, Secretaria de Administração, dentre outros, quanto à assinatura de cheques, compras, licitações e estocagem, contabilização e gestão de caixa, lembrando sempre que a legislação do SUS estabelece que a gestão do fundo e seus recursos cabe à SMS.

É aconselhável que os fundos estaduais e municipais de saúde sejam contemplados como unidades orçamentárias, financeiras e contábeis, nos seguintes instrumentos:

- a) Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO);
- b) Lei Orçamentária Anual (LOA);
- c) balanços anuais (orçamentário, financeiro e patrimonial);
- d) demais demonstrações orçamentárias e financeiras.

Os gastos só podem ser feitos quando são autorizados pelos órgãos legislativos de cada esfera de governo (Congresso Nacional, Assembleias Legislativas e Câmaras de Vereadores). O quanto cada governo destina para a saúde indica a preocupação e a

priorização com a qualidade de vida da população. Daí a necessidade da elaboração do planejamento em saúde e dos elementos que resultam desse planejamento: a Agenda de Saúde, o Plano de Saúde, o Quadro de Metas, coerentes com os recursos existentes e previstos no orçamento anual.

A exigência destes elementos no planejamento em saúde, denominados de Instrumentos de Gestão do SUS, deu-se através da portaria do Ministério da Saúde nº 548, de 12 de abril de 2001.

No contexto da Gestão Pública em Saúde, é importante discorrer melhor sobre estes instrumentos de gestão:

- **Agenda de Saúde** – corresponde à primeira etapa do processo de planejamento da gestão em saúde, a qual estabelece, justifica e detalha as prioridades e estratégias da política de saúde, em cada esfera de governo e para cada exercício. Considerando que o processo de elaboração da agenda de saúde é articulado entre as esferas governamentais, os prazos para elaboração e homologação pelos respectivos conselhos são diferenciados: esfera federal – março de cada ano; esfera estadual – abril de cada ano; e esfera municipal – maio de cada ano.
- **Planos de Saúde** – compostos de documentos de intenções políticas, de diagnóstico, de estratégias, de prioridades e de metas, são as bases das atividades e da programação de cada nível de gestão do SUS. Os prazos para elaboração e homologação pelos respectivos conselhos são diferenciados: esfera federal – até julho do primeiro ano do quadriênio do governo; esfera estadual – até junho do primeiro ano do quadriênio do governo; e esfera municipal – até maio do primeiro ano do quadriênio do governo. Anualmente, os planos podem ser revisados ou modificados.
- **Quadro de Metas** – parte integrante dos planos de saúde, nos quais constam os indicadores e as metas prioritárias de cada esfera de governo. O quadro de metas servirá de espelho para a elaboração dos relatórios de gestão. O quadro de metas tem periodicidade anual, e deve cumprir os mesmos prazos dos planos de saúde, só que anualmente.
- **Relatórios de Gestão** – destinam-se à sistematização e à divulgação de informação sobre os resultados obtidos e sobre a probidade dos gestores do

SUS, uma vez que estabelecem correlação entre as metas, os resultados e a aplicação de recursos. Os prazos para elaboração e homologação pelos respectivos conselhos são diferenciados: esfera federal – até o mês de fevereiro de cada ano; esfera estadual – até o dia 20 de fevereiro de cada ano; e esfera municipal – até o dia 20 de janeiro de cada ano. Os relatórios de gestão têm periodicidade anual.

O relatório de gestão é um documento produzido por técnicos das Secretarias de Saúde e do Ministério da Saúde, e aprovado pelos respectivos Conselhos de Saúde e referenciado pelas Comissões Intergestores – Comissão Intergestores Bipartite Estadual (CIB) e Comissão Intergestores Tripartite Nacional (CIT) –, no qual estão sistematizadas informações sobre o cumprimento das metas definidas nos Planos de Saúde e pelo qual são divulgados a análise e os resultados obtidos pelos gestores, bem como as justificativas pelo cumprimento parcial ou o não-cumprimento de determinada meta.

Se aprovado, é encaminhado à Secretaria Estadual de Saúde, à Comissão Intergestores Bipartite e ao Ministério Público. A Secretaria Estadual de Saúde analisa e consolida os Relatórios de Gestão de todos os municípios e os encaminha ao Ministério da Saúde.

Cabe aos conselhos verificar a execução das metas previstas no plano de saúde, comparando os indicadores constantes no relatório de gestão com os do quadro de metas do plano, e o que é mais importante: avaliar se as ações desenvolvidas pela secretaria ou pelo Ministério da Saúde estão beneficiando os cidadãos e melhorando a saúde da população.

Outra coisa importante é ver se os recursos gastos foram bem aplicados ou poderiam ter sido usados de forma melhor. O relatório de gestão, para ser aprovado pelo Conselho de Saúde, deve dispor de justificativas claras e bem fundamentadas que expliquem todas as situações que exigiram, eventualmente, o afastamento da proposta original.

Para analisar o relatório de gestão, os conselheiros além de conhecerem bem o plano de saúde com o quadro de metas e o orçamento, necessitam ter acompanhado de perto as ações que envolveram obras, aquisição de equipamentos, contratação de pessoal e todas as outras que demandaram cuidados especiais.

É preciso lembrar que, embora o Relatório de Gestão contenha a prestação de contas, o acompanhamento orçamentário-financeiro é realizado por meio das planilhas e indicadores disponibilizados pelo Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

No que diz respeito ao Processo Orçamentário, faz-se necessário descrevê-lo, já que, como é sabido, os orçamentos são elaborados tendo como base a possibilidade da entrada de recursos. O orçamento público de cada ano, de acordo com o modelo orçamentário da Constituição, é regulado por três documentos legais: a Lei do Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA).

A base legal para o processo orçamentário do setor público é a lei federal nº 4.320, de 17 de março de 1964, que estabelece normas gerais de direito financeiro para a elaboração e controle dos orçamentos e balanços públicos.

A lei do PPA é editada a cada 4 anos e determina as diretrizes, os objetivos e as metas da administração pública para um período de 4 anos, que se inicia no segundo ano de mandato de um governante (presidente da República, governador ou prefeito) e encerra-se no primeiro ano de mandato do governante seguinte.

A LDO é uma lei com validade de apenas um ano, que estabelece, de forma antecipada as diretrizes e as prioridades de gastos que devem orientar a elaboração da lei orçamentária (LOA) do ano seguinte. As diretrizes estabelecidas na LDO são uma parte do que foi definido para o Plano Plurianual (PPA), mas restrita a um ano específico (não aos 4 anos como um todo). A elaboração do projeto da LDO inicia-se no Poder Executivo e o projeto é encaminhado, até 15 de abril, ao Poder Legislativo (Congresso Nacional, Assembleias Legislativas e Câmaras de Vereadores), onde deverá ser aprovado até 30 de junho de cada ano.

A LOA também é uma lei que só tem validade para um ano, ou seja, para cada exercício fiscal, deve ser encaminhada até 30 de agosto e aprovada até 15 de dezembro. No nível federal, é a LOA que define os recursos que irão compor os três orçamentos: o orçamento fiscal, o orçamento da seguridade social e o orçamento de investimento das empresas estatais. Nos orçamentos fiscais e da seguridade social estão discriminados todos os gastos da União, como por exemplo, os destinados à manutenção da máquina pública, os desembolsos com saúde, educação, defesa, estradas, portos, benefícios previdenciários,

folha de pessoal, juros da dívida e outros, bem como as receitas que são esperadas para serem arrecadadas.

Esse processo de planejamento orçamentário, de criação e de aprovação de leis realizado no nível federal se repete nos estados e municípios. Essas leis têm que ser aprovadas pelos respectivos Poderes Legislativos da União, dos estados e dos municípios. No caso da saúde, as despesas fixas, definidas nos Planos de Saúde, devem receber recursos em função dessas leis.

É fundamental para os Conselhos de Saúde, acompanhar o processo orçamentário, discutir e aprovar a proposta elaborada pela Secretaria de Saúde, acompanhar a discussão e a sua aprovação pelo Poder Legislativo, fiscalizar sua execução e exigir prestação de contas na periodicidade que o conselho achar conveniente.

Para uma melhor compreensão, o processo orçamentário no setor público foi dividido didaticamente em sete passos:

- 1º passo – elaboração, discussão e aprovação do PPA: a proposta de PPA é encaminhada até o dia 31 de agosto do primeiro ano de cada mandato pelo chefe do Poder Executivo (prefeito, governador e presidente da República) ao Poder Legislativo correspondente (Câmara de Vereadores, Assembléia Legislativa e Congresso Nacional respectivamente). A execução do PPA inicia-se no segundo ano do mandato do prefeito, governador ou presidente da República e encerra-se no primeiro ano do mandato subsequente. O PPA define as grandes linhas de governo;
- 2º passo – elaboração, discussão e aprovação da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO): a proposta de LDO é encaminhada todo ano pelo chefe do Poder Executivo ao Poder Legislativo correspondente e vale para o ano seguinte. A LDO é o detalhamento do PPA;
- 3º passo – elaboração da proposta orçamentária para o ano seguinte, com base nas regras definidas na LDO: a proposta orçamentária é elaborada pelos órgãos setoriais que compõem cada governo, é consolidada pelo setor de planejamento e encaminhada pelo chefe do Poder Executivo ao respectivo Poder Legislativo;

- 4º passo – discussão da proposta orçamentária encaminhada pelo Poder Executivo, apresentação de emendas e aprovação pelos parlamentares, de projeto de lei orçamentária;
- 5º passo – sanção da Lei Orçamentária Anual (LOA) pelo chefe do Poder Executivo correspondente, contendo o orçamento dos órgãos públicos daquela respectiva esfera de governo para o ano seguinte. A sanção da LOA pelo chefe do Poder Executivo pode se dar sem vetos ou com vetos, sendo que, em caso de veto, cabe ao Poder Legislativo correspondente apreciá-lo, mantê-lo ou derrubá-lo;
- 6º passo – execução, por parte dos órgãos públicos, do orçamento aprovado;
- 7º passo – prestação de contas, por parte dos dirigentes dos órgãos públicos, da execução orçamentária sob sua responsabilidade às instâncias de controle social (Tribunal de Contas, Poder Legislativo, Conselho de Saúde, outros conselhos entre outros).

Tradicionalmente a proposta orçamentária é feita por técnicos dos órgãos que compõem os governos e são analisadas e alteradas por um pequeno grupo de parlamentares. A justificativa para essa prática é que por se tratar o orçamento de uma peça técnica, ela só pode ser elaborada e analisada por técnicos altamente especializados. Essa “tradição” tem contribuído para que os orçamentos sejam desconhecidos pela população e não expressem os reais interesses daquele que deveria ser o mais beneficiado: o povo.

Numa perspectiva mais ampla de luta pela democratização do Estado, experiências de criação de mecanismos de participação dos cidadãos na definição das políticas públicas e do orçamento vêm sendo bem-sucedidas em vários municípios e estados brasileiros. Esse movimento, que se tem chamado de “orçamento participativo”, está se constituindo como uma nova forma de relação entre governo e comunidade, pois exige uma postura que privilegia a transparência nas aplicações dos recursos públicos e na capacidade de ouvir e respeitar as propostas e prioridades que atendam aos interesses e às decisões populares.

Cabe à sociedade civil organizada, consolidar esses movimentos ou buscar outras formas de assegurar mais controle e transparência sobre a aplicação dos recursos públicos

que, na essência, são do público e não dos governos, dos parlamentares ou de grupos privados.

1.2 ATRIBUIÇÕES E ASPECTOS LEGAIS DOS CONSELHOS DE SAÚDE: ASPECTO ECONÔMICO E FINANCEIRO

A lei nº 8.142 /90 confere aos Conselhos de Saúde as atribuições de atuar na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, atribuições estas que são também do próprio Poder Executivo e do Poder Legislativo.

Por isso, de acordo com essa lei, o Conselho de Saúde “atua na”, compartilhando suas atribuições com os Gestores propriamente ditos (Ministério e Secretarias de Saúde) e as Casas Legislativas (Congresso Nacional, Assembléias Estaduais e Câmaras de Vereadores). Ao integrarem o Poder Público e o Estado, os Conselhos de Saúde têm diante de si a definição do seu espaço privilegiado de atuação onde devem exercer as suas atribuições.

Nesse aspecto, é importante destacar que a grande amplitude e diferenciação desse espaço, inclui os demais órgãos do Poder Executivo, os Tribunais de Contas vinculados ao Poder Legislativo, o Ministério Público e o Poder Judiciário.

Aqui reside uma das estratégias centrais dos Conselhos de Saúde, que é a realização das suas atribuições legais no processo da permanente construção das suas articulações e relações especiais com os gestores do SUS e com as casas legislativas.

Com relação às duas atribuições legais, cabe ainda uma consideração: a atuação na formulação de estratégias diz respeito a uma postura combativa, de construção do novo modelo, e a atuação no controle da execução das políticas, a uma postura defensiva, contra os desvios e distorções.

Essas duas visões devem ser relativizadas: a atuação na formulação não deve ser vanguardista e isolada, mas sempre que possível, articulada e sinérgica com o gestor do SUS (que tem assento no Conselho de Saúde) e o Poder Legislativo, sem qualquer prejuízo da autonomia e agilidade próprias do conselho. Por outro lado, a atuação no controle da execução não deve ser meramente da fiscalização tradicional burocrática, mas sim de acompanhamento permanente da execução dos programas prioritários do SUS, de

pesquisas por amostragem de usuários, prestadores e profissionais, e de indicadores de saúde. Isso, com o cuidado de não responsabilizar somente os serviços de saúde por todas as agressões à saúde dos cidadãos, que é também de origem social, econômica, racial, etária e de gênero.

É a forma de controle e participação da sociedade na definição e no acompanhamento da execução das políticas de saúde estabelecidas.

A existência e o funcionamento dos Conselhos de Saúde são requisitos exigidos para a habilitação ao recebimento dos recursos federais repassados fundo a fundo desde a edição da Lei Orgânica da Saúde em 1990. Recentemente, essa exigência foi reforçada pela EC n° 29/2000.

Os estados, o Distrito Federal e os municípios têm autonomia para administrar os recursos destinados à saúde de acordo com o estabelecido nos seus respectivos planos de saúde elaborados em consonância com o Plano Nacional de Saúde e submetidos à aprovação dos Conselhos de Saúde.

Da Lei Orgânica da Saúde n° 8.080, de 19 de setembro de 1990, é importante fazer alguns destaques:

CAPÍTULO II – Dos Princípios e Diretrizes

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

I – universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II – integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III – preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV – igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V – direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI – divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII – utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII – participação da comunidade;

IX – descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

[...]

CAPÍTULO IV – Da Competência e das Atribuições

Seção I – Das Atribuições Comuns

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

I – definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;

II – administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;

[...]

VIII – elaboração e atualização periódica do plano de saúde;

IX – participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;

X – elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), de conformidade com o plano de saúde;

[...]

TÍTULO IV – DOS RECURSOS HUMANOS

[...]

Art. 28. Os cargos e funções de chefia, direção e assessoramento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), só poderão ser exercidas em regime de tempo integral.

[...]

CAPÍTULO II – Da Gestão Financeira

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

[...]

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

[...]

CAPÍTULO III – Do Planejamento e do Orçamento

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

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

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

A lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, também conhecida como a “Lei do controle social”, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Abaixo, faz-se alguns destaques da mesma:

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

I – a Conferência de Saúde; e

II – o Conselho de Saúde.

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

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

[...]

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

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

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

[...]

IV – cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos municípios, estados e Distrito Federal.

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

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

[...]

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

I – fundo de saúde;

II – Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990;

III – plano de saúde;

IV – relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4º do Art. 33 da lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

V – contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;

VI – Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.

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

O Conselho Nacional de Saúde, com o objetivo de acelerar e consolidar o controle social do SUS, editou a Resolução CNS nº 333, de 4 de novembro de 2003, que foi homologada pelo Ministro de Estado da Saúde. Este documento aprovou as diretrizes para a criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. É importante destacar alguns trechos deste documento:

DA ORGANIZAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

[...]

II – Mantendo ainda o que propôs a Resolução nº 33/92 do CNS e consoante as recomendações da 10ª e da 11ª Conferências Nacionais de Saúde, as vagas deverão ser distribuídas da seguinte forma:

- a) 50% de entidades de usuários;
- b) 25% de entidades dos trabalhadores de saúde;
- c) 25% de representação de governo, de prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos.

III – A representação de órgãos ou entidades terá como critério a representatividade, a abrangência e a complementaridade do conjunto de forças sociais, no âmbito de atuação do Conselho de Saúde. De acordo com as especificidades locais, aplicando o princípio da paridade, poderão ser contempladas, dentre outras, as seguintes representações:

- a) de associações de portadores de patologias;
- b) de associações de portadores de deficiências;
- c) de entidades indígenas;
- d) de movimentos sociais e populares organizados;
- e) movimentos organizados de mulheres, em saúde;

- f) de entidades de aposentados e pensionistas;
- g) de entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais;
- h) de entidades de defesa do consumidor;
- i) de organizações de moradores;
- j) de entidades ambientalistas;
- k) de organizações religiosas;
- l) de trabalhadores da área de saúde: associações, sindicatos, federações, confederações e conselhos de classe;
- m) da comunidade científica;
- n) de entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento;
- o) entidades patronais;
- p) de entidades dos prestadores de serviço de saúde;
- q) de Governo.

[...]

V – O mandato dos conselheiros será definido no Regimento Interno do Conselho, não devendo coincidir com o mandato do Governo Estadual, Municipal, do Distrito Federal ou do Governo Federal, sugerindo-se a duração de dois anos, podendo os conselheiros ser reconduzidos, a critério das respectivas representações.

[...]

VII – A participação do Poder Legislativo e Judiciário não cabe nos Conselhos de Saúde, em face da independência entre os Poderes.

[...]

X – A função de Conselheiro é de relevância pública e, portanto, garante sua dispensa do trabalho sem prejuízo para o conselheiro, durante o período das reuniões, capacitações e ações específicas do Conselho de Saúde.

DA ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

[...]

IV – O orçamento do Conselho de Saúde será gerenciado pelo próprio Conselho de Saúde.

[...]

X – A cada três meses deverá constar das pautas e assegurado o pronunciamento do gestor das respectivas esferas de governo, para que faça prestação de contas em relatório detalhado contendo dentre outros, andamento da agenda de saúde pactuada, relatório de gestão, dados sobre o montante e a forma de aplicação dos recursos, as auditorias iniciadas e concluídas no período, bem como a produção e a oferta de serviços na rede assistencial própria contratada ou conveniada, de acordo com o artigo 12 da lei n.º 8.689/93, destacando-se o grau de congruência com os princípios e diretrizes do SUS.

XI – Os Conselhos de Saúde, desde que com a devida justificativa, buscarão auditorias externas e independentes, sobre as contas e atividades do Gestor do SUS, ouvido o Ministério Público.

XII – O Pleno do Conselho deverá manifestar-se por meio de resoluções, recomendações, moções e outros atos deliberativos. As resoluções serão obrigatoriamente homologadas pelo chefe do poder constituído em cada esfera de governo, em um prazo de 30 (trinta) dias, dando-se-lhes publicidade oficial. Decorrido o prazo mencionado e não sendo homologada a resolução, nem enviada pelo gestor ao Conselho justificativa com proposta de alteração ou rejeição a ser apreciada na reunião seguinte, as entidades que integram o Conselho de Saúde podem buscar a validação das resoluções, recorrendo, quando necessário, ao Ministério Público.

DA COMPETÊNCIA DOS CONSELHOS DE SAÚDE

[...]

IV – Atuar na formulação e no controle da execução da política de saúde, incluindo os seus aspectos econômicos e financeiros e propor estratégias para a sua aplicação aos setores público e privado.

[...]

VII – Proceder à revisão periódica dos planos de saúde.

VIII – Deliberar sobre os programas de saúde e aprovar projetos a serem encaminhados ao Poder Legislativo, propor a adoção de critérios definidores de qualidade e resolutividade, atualizando-os em face do processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos, na área da Saúde.

[...]

XII – Aprovar a proposta orçamentária anual da saúde, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias (artigo 195, § 2º da Constituição Federal), observado o princípio do processo de planejamento e orçamentação ascendentes (artigo 36 da lei nº 8.080/90).

XIII – Propor critérios para programação e execução financeira e orçamentária dos fundos de saúde e acompanhar a movimentação e destinação dos recursos.

XIV – Fiscalizar e controlar gastos e deliberar sobre critérios de movimentação de recursos da Saúde, incluindo o fundo de saúde e os transferidos e próprios do município, Estado, Distrito Federal e da União.

XV – Analisar, discutir e aprovar o relatório de gestão, com a prestação de contas e informações financeiras, repassadas em tempo hábil aos conselheiros, acompanhado do devido assessoramento.

Por fim, e para reforçar ainda mais o papel do controle social, no âmbito do SUS, o Conselho Nacional de Saúde aprovou, através da Resolução nº 363, de 11 de agosto de 2006, a Política Nacional de Educação Permanente para o controle social no SUS, para implementação nas três esferas de governo – federal, estadual e municipal.

Entende-se como educação permanente para o controle social, os processos pedagógicos que contribuem para o desenvolvimento da ação do sujeito social em torno do cumprimento do direito à saúde e com metodologias participativas, através de processos formais e informais que valorizam as experiências (vivências) das pessoas.

A política nacional de educação permanente para o controle social no SUS, tem no seu alicerce seis eixos estruturantes que expressam aspectos prioritários para elaboração dos planos de ação dos Conselhos de Saúde e têm a finalidade de atualização e aperfeiçoamento dos conhecimentos dos sujeitos sociais para o envolvimento da sociedade com o Sistema Único de Saúde.

O eixo 2 refere-se ao financiamento da participação e do controle social, do qual ressaltamos a partir de então.

O controle social como um dos eixos estruturantes do Sistema Único de Saúde é financiado pelas três esferas de governo, com recursos dos tributos, taxas e contribuições sociais que são recolhidas obrigatoriamente da sociedade pelos governos municipais, estaduais e federal.

Assim, cada esfera de governo deve cumprir a Emenda Constitucional nº 29/2000 (EC 29), que assegura os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços de saúde, devendo os municípios aplicar no mínimo 15%; e estados e o Distrito Federal 12% do produto da arrecadação de impostos; e a União, no mínimo, 5% da variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB).

A esfera municipal executa a maior parte das ações e serviços de saúde. A legislação exige repasse de recursos para as contas especiais dos fundos de saúde. Esses recursos devem obrigatoriamente explicitar valores e percentuais para o fortalecimento da participação e do controle social.

O processo orçamentário é um dos instrumentos de planejamento e execução dos recursos na área da saúde. Nesse momento, antes de serem enviadas pelo Executivo ao Legislativo, as questões da área da saúde devem ser submetidas à apreciação dos Conselhos de Saúde correspondentes.

A dotação orçamentária para o fortalecimento da participação e do controle social deve prever recursos financeiros que garantam a estrutura e o funcionamento dos Conselhos de Saúde – espaço físico, recursos financeiros e pessoal –, a realização de Conferências de Saúde, Plenárias de Conselhos, deslocamento de conselheiros, equipe

técnica, produção de materiais de divulgação, entre outras ações de educação permanente para o controle social no SUS, e mobilização social.

Recomenda-se que os Conselhos de Saúde constituam comissões de orçamento e financiamento do SUS, para acompanhar, fiscalizar e analisar a execução orçamentária da esfera correspondente.

A partir de um processo de negociação e pactuação entre gestores do SUS durante cerca de 2 anos, o Ministério da Saúde elaborou o Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão e pactuou com a Comissão Intergestora Tripartite. Aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, em 22 de fevereiro de 2006, e publicado pelas portarias do Gabinete do Ministro nº 399 de 26 de fevereiro de 2006, e nº 699 de 30 de março de 2006, este pacto refere-se às ações a serem desenvolvidas para fortalecer o processo de participação social.

Destaca-se nele o apoio aos Conselhos de Saúde e conferências, o processo de formação de conselheiros, a participação e avaliação dos cidadãos nos serviços de saúde, a ampliação e qualificação da participação no SUS e o processo de mobilização social e institucional em defesa deste.

Desta forma, a política de educação permanente para o controle social no SUS deve constar no termo de compromisso de gestão do referido pacto nos municípios, estados e União.

O Pacto de Gestão prevê a assinatura dos termos de compromisso de gestão que se constituirão em pilares da gestão do SUS, através da adesão solidária dos municípios, estados e União para a execução das políticas de saúde, ao integrarem as várias formas de repasses de recursos federais como estabelecido na 7ª diretriz sobre a participação e o controle social.

A participação social no SUS como uma diretriz constitucional e descrita nas leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90 é parte fundamental do Pacto, que descreve como ações o seguinte:

- a) Apoiar os Conselhos de Saúde, as Conferências de Saúde e os movimentos sociais que atuam no campo da saúde, com vistas ao seu fortalecimento para que os mesmos possam exercer plenamente seus papéis;
- b) Apoiar o processo de formação de conselheiros;

- c) Estimular a participação e avaliação dos cidadãos nos serviços de saúde;
- d) Apoiar os processos de educação popular na saúde, para ampliar e qualificar a participação social no Sistema Único de Saúde;
- e) Apoiar a implantação e implementação de ouvidorias nos municípios e estados, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do Sistema Único de Saúde;
- f) Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do Sistema Único de Saúde na discussão do pacto.

1.3 OUTRAS FORMAS DE CONTROLE SOCIAL

O direito à saúde pode ser garantido legalmente por outros meios de controle social, além da participação da comunidade prevista na organização do sistema sanitário e formalizada nos conselhos e conferências de saúde.

Diversos mecanismos foram criados na Constituição de 1988 para operacionalizar a participação popular na gestão do Brasil. Assim, previu-se que a capacidade legislativa pertence aos representantes eleitos e a quem os elegeu. Estes podem propor projetos de lei (CF Art. 61, § 2º), participar de audiências para debatê-los (CF Art. 58, § 2º, II), referendar uma lei ou se manifestar, em plebiscito, sobre assuntos considerados relevantes pelo Congresso Nacional (CF Art. 49, XV).

Do mesmo modo, quando organizados em confederação sindical ou entidade de classe, ou ainda quando pertencendo a partido político, podem pedir a retirada do mundo jurídico de uma lei que contrarie o que ficou estabelecido na Constituição (CF Art. 103, VIII e IX).

E, para que não reste qualquer dúvida sobre a obrigação constitucional do encarregado da administração pública de obedecer e de fazer cumprir os direitos afirmados, a Constituição define como crime de responsabilidade do presidente da República os atos que atentem contra o exercício dos direitos políticos, individuais e sociais (CF Art. 85, III).

O mandado de injunção é outro instrumento que revela as inúmeras possibilidades de participação do povo em diversas funções do poder político. Por meio desse instrumento qualquer pessoa pode pedir que o juiz faça valer o direito criado pelo constituinte e não

regulamentado pelo legislador ou nem aplicado pelo administrador (CF Art. 5º, LXXI). Considerando que as associações também estão legitimadas para utilizar tal instrumento, é fácil imaginar sua utilidade quando o povo se convence de que todos os direitos declarados são, efetivamente, direitos constitucionais.

O poder legislativo é o representante tradicional do povo nas democracias. Isto quer dizer que todos os direitos podem e devem ser garantidos com a participação dos parlamentares. Assim, tanto as Assembléias Legislativas Estaduais – e seus órgãos assessores, como o Tribunal de Contas, por exemplo –, quanto às Câmaras de Vereadores, estas têm importante papel na garantia do direito à saúde.

A distribuição constitucional de competências e, portanto, de responsabilidades, que trata igualmente entes políticos, cuja desigualdade de condições socioculturais e econômicas é óbvia, dificulta o emprego de instrumentos, em princípio, eficazes. Portanto, é necessário que se reafirme a importância dos legislativos regionais e locais e a possibilidade que detêm de adequar os mecanismos de controle social à realidade para que sirvam efetivamente como instrumentos de garantia de direitos.

De fato, foi legitimada a capacidade do cidadão, dos partidos políticos, das associações e dos sindicatos para, fiscalizando a contabilidade, os financiamentos, o orçamento das entidades administrativas, denunciarem irregularidades aos Tribunais de Contas (CF Art. 74, § 2º).

Considerando-se a tradicional teoria da separação de Poderes, pode-se afirmar que o único que permaneceu impermeável à participação direta das pessoas foi o Poder Judiciário. Houve, entretanto, enorme alargamento nas possibilidades de acesso a ele.

Assim, para proteger o direito desrespeitado por autoridade pública ou assemelhados, previu-se o mandado de segurança, que pode ser impetrado pelo indivíduo ofendido ou por partido político, organização sindical, entidade de classe ou associação na defesa de seus membros ou associados (CF Art. 5º, LXIX e LXX); e para garantir o acesso à informação e sua veracidade permitiu-se apenas ao interessado o uso do *habeas data* (CF Art.5º, LXXII).

Só, o indivíduo é também, legitimado para propor ação (popular) que vise anular ato lesivo ao patrimônio público amplamente considerado (CF Art.5º, LXXIII).

Por outro lado, pela primeira vez na história constitucional brasileira foram claramente definidas as funções do órgão especialmente voltado para a defesa da ordem

jurídica, do regime democrático, e dos interesses sociais e individuais indisponíveis (CF Art. 127 a 130). Trata-se do Ministério Público que, junto a qualquer juízo, é o advogado do povo na defesa dos direitos assegurados na Constituição. Ele é igualmente um investigador privilegiado, uma vez que a ele é garantido o acesso às informações necessárias ao exercício de suas funções, mesmo quando elas estejam sob a guarda da administração.

Foi ainda instituída a Defensoria Pública para a orientação jurídica e a defesa em todos os graus, dos necessitados (CF Art. 134).

Especialmente no que interessa à saúde, em virtude da expressão constitucional “relevância pública”, o Ministério Público está diretamente envolvido. Com efeito, em 4 de outubro de 1991 algumas das mais expressivas figuras do meio jurídico nacional assinaram um documento externando seu entendimento da expressão “relevância pública”, adotada na Constituição da República Federativa do Brasil em 1988.

Eminentes professores de Direito, dirigentes das procuradorias da República, da Justiça do Estado de São Paulo, da Associação dos Magistrados Brasileiros, juizes federais, desembargadores, procuradores da República e promotores públicos concordaram que a correta interpretação do artigo 196 do texto constitucional implica o entendimento de ações e serviços de saúde como o conjunto de medidas dirigidas ao enfrentamento das doenças e suas seqüelas, através da atenção médica preventiva e curativa, bem como de seus determinantes e condicionantes de ordem econômica e social e que o Ministério Público tem a função institucional de zelar pelos serviços de relevância pública, dentre os quais as ações e serviços de saúde, adotando as medidas necessárias para sua efetiva prestação, inclusive em face de omissão do poder público.

Outro mecanismo para assegurar a defesa do Direito do Consumidor é a Procuradoria de Proteção e Defesa do Consumidor (PROCON). Trata-se de um órgão de proteção e defesa do consumidor e quando o cidadão se sentir prejudicado nos seus direitos, recorre a ele. Em geral, as pessoas pensam que o PROCON¹ só se dedica ao consumidor de bens ou objetos, entretanto, o código prevê a proteção do consumidor de serviço e se o cidadão for mal atendido no posto de saúde ou hospital, ele pode denunciar no PROCON.

¹ Apesar da sigla PROCON referir-se a um órgão cujo nome é feminino, popularmente se utiliza esta sigla como palavra no masculino.

2 OBJETO E OBJETIVOS DO ESTUDO

2.1 OBJETO

Constitui-se no objeto do presente estudo o Conselho Municipal de Saúde de Pedra Branca, visando compreender em que medida ele atuou na formulação de estratégias e no controle da execução da política local de saúde, nos aspectos econômicos e financeiros.

2.2 OBJETIVOS

O **objetivo geral** da pesquisa é analisar a atuação do Conselho Municipal de Saúde de Pedra Branca nos anos de 1993, 1997, 2001 e 2005, caracterizando o exercício do controle social com foco na abordagem econômica e financeira da gestão municipal da saúde.

Os **objetivos específicos** são:

- Analisar o desempenho do Conselho Municipal de Saúde no processo de elaboração das políticas de saúde de Pedra Branca, considerando os aspectos econômicos e financeiros;
- Descrever o funcionamento do CMS, no seu papel de fiscalizador e controlador dos gastos em saúde no município de Pedra Branca;
- Observar o cumprimento da legislação pertinente ao controle social, nos aspectos econômicos e financeiros.

3 METODOLOGIA

O fato preponderante para ser iniciado o presente trabalho, foi de solicitar ao Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Pedra Branca, o seu consentimento para a realização deste. Isto ocorreu durante uma reunião ordinária do conselho, em 2006, com a aprovação de todos, e partir de então foi dado início ao estudo.

3.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo se deu através de pesquisa documental. Portanto não foi considerada nenhuma informação que não estivesse registrada nos documentos analisados.

A pesquisa enquadra-se como do tipo avaliativa; neste enfoque procura estabelecer a relação entre as diversas variáveis aprofundando o conhecimento da realidade através da análise das informações. O estudo foi pautado na análise das atas do CMS de Pedra Branca.

3.2 ALCANCE DOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Para o alcance dos objetivos específicos foram utilizadas as seguintes estratégias:

- I. Para analisar o desempenho do Conselho Municipal de Saúde no processo de elaboração das políticas de saúde de Pedra Branca, considerando os aspectos econômicos e financeiros, foram consideradas as informações provenientes dos Planos Municipais de Saúde que encontrassem registradas em ata, e nas discussões registradas ao longo do período em análise;
- II. Para descrever o funcionamento do CMS, no seu papel de fiscalizador e controlador dos gastos em saúde no município de Pedra Branca, foram considerados os registros em ata pertinentes aos relatórios de gestão e às

prestações de contas, além das discussões registradas ao longo do período em análise;

- III. Para observar o cumprimento da legislação pertinente ao controle social, nos aspectos econômicos e financeiros, foi considerada principalmente, a coerência dos registros em ata com as leis Orgânicas da Saúde e a Resolução n° 333/CNS/2003.

3.3 COLETA DOS DADOS

Para obtenção dos dados foram analisadas 38 atas aprovadas pelo CMS de Pedra Branca, distribuídas nos anos de 1993, 1997, 2001 e 2005, conforme detalha o Anexo A. Todas as 38 atas foram lidas e depois resumidas, destacando os aspectos econômicos e financeiros.

Para complementar as informações do estudo e possibilitar uma análise mais aprofundada das variáveis, foram analisadas além das atas do CMS, o Regimento Interno, a lei de criação e resoluções do CMS, legislação federal e/ou estadual correspondentes.

No ano de 1993, só houve registro de três reuniões no livro de atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Pedra Branca. No entanto, percebemos a ausência das páginas 37 a 44. Provavelmente foram destacadas para alguma finalidade, muito embora não tenha sido encontrado nenhum registro a respeito desta, ou apenas, tenham sido extraviadas. A página 45 inicia com reunião ordinária do dia 4 de fevereiro de 1994.

3.4 PERÍODO DE ESTUDO

Para a definição do período de estudo foram considerados os anos correspondentes aos inícios de mandatos do Poder Executivo municipal, a partir do ano de criação do CMS de Pedra Branca por lei municipal, que ocorreu em 21 de outubro de 1991.

No ano que se inicia cada mandato ou gestão, é elaborado o Plano Municipal de Saúde, importante documento de análise deste estudo. Os anos de elaboração/apreciação

dos planos municipais de saúde, desde a criação do CMS de Pedra Branca, determinaram o período de estudo do presente trabalho, conforme demonstra o quadro abaixo:

Quadro 1 – Período de estudo (ano de análise)

Ano de Análise	Gestão / Mandato
1993	1993 – 1996
1997	1997 – 2000
2001	2001 – 2004
2005	2005 – 2008

Fonte: Elaboração do autor.

3.5 CENÁRIO DO ESTUDO

O local para realização do estudo foi o município de Pedra Branca, situado na região central do Estado do Ceará, região Nordeste do Brasil, a 285 km da capital, Fortaleza.

Pedra Branca possui área territorial de 1.197 km² e ocupa 0,82% do território do Estado. Tem uma topografia bastante acidentada que dificulta a acessibilidade dos usuários aos serviços públicos. O território do município é marcado pelo sertão semi-árido e pela Serra de Santa Rita; a sede do município está a 500 m de altitude.

Com uma população de 42.177 habitantes, conforme a estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e estatística (IBGE) para o ano de 2006, Pedra Branca se encontra entre os municípios de médio porte do Estado do Ceará.

Os limites do município são os seguintes: ao norte, Boa Viagem e Quixeramobim; ao sul, Mombaça; a leste, Senador Pompeu; ao oeste, Tauá e Independência.

4 A SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PEDRA BRANCA

De acordo com o desenho de regionalização da assistência à saúde do Estado do Ceará, o município de Pedra Branca compõe a 8ª Célula Regional de Saúde (8ª CERES), cuja sede é no município de Quixadá, juntamente com os municípios de Choró, Ibaretama, Quixeramobim, Banabuiú, Solonópoles, Senador Pompeu, Milhã e Ibicuitinga, totalizando 10 municípios.

De acordo com os requisitos da Norma Operacional Básica do SUS (NOB SUS 01/1996), e posteriormente, com a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS SUS 01/ 2001 e NOAS SUS 01/2002 – o município de Pedra Branca mantém-se habilitado na condição de gestão plena do sistema municipal, desde 1998, oficializado pela portaria do Ministério da Saúde nº 2.422, de 23 de março de 1998.

De acordo com as orientações da NOAS SUS 01/2002, este nível de gestão implica ter conhecimento apurado da realidade epidemiológica do município nas diversas áreas de atuação do setor saúde para que o planejamento das ações possam realmente contemplar as necessidades dos usuários do SUS, embasar os estudos e estratégias de atuação da Secretaria Municipal da Saúde e permitir a reorganização do sistema de atenção, com melhora do acesso e da qualidade dos serviços prestados.

Na gestão plena do sistema municipal, o município assume o compromisso de garantir a assistência integral, tanto ambulatorial quanto hospitalar de sua população, recebendo para isso recursos financeiros da atenção básica e da assistência de média e alta complexidade.

Os recursos financeiros são calculados de acordo com a capacidade resolutiva e pela série histórica dos pagamentos efetuados pelo Ministério da Saúde, sejam eles públicos ou privados. Nesta forma de gestão, o município detém a responsabilidade de gestão de todo o sistema municipal, exercendo o comando único.

Recentemente foi publicada pelo Ministério da Saúde a portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais deste.

Esse pacto apresenta mudanças significativas para a execução do SUS, dentre as quais ressaltamos:

- a substituição do atual processo de habilitação, conforme estabelecido na NOB SUS 01/96 e na NOAS SUS/2002, pela adesão solidária aos termos de compromisso de gestão;
- a regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de descentralização;
- a integração das várias formas de repasse dos recursos federais;
- e a unificação dos vários pactos hoje existentes.

A implantação deste pacto, nas suas três dimensões – Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão – possibilita a efetivação de acordos entre as três esferas de gestão do SUS para a reforma de aspectos institucionais vigentes, promovendo inovações nos processos e instrumentos de gestão que visam alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas e, ao mesmo tempo, redefine responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social.

A adesão ao pacto é firmada através da assinatura do termo de compromisso de gestão, pelo qual ficam estabelecidas as responsabilidades sanitárias e atribuições de cada gestor, as metas e objetivos do Pacto pela Vida e os indicadores de monitoramento. A assinatura desse termo substitui o atual processo de habilitação para estados e municípios, conforme estabelecido na NOB SUS 01/1996 e na NOAS SUS 01/2002.

O município de Pedra Branca aderiu ao Pacto pela Saúde, com a aprovação do Conselho Municipal de Saúde em 14 de novembro de 2006, da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) em 4 de dezembro de 2006, aguardando a homologação da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), para posterior publicação de portaria pelo Ministério da Saúde.

Vale ressaltar que a participação e o controle social são partes fundamentais deste pacto, ganhando um destaque especial na portaria que o instituiu (portaria nº 399/GM), na forma de responsabilidade sanitária das instâncias gestoras do SUS, inseridas na dimensão do Pacto de Gestão.

No que refere aos instrumentos de planejamento que auxiliam a gestão: Plano Municipal de Saúde, Agenda Municipal da Saúde e Quadro de Metas, estes precisam ser mais bem vivenciados e apropriados pelo Conselho Municipal de Saúde, gestores, profissionais e cidadãos, para que se tornem termômetros reais do processo de organização da saúde.

No âmbito local, a Secretaria Municipal da Saúde também está trabalhando na reorientação do modelo assistencial com a intenção de mudança do modelo centrado na assistência médica individual curativa para um modelo que contemple uma atenção integral do indivíduo, tendo por base a saúde coletiva. A implantação desde 1997 do Programa de Saúde da Família (PSF) tornou-se uma alternativa de reorganização da atenção básica sendo adotada como uma estratégia inicial de reorientação do modelo assistencial, tendo a família e seu território como alvos essenciais.

O PSF passa por um teste de credibilidade, seja devido à falta de médicos em algumas equipes ou porque se faz necessário um sistema eficaz de referência e contra-referência entre os níveis de atenção local na busca da assistência eficiente, e também, devido à necessidade de ações intersetoriais, na interface com outros setores das políticas públicas municipais, capazes de dar solução aos problemas identificados, para impactar a qualidade de vida da população.

Na tentativa de compatibilizar as necessidades advindas do crescimento do município com a melhora do acesso da população aos serviços de saúde e com a qualidade do atendimento, organizou-se a assistência, conforme o conceito de territorialização, em regiões denominadas distritos de saúde. Os distritos de saúde são regiões com áreas e populações definidas a partir de aspectos geográficos, econômicos e sociais que agrupam unidades de saúde e outros equipamentos sociais. A distribuição das unidades de saúde em distritos visa oferecer aos munícipes um atendimento básico e de pronto atendimento em urgências, próximo à sua residência.

Cada distrito de saúde conta com uma Unidade Básica de Saúde (UBS), que além do atendimento básico para sua área de abrangência, recebe usuários de sua área de influência. As UBS têm como finalidade prestar atendimento básico nas áreas médica, odontológica e de enfermagem para a população de sua área de abrangência.

Têm-se ainda em alguns distritos, Unidades Básicas Descentralizadas de Saúde (UBDS), que se localizam em microáreas, dentro da área de abrangência de Equipes de

Saúde da Família (ESF), e que funcionam apenas nos dias em que há atendimento descentralizado.

Atualmente, o município tem 12 ESF e 8 Equipes de Saúde Bucal (ESB) – todas qualificadas e credenciadas junto ao Ministério da Saúde. Dada a dificuldade de se encontrar médicos para atuar no PSF, há uma constante rotatividade destes profissionais. Quanto à atenção em saúde bucal, o município está caminhando no sentido de equiparar o nº de ESB às ESF, ou seja, que se possa ter 12 ESB.

Todas as 12 ESF prestam atendimentos de acordo com as responsabilidades e ações estratégicas mínimas de atenção básica, conforme a NOAS SUS 01/2002, além de outras ações.

A retaguarda de patologia clínica, ultra-sonografia, radiologia, eletrocardiografia e endoscopia digestiva, são prestadas na sede de Pedra Branca. Algumas consultas e exames especializados são atendidos em outros municípios, e dependem da central de marcação que funciona na Secretaria Municipal de Saúde e está integrada a Central de Regulação Estadual do SUS (CRESUS), e dependem ainda, da Programação Pactuada e Integrada (PPI).

Os atendimentos no nível secundário de atenção são feitos no Hospital Municipal São Sebastião (HMSS), no Centro de Saúde Dr. Paulo Ernesto em Pedra Branca, ou referenciados para o pólo microrregional de Quixadá e/ou Quixeramobim, ou para a macrorregional de Fortaleza.

O Hospital Municipal São Sebastião oferece atendimento em urgência/emergência nas 24 horas; assistência especializada em pediatria, ginecologia, clínica médica e cirurgia geral, e atendimento ambulatorial em especialidades como ortopedia, entre outros. Conta ainda, com serviços de apoio diagnóstico e terapêutico como radiologia, eletrocardiografia e ultra-sonografia.

O Hospital Municipal São Sebastião dispõem de 40 leitos, todos disponíveis ao SUS, e interna nas seguintes clínicas: cirúrgica, obstétrica, médica e pediátrica.

No Centro de Saúde Dr. Paulo Ernesto, também funciona um ESF e um ESB, que oferece além das responsabilidades e ações estratégicas mínimas de atenção básica, conforme a NOAS SUS 01/2002, assistência especializada em ginecologia, hanseníase, oftalmologia, fisioterapia e fonoaudiologia.

Também funciona no centro de saúde, um laboratório de análises clínicas, para atender a demanda das UBSs e do HMSS. A coleta de exames foi descentralizada para os distritos desde 1999, o que permitiu uma melhor e maior acessibilidade dos usuários do SUS local a este serviço.

O setor saúde do município é constituído pela rede pública municipal, 3 clínicas médicas privadas e 3 consultórios odontológicos também privados; em Pedra Branca não existe nenhuma unidade ou serviço, privado com ou sem fins lucrativos, credenciados ao SUS.

A rede pública municipal de saúde está estruturada com 12 unidades básicas de saúde (UBS), 3 unidades básicas descentralizadas de saúde (UBDS), 1 centro de saúde, 1 unidade de assistência farmacêutica, 1 unidade de vigilância sanitária e 1 hospital.

O quadro a seguir detalha a distribuição da rede pública municipal de saúde, conforme a localização por distritos de saúde:

Quadro 2 – Distribuição da rede pública municipal de saúde X distritos de saúde, em Pedra Branca-CE

Distrito de saúde Sede	1. Centro de Saúde Dr. Paulo Ernesto 2. UBS – Centro 3. UBS – Santa Úrsula 4. UBS – Santa Terezinha 5. UBS – Santa Maria 6. UAF – Unidade de Assistência Farmacêutica 7. VISA – Unidade de Vigilância Sanitária 8. HMSS – Hospital Municipal São Sebastião
Distrito de saúde Mineirolândia	9. UBS – Mineirolândia I 10. UBS – Mineirolândia II 10.1 UBDS – Fazenda Nova
Distrito de saúde São José (Quieto)	11. UBS – São José
Distrito de saúde São Francisco	12. UBS – São Francisco 12.1 UBDS – Pombinhas
Distrito de saúde Sítio Novo	13. UBS – Sítio Novo
Distrito de saúde Sítio Mata	14. UBS – Sítio Mata
Distrito de saúde Santa Cruz do Banabuiú (Cruzeta)	15. UBS – Santa Cruz do Banabuiú
Distrito de saúde Capitão Mor	16. UBS – Capitão Mor 16.1 UBDS – Tróia

Fonte: Plano Municipal de Saúde de Pedra Branca, 2005.

5 CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PEDRA BRANCA

Para melhor conhecer o Conselho Municipal de Saúde de Pedra Branca, é importante fazer um resgate histórico, desde a sua concepção. Será destacado, sempre que pertinente, as correlações deste capítulo, com os objetivos deste trabalho.

O referido conselho tem seu primeiro registro em 21 de outubro de 1990, data em que foi realizada a assembléia/seminário para formação do conselho, e que contou com a participação de 100 pessoas. Os registros encontram-se no livro ata – Conselho Municipal de Saúde de Pedra Branca.

Dentre outras questões, esta assembléia teve o propósito de informar a importância e a função do Conselho Municipal de Saúde (CMS). A assembléia também teve o papel de definir o perfil dos conselheiros e a composição do Conselho, que deveria ser paritária.

É importante destacar a conclusão desta assembléia, no que se refere ao perfil do conselheiro, através do seguinte registro em ata:

[...] ter honestidade, disponibilidade, responsabilidade para desempenhar seu papel e competência para fiscalizar a administração dos recursos, compromisso com a saúde da população, conhecimento sobre a política municipal de saúde e sobre o papel do Conselho Municipal de Saúde e autonomia.

Contudo, só após um ano da realização da assembléia, é que foi criado através da lei municipal nº 015/91 de 21 de outubro de 1991, o Conselho Municipal de Saúde de Pedra Branca. No Art. 1º desta lei, o CMS é instituído como órgão deliberativo do sistema único de saúde no âmbito municipal, e convém destacar no mesmo artigo, algumas competências do CMS:

II – formular as estratégias e controlar a execução da política municipal de saúde;

[...]

IV – enunciar as diretrizes de elaboração do plano municipal de saúde;

[...]

VI – avaliar, aprovar e acompanhar a programação e a gestão financeira e orçamentária, através do Fundo Municipal de Saúde;

A elaboração de regulamento interno, conforme previa o Art. 9º da lei nº 015/91, foi elaborado e denominado “Estatuto do Conselho Municipal de Saúde de Pedra Branca-Ceará”. Trata-se de um documento relativamente extenso, com 42 artigos. A composição do CMS foi detalhada, através dos diversos segmentos representados, totalizando 36 membros (18 titulares e 18 suplentes) que foram distribuídos de forma paritária.

Como a determinação da quantidade e os segmentos representados no CMS não estavam claros na lei que o criou, e ainda, que não deveria ser o estatuto o instrumento para esclarecer tal composição, foi sancionada em 19 de julho de 1993, a lei municipal nº 014/93, modificando o Art. 2º da lei nº 015/91, que tratava da Composição do Conselho Municipal de Saúde. A composição foi estabelecida de forma paritária, com 36 membros (18 titulares e 18 suplentes). É interessante destacar no segmento de usuários, um representante da Câmara de Vereadores, cuja representação não havia sido prevista na lei que criou o CMS, entretanto no estatuto do mesmo, foi contemplada esta representação.

Em 8 de janeiro de 1997, o Decreto nº 003/97 nomeou novos integrantes do Conselho Municipal de Pedra Branca, respeitando a composição estabelecida na lei nº 014/93.

No ano de 1998, em 23 de novembro, foi sancionada a lei nº 048/98 que reestruturou o Conselho Municipal de Saúde, alterando a sua composição. O número de membros foi ampliado para 44 (22 titulares e 22 suplentes), distribuídos conforme o critério da paridade. Foi excluída a representatividade da Câmara Municipal (Poder Legislativo), incluída a representatividade dos agentes comunitários de saúde, além de outras alterações.

O Projeto de lei nº 083 de 30 de outubro de 2000, resultou na lei nº 105/00 de 20 de novembro de 2000, que dispôs sobre a alteração da lei nº 048/98, e reestruturou o Conselho Municipal de Saúde, alterando novamente a sua composição. Foi obedecida a paridade, e o número de membros foi reduzido para 36 (18 titulares e 18 suplentes). A lei nº 105/00 continua vigente.

Em 2001 foi apreciado pelo CMS, o Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde de Pedra Branca-CE, no entanto não fora encontrado nas atas deste ano, registro de aprovação do mesmo. Contudo, na reunião do CMS, de 15 de fevereiro de 2001, está registrado que cada conselheiro recebeu uma cópia do documento para análise e alterações, caso necessário.

No Capítulo I, Art. 2º do Regimento Interno do CMS/2001, menciona que o CMS de Pedra Branca é um órgão de natureza deliberativa, consultiva, normativa, fiscalizadora, de assessoria da política e das ações de saúde do município.

No Capítulo II, Art. 3º do mesmo regimento, há algumas competências do CMS que é importante destacar:

V – acompanhar e controlar os recursos financeiros do SUS municipal através de apreciação da prestação de contas trimestral e elaborada pela Secretaria de Saúde do município;

VI – participar da fiscalização e da execução do Plano Municipal de Saúde do município;

[...]

VIII – exigir da Secretaria Municipal de Saúde, a implementação do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) do pessoal da saúde, [...];

Finalmente, foi aprovado em 10 de julho de 2003 pelo CMS, novo Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde de Pedra Branca, sem grandes alterações, quando comparado ao de 2001. Quanto aos destaques, todos de 2001 se repetem em 2003, apenas uma mudança na redação da alínea VI, que passou a ter o seguinte enunciado: “VI – participar da elaboração do Plano Municipal de Saúde; [...].”

O Conselho Municipal de Saúde de Pedra Branca continua sendo regido pelo Regimento de 2003, já que o mesmo permanece vigente.

A última composição do CMS ocorreu em abril de 2005, sendo homologado através do Decreto Municipal nº 025/05, de 2 de maio de 2005, pelo prefeito municipal, que nomeou novos membros, objetivando concretizar a participação da comunidade na organização, gestão, fiscalização e controle do SUS, conforme determina a Constituição Federal, em seu artigo 198 e as leis federais nº 8.080/90 e nº 8.142/90.

O Conselho Municipal de Saúde de Pedra Branca é presidido atualmente pela secretária municipal da saúde. Esta também incentiva a criação e a efetiva atuação de Conselhos Locais de Saúde – órgão de composição paritária entre profissionais de saúde e comunidade, pois entende que esse espaço possibilita uma discussão mais próxima com a população. As deliberações dos Conselhos Locais de Saúde são encaminhadas ao Conselho Municipal de Saúde.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 ASSUNTOS ABORDADOS PELO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE NA FORMULAÇÃO DE ESTRATÉGIAS, NO CONTROLE DA EXECUÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE, E NOS ASPECTOS ECONÔMICOS E FINANCEIROS

Neste capítulo destacam-se apenas os assuntos abordados nas reuniões do Conselho Municipal de Pedra Branca, correlacionados com a formulação de estratégias e com o controle da execução da política de saúde, nos aspectos econômicos e financeiros.

Conforme já dito antes, no ano de 1993, só houve registro de apenas três reuniões. As páginas 37 a 44 não estavam no Livro ata, provavelmente foram extraviadas. A página 45 inicia com Reunião Ordinária do dia 04 de fevereiro de 1994.

Outro ponto interessante, é que a primeira reunião deste ano, só foi acontecer no mês de junho. Na ocasião desta reunião, esteve presente o prefeito municipal, que comentou sobre o não recebimento dos recursos das autorizações de internamento hospitalar (AIHs), mas que todos os esforços estavam sendo envidados no sentido de superar aquela crise. O único comentário feito pelos conselheiros e registrado na ata desta reunião, nesta reunião, foi o seguinte: “Todos os conselheiros ficaram contentes com o rumo que a saúde do nosso município está tomando.”

Nesse mesmo ano, a segunda reunião aconteceu no mês de julho. Não foi registrado na ata se a reunião era ordinária ou extraordinária. Um fato interessante foi a solicitação de um determinado conselheiro, para que o secretário de Saúde fosse à Câmara de Vereadores fazer uma exposição de tudo que a saúde havia feito nos primeiros meses do ano. Entretanto, não há registro se a decisão foi acatada pelo secretário, ou se houve alguma deliberação nesse sentido.

Na última reunião de 1993, aconteceu a posse de novos conselheiros, destacando que isso ocorreu no mês de outubro, e que a penúltima reunião foi realizada em julho, ou seja, três meses antes. Um conselheiro fez um comentário, dizendo que o conselho funcionou bem enquanto estava sob a direção de um determinado secretário, mas com a saída deste, “o Conselho caiu muito”.

Dos anos analisados, este foi o pior em termos de atuação do conselho, pois além do inexpressivo número de reuniões, não foi encontrada nos registros deste ano, nenhuma apreciação de prestações de contas, nem de elaboração do Plano Municipal de Saúde e nem do Relatório de Gestão do ano anterior. A média do nº de participantes nessas reuniões, foi de 12 pessoas.

No ano de 1997, aconteceram 10 reuniões, sendo apenas uma extraordinária, e todas as outras ordinárias.

Na segunda reunião desse ano foi colocada para apreciação do Conselho a compra de exames de ultra-sonografia, sendo informado o preço unitário e a quantidade mensal estipulada. O valor a ser pago por exame, era maior que o aplicado pela tabela do SUS, mesmo assim, foi aprovada por unanimidade a implantação do serviço e a utilização dos recursos financeiros do SUS para o pagamento dos exames.

Merece destaque o fato de não ter havido nenhuma contestação acerca do preço unitário dos exames de ultra-sonografia, pois estava acima da tabela do SUS. É pouco provável que não tenha havido contestação. Provavelmente, o que houve foi omissão de registro do diálogo na ata. Supõe-se que, por exemplo, a dificuldade de levar profissionais ao interior do Estado, possa ter sido uma das justificativas do preço do exame ser maior que o da tabela do SUS.

Na mesma reunião houve uma deliberação para que fosse sugerida à Câmara Municipal a urgente aprovação do Código de Postura do município, pois muitos problemas poderiam ser resolvidos com a aprovação deste.

Em março de 1997, o conselho aprovou por unanimidade o Plano Municipal de Saúde do quadriênio 1997-2000. Na mesma reunião também foi aprovado o pleito do município em habilitar-se na gestão plena do sistema municipal, conforme a NOB SUS/96; não houve nenhuma discussão ou comentários, por parte dos conselheiros, nesta reunião.

Em abril de 1997 foi posto para apreciação o relatório de gestão de 1996. Após algumas observações feitas por determinados conselheiros, com relação à indicadores de saúde, o CMS aprovou por unanimidade o relatório de gestão de 1996. Também foi aprovada na mesma reunião, a continuidade do Programa Leite é Saúde, juntamente com a prestação de contas da 1ª etapa do mesmo programa.

Novamente, porém no mês de maio, foi apreciado e votado por unanimidade o Plano Municipal de Saúde (PMS) do quadriênio 1997-2000; não houve nenhuma

explicação da razão de está sendo apreciado novamente o PMS. Também foi aprovado nessa reunião, o regulamento da Secretaria Municipal de Saúde e os documentos necessários à habilitação na gestão plena do sistema municipal.

Na reunião de junho, foi observada uma grande atuação do CMS. Inicialmente houve uma discussão sobre o Programa de Órteses e Próteses, na qual foi decidido que seria formada uma comissão com 3 conselheiros para definir os critérios de seleção dos beneficiários, para ser apreciado na reunião seguinte. Foi discutido o projeto de lei acerca do Código Sanitário (Código de Postura) de Pedra Branca, o qual deveria ser votado na Câmara Municipal, em 14 de julho de 1997. A respeito disto, foi proposto por 2 conselheiros uma mobilização nas comunidades, para assegurar a presença das mesmas no dia da votação. A proposta foi aceita por todos, e ainda ficou decidido que cada conselheiro deveria convidar pelo menos dez pessoas das suas comunidades.

Ainda na reunião de junho, foi criada uma outra comissão para participar da elaboração de estratégias de trabalho, objetivando a prevenção da dengue. Para esta comissão, foram designadas 9 pessoas. Ao final da reunião, foi apresentada a prestação de contas do 1º trimestre de 1997, que foi aprovada por todos. Não houve nenhuma discussão ou comentário acerca deste ponto de pauta, o que leva a pensar, se não houve omissão de registro de fala na ata, ou se realmente os conselheiros sentiram-se plenamente esclarecidos e convencidos, não manifestando qualquer tipo de comentário. Antes que fosse encerrada a reunião, um dos conselheiro solicitou ajuda de custo ou diária, para os conselheiros da zona rural, sendo apoiado por todos, entretanto não houve nenhum registro de pronunciamento do secretário de Saúde.

Na ata de julho foi registrado que a comissão do Programa de Órteses e Próteses não se reuniu, pois a liberação dos recursos foi adiada. No entanto, foi apresentado pela comissão de Prevenção da Dengue, um relatório que indicava as estratégias a serem adotadas, que foi aprovado por todos. Também foi apresentado, os quantitativos de procedimentos realizados no período de janeiro à junho de 1997. Nessa mesma reunião, compareceu o prefeito municipal para comunicar que a Câmara havia autorizado a importação de alguns equipamentos de saúde, justificando que isto possibilitaria uma aquisição com preços bem reduzidos, quando comparados ao mercado nacional; não houve nenhuma discussão registrada em ata.

Novamente questiona-se até que ponto não houve de fato, nenhuma discussão, pois o assunto pautado imagina-se que possa ter sido à época, de significativa relevância.

Provavelmente, a pessoa que secretariava a reunião não tinha o cuidado de registrar todas as falas. Ao final desta reunião, foram apresentados ao conselho, e aprovados, diversos projetos que seriam encaminhados ao Ministério da Saúde.

Na reunião de agosto foi debatida a importância do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria, e foi aprovado o Plano de Organização do Serviço Municipal de Controle, Avaliação e Auditoria; não houve detalhamento do plano em ata.

Na reunião seguinte, o então secretário municipal da saúde informou que na reunião da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), ocorrida em 19 de setembro do mesmo ano, havia sido aprovada a habilitação do município de Pedra Branca em gestão plena do sistema municipal de saúde. O secretário também informou que havia conseguido com o vigário do município, um prédio para funcionar o serviço de fisioterapia, e que os equipamentos já haviam sido adquiridos; não houve registro em ata de nenhum comentário de conselheiro pertinente à implantação deste serviço.

Em dezembro de 1997 ocorreu a última reunião, deste ano. Na ocasião, foi apresentada pelo secretário municipal da saúde uma Avaliação da Gestão de 1997. Os conselheiros aproveitaram a oportunidade para destacar aspectos positivos e negativos da gestão. Como aspecto positivo, foi destacado a presença do secretário municipal da saúde no município; a implantação de equipes do Programa de Saúde da Família, visando a inversão do modelo de atenção à saúde, e outros assuntos. Já no aspecto negativo, os conselheiros concluíram que faltaram parceiros para a execução de algumas políticas públicas de saúde, enfatizando a pouca participação das demais secretarias municipais.

Ao final desta reunião foi apresentada por um conselheiro, uma denúncia de que famílias beneficiadas com o Programa do Leite estariam vendendo leite a comerciantes locais. O Conselho deliberou através de uma resolução, a apuração do caso, e que fosse comunicado ao Ministério da Saúde o episódio.

A média do número de participantes nas reuniões de 1997, foi de 14 pessoas. Outro fato interessante, é que com exceção da primeira reunião, todas as outras aconteceram à noite, a partir das 19 horas.

A primeira reunião do ano de 2001, ocorrida no mês de janeiro, foi marcada por vários registros importantes. Nela foi dada posse aos novos conselheiros para o período de janeiro de 2001 à janeiro de 2003. Esta reunião foi a primeira, realizada após a IV Conferência Municipal de Saúde, e que rendeu comentários da então Gerente da 8ª

Microrregional de Saúde, que participou da reunião, como sendo “uma das mais bonitas Conferências Municipais de Saúde do Estado.”

Nesta reunião, houve a participação de diversas autoridades que vieram prestigiar a posse dos novos conselheiros. O então secretário municipal da saúde leu o projeto de lei nº 083/2000, que tratava da reestruturação do CMS, informando que o mesmo já havia se transformado na lei nº 105/2000. Esta Lei continua vigente até hoje, e não há atualmente nenhum projeto de lei, nesta área, encaminhado à Câmara Municipal de Pedra Branca, que proponha novas alterações ou novas formulações. A cerimônia de Posse do CMS foi encerrada com a entrega dos diplomas e termos de compromisso, para cada um dos novos conselheiros.

Ao final da reunião, o então secretário municipal da saúde colocou à disposição do conselho o cargo da presidência, alegando que seria em função de compromissos que pretendia assumir junto ao Conselho de secretários Municipais de Saúde do Ceará (COSEMS), e que por conta disso, ficaria difícil conciliar tantas responsabilidades. Depois de muito tempo em que o CMS era presidido por secretários de saúde (segmento governo), o presidente do conselho a partir desta reunião passou a ser um representante do segmento de profissionais de saúde, eleito pelo conselho. Também foi eleita a secretária executiva do conselho.

Ainda na reunião de janeiro, foi também apresentado pelo secretário, as atribuições e o calendário anual de reuniões do CMS.

Na reunião de fevereiro foi apresentado e distribuído pelo novo presidente do conselho, um texto explicativo que abordava a natureza das atribuições dos conselheiros municipais de saúde. Foram também apresentados, os indicadores de saúde do quadriênio 1997-2000. Foi entregue o Regimento Interno do CMS, previamente elaborado, para que fosse analisado por todos e trouxessem posteriormente para que fosse alterado, ou não, e aprovado. Foi explicado o fluxo e procedimentos para a apuração de denúncias. O secretário falou da importância de se buscar cursos para capacitação de conselheiros de saúde.

Ao final desta reunião, um conselheiro reivindicou aumento de salário para os profissionais da saúde de nível médio. O secretário justificou a impossibilidade de se conceder o aumento naquele momento, mas que o prefeito havia prometido um repasse de recursos maior para a saúde, entretanto sem previsão. Não houve nenhum registro de

réplica do conselheiro que reivindicou, e nem dos demais. Neste último assunto, acha-se que o conselho deveria ter tido uma postura mais incisiva, estabelecendo, por exemplo, uma nova data para se retomar a discussão.

Contudo, apesar de não ter tido nenhuma deliberação do conselho acerca da reivindicação de aumento salarial para os profissionais da saúde de nível médio, na reunião de março, uma conselheira cobrou posicionamento do prefeito sobre a questão. Ademais, não houve registro de esclarecimentos ou comentários da Secretaria de Saúde.

Em abril de 2001 foi apresentada a prestação de contas da Secretaria Municipal da Saúde, referente ao primeiro trimestre do mesmo ano. O secretário enfatizou que “apesar dos escassos recursos destinados à saúde, a Secretaria Municipal da Saúde tem procurado atender às necessidades da população.” Não houve registro de comentários de conselheiros, e nem que a prestação de contas tenha sido aprovada, ou desaprovada. Também fora apresentado, a situação dos principais indicadores de saúde, correspondentes ao mesmo período.

Na ocasião da reunião, o secretário convidou a todos os conselheiros para participarem de uma reunião, com alguns técnicos da área do controle social, para discutirem o papel do CMS e planejamento estratégico. O secretário falou ainda da conquista do Prêmio Amigo da Criança, pelo município. Na seqüência o secretário anunciou um corte, cujo percentual era de 20%, na alimentação do Hospital Municipal São Sebastião (HMSS), e que havia comprado o material para a realização de anestesia geral.

Ainda sobre esse assunto não houve registro algum de fala de conselheiros. Pela provável omissão de registro, o que foi descrito leva-se à algumas dúvidas: será que o corte anunciado foi para viabilizar a compra do material de anestesia? Na mesma reunião, um conselheiro solicitou ao secretário que contratasse mais um médico para um determinado distrito. O secretário teria respondido, segundo os registros em ata, que “[...] não tinha dinheiro nem para aumentar o salário dos médicos, o que dirá para contratar outros no momento.” Entretanto ao final da reunião, o secretário anunciou a contratação de um médico para o HMSS; é um fato um pouco contraditório.

O propósito aqui não é de questionar as condutas adotadas pelos gestores, mas a coerência na redação das atas. Acredita-se que os assuntos, dadas suas conseqüências, tenham sido exaustivamente discutidos nesta reunião. Porém, a provável omissão de

registro de informações, faz com que possibilite várias interpretações da redação. Assim, é imprescindível o registro na íntegra, de todas as falas e discussões, ocorridas nas reuniões.

Ao final da reunião de abril, foi anunciado pelo secretário, que o aumento salarial para os profissionais de nível médio, solicitado anteriormente pelo conselho, seria concedido por categorias e que os recursos destinados à investimentos da SMS, desde novembro do ano 2000 estavam sendo utilizados para pagamento de pessoal. Novamente, não houve registro em ata de nenhum comentário ou fala de conselheiros.

A PPI da assistência farmacêutica foi aprovada por unanimidade na reunião do CMS de maio, ficando definido o valor *per capita* pactuado pelo município. Tanto não houve registro de falas de conselheiros acerca da pauta, como também não foi registrado o valor pactuado.

A evidência que, de fato, havia muita omissão de registros em ata, pode ser mais bem compreendida através do registro da fala do secretário municipal da saúde de Piquet Carneiro (município próximo de Pedra Branca): “o SILOS de Pedra Branca é um dos melhores do Sertão Central” e disse ainda que “o CMS estava de parabéns pelo excelente nível de discussão.” A reunião que o referido secretário participou, ocorreu no mês de junho do ano 2001.

Entende-se que se existia um “excelente nível de discussão”, conseqüentemente deveria haver também muitas falas e comentários, por isso supõe-se que não eram realizados os devidos registros nas atas.

Reforçando a idéia de freqüente omissão, estava na pauta desta reunião de junho, a apreciação do Plano Municipal de Auditoria, Controle e Avaliação, no entanto não foi encontrada a ata ou qualquer informação a respeito deste. Nesta reunião foi anunciado pelo então presidente do conselho, a sua saída do município e conseqüentemente do CMS, devendo o cargo de Presidente ser assumido por outra pessoa. Como na época da eleição para Presidente houve 2 candidatos, o segundo mais votado assumiu a presidência. Este também era representante do segmento profissionais de saúde.

Na reunião seguinte, realizada em agosto, o secretário municipal da saúde informou que o presidente do conselho havia renunciado o cargo e, portanto, nem chegou a presidir nenhuma reunião. Foi sugerido o nome de uma conselheira representante do segmento governo para assumir a presidência, o conselho aprovou por unanimidade.

Em seguida, o secretário apresentou a prestação de contas do segundo trimestre de 2001 da SMS, explicando que as despesas tinham sido maiores que a receita, mas que o prefeito havia se comprometido em repassar o valor correspondente ao *déficit*. Com exceção do seguinte registro: “[...] a prestação de contas do segundo trimestre de 2001 foi aprovada por unanimidade”, não houve nenhum outro comentário.

Em outubro foi apresentado ao CMS, e aprovado, o relatório de gestão do ano 2000. O único registro encontrado foi: “[...] o Relatório de Gestão do ano 2000 foi aprovado por todos.”

O Plano Municipal de Saúde do quadriênio 2001-2004 e a prestação de contas do terceiro trimestre de 2001 da SMS foram aprovados pelo CMS, na reunião do mês de novembro. Mais uma vez não foi encontrado registro de comentários ou discussões sobre o assunto, na ata.

Na última reunião do ano, ocorrida em dezembro, foi apresentada a situação dos principais indicadores de saúde até a competência outubro, e as principais conquistas daquele ano. Foi solicitado ao Conselho, a aprovação para a utilização de recursos do Incentivo de Saúde Bucal para pagamento do 13º salário dos profissionais de nível médio, se comprometendo o gestor a devolver depois. O CMS aprovou a utilização dos recursos, na condição de que fosse devolvido a partir do mês de janeiro de 2002.

Como o presente estudo não avaliou o ano de 2002, não se sabe se houve a devolução.

A média do número de participantes nas reuniões de 2001, foi de 13 pessoas. Todas as reuniões aconteceram no turno da manhã, por volta das 8h30, e no auditório da SMS. O secretário municipal da saúde mesmo não sendo presidente do conselho, participou de 8 do total de 12 reuniões.

Em 2005, a primeira reunião só aconteceu em março, e teve como pauta principal a renovação dos membros do CMS. Foi lida a ata da reunião anterior e a mesma não foi aprovada, pois os conselheiros pediram esclarecimentos quanto a realização do concurso público ocorrido no ano anterior, o pagamento do 14º salário dos agentes comunitários de saúde (ACS) e o balanço financeiro do ano de 2004. O conselho deliberou que seria convocada uma reunião extraordinária para tratar destas pendências, e também, sobre a situação salarial dos profissionais de nível médio, sobre o incentivo dos ACSs e para aprovar (ou não) o Plano de Aplicação Financeira referente ao primeiro trimestre de 2005.

Com relação à renovação dos membros do CMS, foram agendadas as datas para a realização desta.

No mesmo mês ocorreu a reunião extraordinária, onde foi apresentada a prestação de contas do primeiro trimestre de 2005, mas não se encontrou registro de que a mesma tenha sido aprovada. No entanto foram aprovadas a proposta de vencimentos e vantagens dos profissionais de nível médio e a celebração de convênio com a associação dos ACS para o repasse de incentivos aos mesmos. Também foi aprovada a PPI da assistência farmacêutica, na qual foi definido o valor *per capita* municipal e, desta vez, registrado em ata.

Não houve nesta reunião, nenhum comentário que registrasse a questão do 14º salário dos ACS, o balanço financeiro de 2004, o concurso público, e a aprovação de ata anterior.

A pauta da reunião ordinária de maio foi: o “Processo Participativo de Elaboração do Plano Municipal de Saúde, para o quadriênio 2005-2008”. Na ocasião, foi destacada pela secretária municipal da saúde, a importância do planejamento, e também foram apresentadas as metas da agenda mínima da saúde para serem revisadas e apreciadas na próxima reunião do CMS. Ao final da reunião, foi lido o Decreto municipal nº 025/2005 que nomeava os novos membros do conselho.

Em reunião extraordinária, realizada ainda em maio, foi apresentado ao CMS o Plano Municipal de Saúde de Pedra Branca, para o quadriênio 2005-2008, de forma detalhada. Também foi discutida a forma como se daria o acompanhamento do PMS, pelos gestores, conselheiros e Câmara de Vereadores. O PMS foi exaustivamente discutido durante a reunião, conforme registros em ata. Entretanto, apesar das discussões, não foi registrada a aprovação do plano.

Na reunião do mês de junho houve ampla discussão sobre o funcionamento e a atuação do CMS. Foram entregues cópias do Regimento Interno para cada um dos conselheiros presentes. Surgiram durante a reunião várias sugestões acerca de melhorias do conselho, por exemplo, a criação de uma comissão técnica para analisar as suas ações e a melhoria na comunicação, mas não houve clareza na ata de como seria essa melhoria.

A secretária municipal da saúde falou de algumas dificuldades inerentes à gestão da saúde, citando como exemplo a oscilação salarial do profissional médico, em função da

disputa que acontecia entre municípios, forçando muitas vezes o gestor a ter que aumentar os salários destes, para não perdê-los.

Na reunião de julho foi deliberado pelo conselho que as reuniões aconteceriam sempre nas segundas terças-feiras de cada mês. Dentre outros, constava na pauta prestação de contas e contratação de alguns profissionais, entretanto não foi encontrado nenhum registro em ata de discussões ou comentários de conselheiros, acerca destes assuntos. Houve ainda, a eleição de presidente, vice-presidente e secretário executivo do CMS. Para a presidência foi eleita a secretária municipal da saúde (segmento governo), e para a vice-presidência foi eleito um representante do segmento profissionais de saúde.

Em agosto foi apresentada novamente ao conselho a prestação de contas do primeiro trimestre de 2005, pois em ata anterior não constou se a mesma foi ou não aprovada. Também foi apresentada a prestação de contas do segundo trimestre. Após analisar as duas prestações de contas, o CMS decidiu pela criação de uma Comissão para verificar minuciosamente os documentos, e então convocar-se-ia uma reunião extraordinária para aprovar ou não, as prestações de contas.

O mês de setembro de 2005 foi marcado por muitos trabalhos pelo CMS.

Na primeira reunião extraordinária do mês de setembro, a Comissão que analisou as prestações de contas do primeiro e segundo trimestre desse ano, solicitou à secretária que convidasse o contador da prefeitura para uma outra reunião, para que se pudesse esclarecer algumas dúvidas. Mais uma reunião, e as prestações de contas ainda não haviam sido aprovadas.

Aconteceu no dia 22 de setembro a I Conferência Municipal de Saúde do Trabalhador, que teve os seguintes eixos temáticos:

- Como garantir a integralidade e a transversalidade da ação do Estado, em saúde dos trabalhadores?
- Como incorporar a saúde dos trabalhadores nas políticas de desenvolvimento sustentável do país?
- Como efetivar e ampliar o controle social dos trabalhadores?

Na Conferência participaram 92 pessoas, garantindo a ampla participação das comunidades.

No mês de setembro foram sanadas várias pendências, e conforme solicitação anterior do CMS, participou nesta reunião um técnico do setor contábil da prefeitura, que esclareceu todas as dúvidas pertinentes às prestações de contas, e então em definitivo, foram aprovadas por unanimidade as já referidas prestações de contas.

O Plano Municipal de Saúde 2005-2008 já havia sido apreciado na reunião do mês de maio, contudo não fora registrado a sua aprovação. Assim, o CMS aprovou por unanimidade o PMS de Pedra Branca para o quadriênio 2005-2008. Na mesma reunião também fora submetido à apreciação do CMS, o relatório de gestão ano 2004, que fora aprovado por todos. Não houve nenhum comentário em ata sobre eventuais dúvidas em relação ao relatório de gestão.

Em outubro houve uma convocação extraordinária ao CMS para a aprovação de projeto de construção de *kits* sanitários (banheiros) e de construção de casas de alvenaria para o controle da doença de chagas. Após o esclarecimento de algumas dúvidas, os projetos foram aprovados.

Na reunião ordinária de novembro foi também apresentado projeto para construção de mais *kits* sanitários (que beneficiariam outras comunidades) e para a construção de uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBASF). Os projetos foram aprovados por todos os conselheiros. Na mesma reunião, a secretária municipal da saúde e presidente do CMS anunciou que realizar-se-ia concurso público municipal para o provimento em diversos cargos na área da saúde, contemplando profissionais de nível médio e superior.

Ao final foi apresentada a prestação de contas do terceiro trimestre de 2005, que após serem retiradas algumas dúvidas, foi aprovada por unanimidade.

Na última reunião extraordinária do ano, ocorrida ainda em novembro, foram apresentados para apreciação e aprovação do CMS, projetos de abastecimento de água e construção de *kits* sanitários para diversas comunidades. Todos os projetos foram aprovados.

Em dezembro realizou-se a última reunião ordinária do ano, a secretária de Saúde informou ao conselho que a prestação de contas do quarto trimestre de 2005 seria apresentada na Câmara Municipal com a presença de todos os vereadores e também de todos os membros do CMS. Os conselheiros aprovaram a iniciativa da secretária. Por fim,

foram apresentados novos projetos para a construção de *kits* sanitários e de casas para o controle da doença de chagas, que foram aprovados por unanimidade.

A média do número de participantes nas reuniões de 2005, foi de 13 pessoas. Todas as reuniões aconteceram no turno da manhã, por volta das 8h30, no auditório da SMS, tendo acontecido por duas vezes no auditório da Câmara Municipal. Nas atas do ano de 2005, constatou-se que a Secretaria Municipal da Saúde teve duas secretárias, uma até abril e outra até o final do ano – esta que permanece até os dias atuais. De todas as reuniões deste ano, somente a extraordinária de novembro não contou com a participação da Secretária Municipal da Saúde.

No que tange analisar o desempenho do CMS no processo de elaboração das políticas de saúde de Pedra Branca, considerando os aspectos econômicos e financeiros, pôde-se concluir que apenas no ano de 1993 não foi submetido ao conselho o Plano Municipal de Saúde, no restante do período houve a aprovação dos respectivos planos. Contudo, com exceção do ano de 2005, os demais registros em ata resumiram-se em: “[...] o Plano Municipal de Saúde do período *tal* foi aprovado por unanimidade.”

No ano de 2005 a ata foi registrada com detalhes, do tipo: “[...] o Plano Municipal de Saúde de Pedra Branca 2005-2008 está constituído por: Diagnóstico Situacional das Políticas Públicas Locais; Situação Epidemiológica do município; Propostas para a Redução da Mortalidade Infantil; [...]” Além do detalhamento, de acordo o registro em ata, o processo de elaboração deste PMS deu-se de forma participativa.

Em verdade, não se espera que os PMSs sejam transcritos nas atas, entretanto, um mínimo de informações deve-se constar nestas.

Este aspecto marcante de ausência de registros, de comentários ou falas, em assuntos que sabidamente demandam longos tempos de discussão, deixou uma grande interrogação na análise de desempenho do CMS no processo de elaboração das políticas de saúde: *até que ponto, a omissão foi de registro, ou de atuação dos conselheiros?*

No que diz respeito aos prazos de entrega dos instrumentos de gestão – Planos Municipais de Saúde e Relatórios de Gestão –, somente o Plano Municipal de Saúde 1997-2001 foi entregue no tempo certo. Entretanto, conforme os registros, o atraso na entrega dos demais não trouxe prejuízos à Gestão Municipal da Saúde.

Os demais Instrumentos de Gestão – Agenda de Saúde e Quadro de Metas, com exceção do ano 2005 que tratou da “Agenda Mínima da Saúde” –, não houve registro de

nenhum destes instrumentos nas atas analisadas. A provável ausência destes documentos, não trouxe também prejuízos à gestão municipal.

Quanto ao funcionamento do CMS, no seu papel de fiscalizador e controlador dos gastos em saúde no município de Pedra Branca, têm-se a considerar o seguinte: nos anos 1993 e 1997 não foram encontrados nenhum registro de análise de prestação de contas. Esta situação remete a mais um questionamento: *será que realmente não foram apresentadas e apreciadas as devidas prestações de contas, ou “simplesmente” não foram registradas em ata?*

Acha-se pouco provável, que neste caso, tenha havido omissão de registro, é mais fácil imaginar que realmente não foram apresentadas as prestações de contas, pois trata-se de um importante instrumento na gestão em saúde.

Já nos anos 2001 e 2005, foram citadas todas as prestações de contas que se esperaria, ou seja, do primeiro, segundo e terceiro trimestres, pois o quarto é apresentado, geralmente, no início do ano seguinte. Merece destaque um registro do ano de 2005: “[...] a secretária de Saúde informou ao conselho que a prestação de contas do quarto trimestre de 2005 seria apresentada na Câmara Municipal, no início do próximo ano, com a presença de todos os vereadores e também de todos os membros do CMS. Os conselheiros aprovaram a iniciativa da secretária.”

Contudo não se sabe se de fato houve esta apresentação na Câmara, pois o presente estudo não analisou o ano de 2006.

Com relação aos relatórios de gestão, somente o ano 1993 não apresentou este documento. Nos demais anos foram apresentados e aprovados, com os registros, na sua maioria, semelhantes às aprovações dos PMSs, ou seja: “[...] o Relatório de Gestão do ano *tal* foi aprovado por unanimidade.”

Faz-se novamente mais uma pergunta: *será que as apresentações destes Relatórios de Gestão foram suficientemente esclarecedoras, ao ponto de não haver nenhum questionamento, ou, mais uma vez houve omissão de registro? Ou ainda: será que os conselheiros estavam suficientemente preparados para analisar e aprovar tais documentos?*

Pelo que se viu em ata, no que se refere ao cumprimento da legislação pertinente ao controle social nos aspectos econômicos e financeiros, relacionado à lei orgânica nº 8080, o conselho foi omisso em algumas das exigências previstas no Capítulo III, que trata

do planejamento e do orçamento. Como exemplo disso há o fato de não ter-se encontrado nenhuma ata, que no processo orçamentário da saúde o conselho tenha sido ouvido, ou que as necessidades da política de saúde tenham sido compatibilizadas, com a disponibilidade de recursos identificada nos planos de saúde. Outro exemplo é que também em momento algum foi visto nas atas, que para realizar essa ou àquela despesa, deve-se consultar o plano de saúde, para constatar se foi previsto nele tais despesas.

Na pertinência à lei orgânica nº 8142/90, nos aspectos econômicos e financeiros, notou-se a ausência de homologação pelo chefe do poder executivo de algumas decisões do Conselho. Por exemplo, na última reunião do ano de 2001 foi solicitado ao conselho, a aprovação para a utilização de recursos do incentivo de saúde bucal para pagamento do 13º salário dos profissionais de nível médio, se comprometendo o gestor a devolver depois. O CMS aprovou a utilização dos recursos, na condição de que fosse devolvido a partir do mês de janeiro de 2002. Esta deliberação deveria ter sido formalizada através de uma resolução e em seguida homologada pelo chefe do poder executivo municipal.

Mesmo que possa ter havido a devolução dos recursos em 2002, referindo-se ao exemplo anterior, uma resolução homologada, que aliás é obrigatória ao chefe do poder executivo, fortaleceria ainda mais esta prerrogativa do controle social, podendo contar inclusive, se necessário, com o apoio do Ministério Público.

Outro descumprimento à lei orgânica nº 8142/90, considerando a ausência de registros em atas, deu-se à inexistência de comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), no âmbito do município.

Vale salientar que conforme a lei nº 8142/90, a inexistência desta comissão, no âmbito dos municípios, estados e do Distrito Federal, implicaria em que os recursos oriundos do Fundo Nacional de Saúde (FNS), concernentes à cobertura das ações e serviços de saúde, sejam administrados, respectivamente pelos municípios, estados ou pela União.

Esta mesma implicação vale para a ausência de plano de saúde, de relatório de gestão, e outros.

De acordo com a 5ª diretriz da Resolução nº 333/CNS/2003, no seu item XII, compete aos conselhos “[...] aprovar a proposta orçamentária anual da saúde, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias, observado o princípio do processo de planejamento e orçamentação ascendentes (Art. 36 da lei nº

8080/90).” No item XIII, da mesma diretriz, diz que compete aos conselhos “propor critérios para programação e execução financeira e orçamentária dos fundos de saúde e acompanhar a movimentação e destinação dos recursos.”

Nenhuma das competências citadas acima, foi evidenciada na prática pelo CMS de Pedra Branca, concluindo-se portanto como inoperante no quesito orçamento, o conselho.

No processo orçamentário (já citado antes) que envolve certo conhecimento de planejamento, orçamento e financiamento, percebeu-se uma grande fragilidade do conselho. Reconhece-se a aparente complexidade do assunto, por outro lado, os conselhos de saúde, pela lei, atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, não sendo da sua competência, assumir qualquer ato de gestão.

Outra observação que vale ressaltar, diz respeito às secretárias ou secretários executivos do conselho, pois estes, via de regra, são os responsáveis pela redação das atas além de outras atribuições. Neste estudo constatou-se também, que de acordo com cada um deles, as atas tinham uma “aparência” peculiar. A ortografia, caligrafia, margens, coerência da redação, detalhamento dos registros, lavratura e assinatura na ata, e outras “regras” para a redação em si, foram os aspectos mais divergentes, quando comparado entre os secretários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Antes de qualquer consideração, é importante lembrar que o presente estudo limitou-se em avaliar o CMS de Pedra Branca, considerando fundamentalmente o conteúdo dos registros encontrados em atas. Assim, não coube ao longo deste estudo qualquer análise pessoal dos diversos atores envolvidos.

Reforça esta afirmativa, o fato de ter sido preservado todos os nomes envolvidos na história do Conselho Municipal de Saúde de Pedra Branca.

A participação da comunidade, princípio doutrinário do SUS, foi evidenciada no período de análise do estudo. Contudo, observou-se uma grande inconstância de atuação do CMS de Pedra Branca, oras notou-se uma presença marcante do conselho, e outras oras, uma postura mais silenciosa.

Embora não tenha sido feito análise de qual ou quais conselheiros tenham participado de mais de um ano, considerando os anos analisados (1993, 1997, 2001 e 2005) por este estudo, supõe-se que possa ter ocorrido no período a rotatividade de diversos conselheiros. Isto poderia explicar a inconstância de atuação do conselho, pois provavelmente existiu nesse período, a presença de pessoas, mais ou menos esclarecidas, interferindo diretamente no funcionamento efetivo do colegiado.

Outra constatação refere-se à não menção em ata, nos anos do estudo, de que tenha sido utilizado e apresentado ao conselho, os relatórios do SIOPS. Salientando-se que o ano de 1997 não seria contemplado pelo relatório, já que o SIOPS só foi introduzido a partir de 1999.

A existência de outras formas de controle social é pouco conhecida, o mandado de segurança, por exemplo, poderia ser aplicado em diversas situações no espaço da gestão municipal de saúde, bastaria que se tivesse algum direito constitucional desrespeitado.

No presente estudo, o controle social restringiu-se ao Conselho de Saúde, portanto não foi encontrada nenhuma outra forma de controle social.

As perguntas a seguir foram formuladas com o intuito de ilustrar a real dificuldade, no âmbito da formulação de estratégias e no controle da execução da política local de saúde, nos aspectos econômicos e financeiros:

- Qual é o montante de recursos financeiros realmente necessário para prestar determinado conjunto de serviços de saúde? Ou seja, qual é o custo real desses serviços em condições razoáveis de eficiência e disponibilidade de recursos?
- Se os recursos são limitados e escassos, quais serviços, e em que quantidade, poderão – e deverão – ser produzidos prioritariamente e quais podem ser reduzidos?
- É melhor tentar – e fazer de conta que se pode – produzir todos os serviços para todos, com uma qualidade questionável, ou se concentrar numa cesta reduzida de serviços essenciais dirigidos à população mais pobre, com uma qualidade aceitável?
- Mesmo que os recursos sejam insuficientes, será que estão sendo utilizados da melhor maneira possível, de modo a produzir o maior impacto possível (ou seja, eficientemente)?
- O que se pode fazer para utilizar melhor os (sempre limitados) recursos disponíveis e maximizar o resultado no cuidado da saúde da população?

Espera-se que a tentativa de responder essas questões possa propiciar uma reflexão do leitor, e contribuir na construção de um censo crítico.

Apesar de todas as dificuldades e problemas citados neste estudo, não se pode negar a evidenciação de várias iniciativas por parte dos gestores, de se qualificar o controle social.

A recente estruturação da política nacional de educação permanente para o controle social no SUS, faz com que seja alimentada a esperança que de fato se terá a qualificação necessária e tão desejada do controle social.

Quanto à qualidade de redação das atas, não foram respeitadas várias “regras básicas”, conseqüentemente notou-se um comprometimento no “produto final”, em grande parte delas. A capacitação e qualificação dos secretários ou secretárias executivas deverão ser observadas mais atentamente, pois o nível destes ou destas, interferem diretamente na qualidade, coerência e principalmente no detalhamento das atas.

É importante ainda destacar o relevante papel dos secretários ou secretárias da saúde, para o êxito, ou não, na atuação do CMS. Estes ou estas devem propiciar, através dos Conselhos de Saúde, que a população tenha o seu direito de voz e vez, exercidos.

Na última reunião de 1993, a fala de um conselheiro traduziu a extrema importância dos secretários ou secretárias da Saúde, na atuação do CMS: “[...] o Conselho funcionou bem enquanto estava sob a direção de um determinado secretário, mas com a saída deste, o conselho caiu muito.”

Espera-se que a consolidação do SUS, aliado ao atuante movimento sanitarista brasileiro e à instauração efetiva dos Conselhos Municipais de Saúde, bem como a maior independência na gestão dos recursos da saúde no âmbito municipal, torne possível o maior controle social e, por conseguinte, a melhor utilização dos recursos disponíveis.

Será recompensador se este estudo puder contribuir na reflexão do efetivo exercício do controle social nos SILOS dos municípios brasileiros, e em especial do município de Pedra Branca.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*, 5 de outubro de 1988. Disponível em: <www.senado.gov.br/legislacao>. Acesso em: 02 dez. 2006.

_____. Decreto nº 1232 de 30 de agosto de 1994. Dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 ago. 1994.

_____. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 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 União*, Brasília-DF, 14 set. 2000.

_____. Lei nº 4320 de 17 de março de 1964. Institui Normas Gerais de Direito Financeiro para Elaboração e Controle dos Orçamentos e Balanços da União, dos estados, dos municípios e do Distrito Federal. *Diário Oficial da União*, Brasília-DF, 23 mar. 1964.

_____. 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 União*, Brasília-DF, 20 set. 1990a.

_____. Lei nº 8142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília-DF, 31 dez. 1990b.

_____. Lei nº 8689 de 27 de julho de 1993. Fica extinto, por força do disposto no Art. 198 da Constituição Federal e nas leis nº 8080 de 19 de setembro de 1990 e nº 8142, de 28 de dezembro de 1990, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS, autarquia federal criada pela lei nº 6439, de 1º de setembro de 1977, vinculada ao Ministério da Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília-DF, 28 jul. 1993.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº. 548/GM, de 12 de abril de 2001. Aprovar, o documento Orientações Gerais para a Elaboração e Aplicação da Agenda de Saúde, do Plano de Saúde, dos Quadros de Metas, e do Relatório de Gestão como Instrumentos de Gestão do SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília-DF, 16 abr. 2001.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. *Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida: em defesa do SUS e de gestão*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 76p.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 322, de 8 de maio de 2003. Aprovar diretrizes acerca da aplicação da Emenda Constitucional nº 29, de abril de 13 de setembro de 2000. *Diário Oficial da União*, Brasília-DF, 4 dez. 2003b.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 333, de 4 de novembro de 2003. Aprovar as seguintes diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Revoga as Resoluções do CNS de nº 33/1992 e a de nº 319/2002. *Diário Oficial da União*, Brasília-DF, 4 dez. 2003c.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 363, de 11 de agosto de 2006. Aprovar a Política Nacional de Educação Permanente para o controle social no Sistema Único de Saúde – SUS, para implementação nas três esferas de Governo – Federal, Estadual e Municipal. *Diário Oficial da União*, Brasília-DF, 6 set. 2006.

_____. Ministério da Saúde. *Incentivo à Participação Popular e controle social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde*. Brasília: IEC, 1994. 96p.

_____. Ministério da Saúde. *Instrumentos de gestão: manual de consulta rápida*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 14p.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *A Prática do Controle Social: conselhos de saúde e financiamento do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 60p.

_____. Ministério da Saúde. *Emenda 29: mais dinheiro e estabilidade para a saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 30p.

_____. Ministério da Saúde. *Guia do Conselheiro: curso de capacitação de conselheiros estaduais e municipais de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 165p.

_____. Ministério da Saúde. *Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde: manual básico*. 3. ed. rev. e ampl., Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 66p.

_____. Ministério da Saúde. *O SUS no seu município: garantindo saúde para todos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 40p.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 344p.

_____. Ministério da Saúde. *Proposta Preliminar para Discussão: Diretrizes Nacionais para a Instituição de Planos de Carreiras, Cargos e Salários no Âmbito do Sistema Único de Saúde – PCCS/SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 56p.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Diretrizes Nacionais para o Processo de Educação Permanente no controle social do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 40p.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde: Resgate Histórico do controle social no SUS*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 256p.

_____. Ministério da Saúde. *Organização Pan-Americana da Saúde: painel de indicadores do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 61p.

_____. Secretaria da Receita Federal. Instrução Normativa nº 200 de 13 de setembro de 2002. Dispõe sobre o Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ). *Diário Oficial da União*, Brasília-DF, 1º out. 2002.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. *Módulo: economia da saúde, ciência e tecnologia e inovação no SUS*. Fortaleza: Secretaria da Saúde do Ceará, 2005.

COHEN, E.; FRANCO, R. *Avaliação de Projetos Sociais*. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS. *Coletânea Gestão Pública Municipal: Saúde*. Brasília: CNM, 2004. 131p.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE: efetivando o SUS – acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social, 11., 2000, Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 198p. (Relatório Final).

COUTTOLENC, B. F.; ZUCCHI, P. *Gestão de Recursos Financeiros: saúde e cidadania – para gestores municipais de serviços de saúde*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2002. 128p. v. 10.

MENDES, E. V. *Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. 186p.

PARÁ. Colegiado de secretários Municipais de Saúde – COSEMS/PA. *Orientações Básicas para secretários Municipais de Saúde*. Belém: Sagrada Família, 2001. 49p.

PEDRA BRANCA. Secretaria Municipal da Saúde. *Plano Municipal de Saúde de Pedra Branca-CE: 2005-2008*. Pedra Branca: Secretaria Municipal da Saúde, 2005.

PEREIRA, J. Glossário de economia da saúde. In: PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M.; (Orgs.). *Economia da saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde*. Brasília: IPEA, 1995. 298p.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Conselho Estadual de Saúde. *SUS é Legal: Legislação Federal e Estadual do SUS*. Rio Grande do Sul: Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul, 2000. 152p.

RUBIO CEBRIAN, S. *Glosário de la economia de la salud*. Madrid: Diaz de Santos, 1995. 331p.

SAMUELSON, P. A.; NORDHAUS, W. *Economia*. 16. ed. Portugal: McGraw-Hill, 1999.

SILVA, M. G. C. *Economia da Saúde: Auto-avaliação e revisão*. 2. ed. Fortaleza: UECE/Expressão, 2002. 207p.

TRIBUNAL DE CONTAS DOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO CEARÁ. *Coletânea da Legislação Básica*. Fortaleza: TCM/CE, 2005. 394p.

_____. *O Tribunal de Contas dos municípios do Estado do Ceará tem sua História*. Fortaleza: TCM/CE, 2005. 32p.

ANEXOS

ANEXO A

**QUADRO DAS REUNIÕES, ANALISADAS, DO CONSELHO MUNICIPAL DE
SAÚDE DE PEDRA BRANCA**

N° da Reunião	Data	Tipo	N° da Reunião	Data	Tipo
Ano 1993			6ª	07/06/2001	Ordinária
1ª	16/06/1993	Extraordinária	7ª	08/08/2001	Extraordinária
2ª	09/07/1993	N. I.	8ª	13/09/2001	Ordinária
3ª	20/10/1993	N. I.	9ª	03/10/2001	Extraordinária
Ano 1997			10ª	01/11/2001	Extraordinária
1ª	08/01/1997	Ordinária	11ª	13/11/2001	Extraordinária
2ª	19/02/1997	Ordinária	12ª	13/12/2001	Ordinária
3ª	12/03/1997	Ordinária	Ano 2005		
4ª	16/04/1997	Ordinária	1ª	17/03/2005	Ordinária
5ª	05/05/1997	Extraordinária	2ª	22/03/2005	Extraordinária
6ª	11/06/1997	Ordinária	3ª	18/05/2005	Ordinária
7ª	16/07/1997	Ordinária	4ª	30/05/2005	Extraordinária
8ª	27/08/1997	Ordinária	5ª	30/06/2005	Ordinária
9ª	08/10/1997	Ordinária	6ª	14/07/2005	Ordinária
10ª	10/12/1997	Ordinária	7ª	16/08/2005	Ordinária
Ano 2001			8ª	12/09/2005	Extraordinária
1ª	16/01/2001	Ordinária	9ª	28/09/2005	Extraordinária
2ª	15/02/2001	Ordinária	10ª	17/10/2005	Extraordinária
3ª	08/03/2001	Ordinária	11ª	08/11/2005	Ordinária
4ª	12/04/2001	Ordinária	12ª	24/11/2005	Extraordinária
5ª	07/05/2001	Ordinária	13ª	13/12/2005	Ordinária
Total de Reuniões: 38					

Legenda:

N. I.	Não foi Identificado na ATA (tipo de reunião)
-------	---

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)