

**PROCESSO ORÇAMENTÁRIO E OS INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO E GESTÃO:
O PAPEL DO CONSELHO DE SAÚDE EM UM ESTADO BRASILEIRO**

Valéria Rodrigues Leite

Universidade Federal do Rio Grande do Norte – Departamento de Economia.

Maria Dalva Horácio da Costa

Professora da Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Anilson Marcio Gomes

Professor da Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Área Temática: F) Setor Público.

Palavras Chaves: Orçamento, Planejamento, Conselho, Saúde.

PROCESSO ORÇAMENTÁRIO E OS INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO E GESTÃO: O PAPEL DO CONSELHO DE SAÚDE EM UM ESTADO BRASILEIRO

Resumo

O estudo tem como objetivo colaborar com o fortalecimento da atuação dos Conselhos Municipais de Saúde - CMS no Estado do Rio Grande do Norte. A pesquisa de campo considerou doze municípios e a aplicação de questionário procurou identificar o cumprimento da legislação do Sistema Único de Saúde relativa à participação dos conselhos no processo de formulação do planejamento e gestão. Com exceção do CMS/Natal os demais Conselhos apresentam dificuldades de exercer o seu papel. Essa investigação consistiu em uma aproximação com a realidade identificando que os desrespeitos às prerrogativas dos Conselhos expressão uma grande resistência à gestão participativa.

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é constituído pelo conjunto de ações e dos serviços de saúde sob gestão pública. Está organizado em redes regionalizadas e hierarquizada e atua em todo o território nacional, com direção única em cada esfera de governo (PEREIRA et al., 2004). De acordo com Silva (2007), esta participação adquiriu a característica de controle social na medida em que foi sendo exercida por setores progressista da sociedade. Ou seja, a participação em saúde não se deu somente como ações de colaboração e cooperação, mas pelo exercício do controle por parte dos seguimentos organizados da sociedade sobre as ações do Estado; no sentido deste, cada vez mais, atender aos interesses da maioria da população.

Com o intuito de regulamentar o controle social do SUS, foi criado a Lei nº 8.142/90 que define o papel da sociedade na gestão do serviço de saúde onde os sujeitos ou atores sociais participam ativamente, por meios democráticos, da formulação das políticas públicas de saúde. Neste sentido, o usuário do serviço passa a ter o direito, bem como o dever de deliberar, sobre o planejamento, formulação, execução e fiscalização das ações de saúde, assim como da gestão financeira e administrativa do SUS.

Nessa perspectiva, é possível entender a participação popular como decorrente da participação efetiva da população organizada. A participação somente é efetiva quando pretende ou consegue modificar o orçamento e investimentos estatais, de modo a oferecer os serviços básicos de qualidade para a população (VALLA, 1992).

Determinada pela Constituição e pela Lei complementar nº 8.142/1990 a participação popular busca instituir na gestão do SUS realismo, transparência, comprometimento coletivo e efetividade de resultados. Entretanto, esta participação esta diretamente relacionada ao grau de educação política e de organização da própria sociedade civil (PEREIRA et al., 2004).

Assim, mesmo que nos textos legais esteja garantida a participação da população, denominada controle social, através da integração em órgãos colegiados deliberativos, como os Conselhos de Saúde, ou de outros espaços institucionalizados, como as Conferencias de Saúde, ainda falta muito para uma prática participativa eficiente, comprometida e isenta (VÁZQUEZ et al., 2003).

No campo da saúde e na conjuntura da transição à democracia, essa noção indicava uma nova modalidade de relacionamento da sociedade com o Estado. O controle social foi concebido como a fiscalização direta da sociedade civil nos processos de gestão da coisa pública e consistiria na apropriação, pela sociedade organizada, dos meios e instrumentos de planejamento, fiscalização e análise das ações e serviços de saúde (BERGMA, 1992 apud CORREIA, 2000).

Os mecanismos de controle social seriam, ao mesmo tempo, resultado do processo de democratização do país e pressupostos para a consolidação dessa democracia. O fortalecimento do exercício do controle social sobre o Estado contribuiria, assim, para o alargamento da esfera pública. Neste sentido, a viabilidade do controle social seria condicionada à existência de uma democracia participativa e à institucionalização dos canais de participação em Conselhos setoriais.

Dessa forma esse estudo se propõe a contribuir com essa discussão tendo como objetivo geral, colaborar com o fortalecimento da atuação dos conselhos municipais, no processo de gestão da saúde, no Estado do Rio Grande do Norte-RN, e como objetivos específicos: a) avaliar o nível de controle social exercido pelos conselhos municipais de saúde no que se refere ao fiel cumprimento da legislação brasileira dos instrumentos de planejamento, orçamento e gestão da saúde, b) verificar o processo de tramitação e deliberações acerca dos Planos Anual e Plurianual de Saúde, Previsão e Programação Orçamentária, Prestação de Contas e Relatórios de Gestão; c) Oferecer subsídios para que o poder executivo e os conselhos de saúde conheçam melhor as questões que envolvem o processo de formulação do plano de saúde, a previsão orçamentária, prestação de contas e a elaboração e apreciação dos relatórios de gestão, enquanto instrumentos de aperfeiçoamento da gestão pública da política de saúde no Estado; e d) identificar o nível de articulação entre os principais atores e instituições na área da saúde.

Um dos principais problemas vivenciados no processo de implantação e consolidação do SUS no RN tem sido a capacidade de apreensão e utilização das ferramentas de gestão e avaliação da política de saúde prevista na legislação vigente especialmente: Plano Plurianual, Lei de Diretrizes orçamentárias e Lei Orçamentária Anual, por parte dos gestores e conselheiros de saúde. Nesse sentido esse estudo se justifica pela necessidade de apresentar subsídios referentes aos instrumentos de planejamento, gestão e orçamento dos recursos aplicados nos programas de saúde, verificando a relação das metas, com os resultados, e conseqüentemente o fortalecimento dos conselhos municipais de saúde.

2 METÓDOS

A amostra foi constituída por municípios das macro-regiões de saúde previstas no Plano de Desenvolvimento Regional-PDR da Secretaria Estadual de Saúde do RN (SESAP-RN) dentre os quais foram escolhidos 02 (dois) o maior e o menor. Dessa forma os municípios selecionados foram Caíco, Timbaúba dos Batistas, Viçosa, Pau dos Ferros, Tibau, Extremoz, João Camara, Pedra Preta, Lagoa dos Velhos, Santa Cruz, Mossoro e Natal.

Realizou-se uma pesquisa de campo, qualitativa exploratória e descritiva, junto aos representantes dos Conselhos Municipais de Saúde, acerca da efetivação do controle social sobre os principais mecanismos de gestão, especialmente os instrumentos de planejamento, orçamento e gestão, do período de 2005 a 2009, conforme o seguinte roteiro de procedimentos:

- a) Verificar na Agenda de Prioridades de Saúde, destacando-se os eixos prioritários de intervenção, seus objetivos e metas da política de saúde;
- b) Analisar os Planos de Saúde identificando as prioridades e metas da política de saúde, e sua relação com o diagnóstico, as estratégias, programas de atuação, objetivos e indicadores de avaliação.
- c) Examinar a coerência entre Plano de Saúde, Previsão Orçamentária e Relatórios de Gestão;
- d) Verificar se os Planos de Saúde, anual e plurianual, bem como os Relatórios de Gestão constituíram a base para a elaboração dos instrumentos do processo orçamentário — PPA, LDO e LOA .
- e) Investigar o PPA como instrumento central na condução da política de saúde dos municípios.
- f) Identificar a compatibilidade entre os três instrumentos do processo orçamentário (PPA, LDO e LOA), tendo como referência a LRF como pré-condição para a disciplina fiscal.
- g) Realizar uma análise da gestão dos recursos do Fundo de Saúde, verificando os demonstrativos orçamentário-financeiros e a sua compatibilidade com a prestação de contas.

A pesquisa combinou dois recursos metodológicos: A pesquisa de campo, realizada no primeiro semestre de 2012, e aplicação de um questionário, no momento da reunião.

O questionário contemplou questões abertas e fechadas na perspectiva de identificar o cumprimento da legislação do SUS relativa a participação dos conselhos. A análise dos dados envolveu uma combinação de reflexões acerca dos dados coletados no questionário e na observação realizada no momento da reunião com os representantes dos conselhos durante as visitas aos doze (12) municípios selecionados.

3 ANALISE DOS DADOS

Na dinâmica de funcionamento dos conselhos, percebe-se uma frustração dos resultados obtidos (a resolutividade de suas atividades) diante do descumprimento das secretárias municipais de enviar os principais instrumentos de planejamento e gestão. Não se trata apenas de atrasos, mas de sim, do envio para que os conselheiros possam analisar e se posicionar.

Na verdade o atual cenário apresenta-se um descaso maior uma vez que ocorre o descumprimento dos órgãos gestores com relação à lei que determina que o gestor municipal deva prestar contas perante o Conselho Municipal de Saúde e em audiência pública na Câmara Municipal a cada trimestre, independentemente da prestação de contas prevista no § 2º do artigo 31 da Constituição Federal.

Com relação ao processo de deliberação dos conselhos, cabe mencionar a inexistência de câmaras ou comissões técnicas e permanentes, que elaboram pareceres para instruir a tomada de posição pela plenária e que poderão ampliar este processo. Nos encaminhamentos das deliberações realizadas nas reuniões do conselho ficou bastante claro, a partir da análise das atas e das entrevistas realizadas com os conselheiros, que nem sempre houve encaminhamento das deliberações; e, nos momentos em que ocorreu não se observou uma avaliação de sua resolutividade e homologação pelos órgãos competentes.

Essa deficiência é percebida pelos conselheiros através de suas críticas quanto ao caráter puramente formal e instrumental do conselho. Alguns deles admitem que participam pouco e que não têm preocupação com o retorno das deliberações. Além disso, como vimos, há conselheiros que desconhecem as bases das políticas públicas, o regimento interno do Conselho Municipal de Saúde e mesmo o papel de representante no conselho. Praticamente inexistente uma discussão mais profunda sobre o que é o Conselho, sobre suas atribuições e limites, temas estes que possibilitariam aos conselheiros uma atuação mais consciente e eficaz.

Alguns representantes dos usuários acreditam que seu papel e sua atuação servem para legitimar decisões tomadas *a priori* pelo governo, como nos depoimentos que seguem:

o papel do Conselho é maravilhoso, mas muitas vezes os usuários são bonecos de manipulação. Para legitimar a política do governo (...) porque algumas vezes foram tomadas decisões que o Conselho não deliberou. Quando eles querem fazer, eles fazem. Não se reconhece

nenhuma decisão do Conselho quando essa contraria o chefe do executivo .

Na verdade o atual cenário apresenta-se um descaso maior uma vez que ocorre o descumprimento dos órgãos gestores com relação à lei que determina que o gestor municipal deva prestar contas perante o Conselho Municipal de Saúde e em audiência pública na Câmara Municipal a cada trimestre, independentemente da prestação de contas prevista no § 2º do artigo 31 da Constituição Federal. O não cumprimento desta norma pode desencadear uma ação de improbidade administrativa do prefeito por parte do legislativo.

O gestor municipal da saúde, além da transparência, deve garantir um permanente canal de comunicação com o legislativo. Se o gestor é, em última instância, o ordenador de despesas, a prestação de contas é uma de suas responsabilidades do cargo. A ausência de envio de uma das peças do planejamento é o bastante para esvaziar qualquer atividade proposta para o conselho de saúde.

Conforme o depoimento de alguns entrevistados: “no período em estudo não houve a transição dos documentos e arquivos”. Na maioria das vezes podemos identificar apenas alguns relatórios de gestão impossibilitando a análise dos documentos para a possível avaliação da gestão e do controle social e responder aos objetivos do estudo.

Com relação ao processo de deliberação dos conselhos, cabe mencionar a inexistência de câmaras ou comissões técnicas e permanentes, que elaboram pareceres para instruir a tomada de posição pela plenária e que poderão ampliar este processo. É imprescindível a organização das comissões para o funcionamento dos Conselhos. Essas comissões não têm poder deliberativo, no entanto, elaboram pareceres que serão submetidos ao plenário do Conselho, os quais se aprovados pelo plenário poderão ser transformados em Resoluções. São exemplos dessas comissões as de fiscalização, acompanhamento ao processo orçamentário, controle e avaliação, mobilização e articulação e acompanhamento do plano municipal de saúde.

Nos encaminhamentos das deliberações realizadas nas reuniões do conselho ficou bastante claro, a partir da análise das atas e das entrevistas realizadas com os conselheiros, que nem sempre houve encaminhamento das deliberações; e, nos momentos em que ocorreu não se observou uma avaliação de sua resolutividade e homologação pelos órgãos competentes. Essa deficiência é percebida pelos conselheiros através de suas críticas quanto ao caráter puramente formal e instrumental do conselho. Alguns deles admitem que participam pouco e que não têm preocupação com o retorno das deliberações. Além disso, como vimos, há conselheiros que desconhecem as bases das políticas públicas, o regimento interno do Conselho Municipal de Saúde e mesmo o papel de representante no conselho. Praticamente inexistente uma discussão mais profunda sobre o que é o conselho, sobre suas atribuições e limites, temas estes que possibilitariam aos conselheiros uma atuação mais

consciente e eficaz. Na maioria das vezes o presidente é que tem maior domínio sobre o assunto e situação.

5 RESULTADOS

Ressalta-se que a atuação dos Conselhos de Saúde como órgãos deliberativos, tanto no que diz respeito ao planejamento quanto à execução das ações do SUS, mostra-se de fundamental importância no dimensionamento das dificuldades e possibilidades de efetivação das políticas de saúde voltadas para a cidadania, sobretudo nos momentos em que se discute a ampliação da participação social nas instâncias de governo.

No entanto os Conselhos não estão contribuindo para um processo de reestruturação do sistema de saúde e promovendo um sistema de saúde mais eficiente. As bases do controle social e da gestão participativa ainda são frágeis, mas não meras ilusões, já que sempre há possibilidade de renovação, pois, a qualquer momento, poderão surgir novos padrões de interação e comunicação.

No geral a análise dos dados da pesquisa de campo, e pesquisa documental, revela que com exceção do CMS/Natal, os demais Conselhos de Saúde, tanto os maiores, quanto os menores municípios de cada região, encontram-se em situação semelhante, apresentando enormes dificuldades de exercer o seu papel, têm sido desrespeitados em várias de suas prerrogativas, tais como participar do processo de formulação do plano de saúde, controle do fundo municipal de saúde inclusive tendo ficado evidente que a maioria ainda desconhecia os prazos de tramitação da LDO e LOA, bem como dos relatórios de gestão e prestação de contas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise aqui empreendida sugere que os Conselhos encontram dificuldades para exercerem suas atribuições, definidas e garantidas pela legislação. A restrição à participação tem afastado os conselhos do seu projeto inicial, qual seja o de se tornar um espaço de negociação e discussão entre grupos de interesse, com a promessa de tornar as políticas de saúde mais responsivas aos interesses dos usuários.

No entanto, ao mesmo tempo, os conselhos continuam sendo um espaço onde se encontram atores que, antes, estavam totalmente excluídos do processo de tomada de decisão. E mesmo se burocratizando, os conselhos não têm esgotado seu potencial de promover controle social sobre a gestão do SUS e de tomar decisões legitimadas pela

consonância com o discurso do SUS. Entretanto o conselho não efetiva-se quando se encontra desarticulado com gestores.

As dificuldades para que os Conselhos de Saúde exerçam suas atribuições, definidas e garantidas pela legislação, têm sido ressaltadas e debatidas por organizações governamentais, não-governamentais e pelos próprios Conselhos de Saúde. Essas iniciativas resultam no desenvolvimento de experiências que contribuem para a atuação na formulação de estratégias, de diretrizes, no controle da execução das políticas e nas deliberações acatadas pelo gestor.

Nesse sentido, é oportuno desencadear processos de educação permanente para o controle social no SUS envolvendo conselheiros, gestores, parlamentares, movimentos social, sindical e popular que possibilite à sociedade, além da compreensão da estrutura e funcionamento do SUS e do processo de construção do modelo assistencial voltado aos seus princípios e diretrizes.

REFERÊNCIAS

CORREIA, M. V. C. **Que controle social?** Os conselhos de saúde como instrumento. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

PEREIRA, A. L. et al (Coord.). **O SUS no seu município: garantindo saúde para todos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_sus.pdf >. Acesso: 06 maio 2007.

SILVA, A. O. **Organizações participativas e a deliberação da política pública de saúde: um estudo comparativo de conselhos de saúde em Porto Alegre (Brasil) e Montevideu (Uruguai).** Disponível em: <http://nutep.ea.ufrgs.br/pesquisas/ORGANIZACAO_PARTICIPATIVAS_SEMEAD.doc>. Acesso: 28 abr. 2007.

VALLA, V. V. Educação, saúde e cidadania: investigação científica e assessoria popular. **Caderno de Saúde Pública**, v. 8, n. 1, p. 30-40, 1992.

VÁZQUEZ, M. L. et al. Participação social nos serviços de saúde: concepções dos usuários e líderes comunitários em dois municípios do Nordeste do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 19, n. 2, p. 579-591, 2003.

CONSULTAS

1-Banting K, Corbett S. Federalism and health care policy: an introduction. In: *Health Policy and Federalism Workshop*; 2001 Oct15-16; São Paulo, Brazil.

2- Brasil. Lei Orgânica da Saúde – 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.. [capturado em 2006maio1].Disponívelem:<http://www.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>.

3- Brasil. 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. Disponívelem<http://www.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>.

4- Brasil. Emenda Constitucional n.º 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.[capturado em 2006 maio 01].Disponívelem<http://www.presidencia.gov.br/ccivil/Constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm>.

5-Brasil. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. Afinal, o que é o SIOPS? [capturado em 2006 mar 25]. Disponível em [http:// siops.datasus.gov.br](http://siops.datasus.gov.br).

6-France G. Compatibilità fra il federalismo e gli standard sanitari nazionali. In: France G. *Federalismo, regionalismo e Standard Sanitari Nazionali*. Milano: Dott. A Gluffré Editora; 2001. p 169-197.

7- Nóbrega M. federalismo seletivo e equalização. O novo modelo de gestão fiscal e o impacto nos entes subnacionais. [S.l.:s.n].

- 8- Pasche et al. Opinion y análisis / Opinion and analysis Paradoxos das políticas de descentralização de saúde no Brasil. 2006 *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 20(6).
- 9- Mendes NA. Financiamento, gasto e gestão (SUS). A gestão descentralizada semiplena e plena do sistema municipal no Estado de São Paulo (1995-2001) [tese]. 2005 Campinas:UNICAMP.
- 10- Médici A. Gastos com saúde nas três esferas de governo: 1980-1990: o financiamento da saúde no Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 1994. (Série Economia e Financiamento, 4)
- 11- Costa RCR. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. *Revista de Sociologia e Política* 2002; 18:49
- 12- Faveret ACSC. A vinculação constitucional de recursos para a saúde: avanços, entraves e perspectivas. *Ciênc Saúde Coletiva* 2003; 8:371-8.
- 13- Ugá MAD, Piola SF, Porto SM, Vianna, SM. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Ciênc Saúde Coletiva* 2003; 8:417-37.
- 14- Campelli MGR, Calvo MCM. O cumprimento da *Emenda Constitucional n.º. 29* no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2007; 23:1613-23.
- 15- Dain S. Os vários mundos do financiamento da saúde no Brasil: uma tentativa de integração. *Ciênc Saúde Coletiva* 2007; Supl:1851-64.
- 16- Viana ALd'A, Novaes HMD, Silva JA, Rocha JSY, Ibañez N, Elias PEM. Financiamento e gasto com saúde nos municípios paulistas com população superior a 100 mil habitantes (2000-2003). São Paulo: Centro de Estudos de Cultura Contemporânea Consórcio Medicina USP; 2006 (Cadernos de Atenção Básica: Estudos Descritivos, 2).
- 17- Fortes FBCP, Machado ENM, Matias BD. Gasto público com saúde nos municípios de Minas Gerais: 2000-2002. *Divulg Saúde Debate* 2007; 37:69-89.
- 18- Mendes A, Kayano J, Heimann LS, Junqueira V, Castro IEN, Ferreira MRJ, et al. Apuração do gasto SUS regionalizado no Estado de São Paulo. São Paulo: Instituto de Saúde; 2008 (Temas em Saúde Coletiva, 6).
- 19- Obinger H, Leibfried S, Castles F. *Federalism and the Welfare State*. Cambridge: Cambridge University Press; 2005.
- 20- Lima LD. Conexões entre o federalismo fiscal e o financiamento da política de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2007; 12(2): 511-522.
- 21- Bueno WS, Merhy EE. Os equívocos da NOB/96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes? In: 10ª Conferência Nacional de Saúde. Tema: Norma Operacional Básica 01/96, 1997. (Mimeo).
- 22- Marques RM, Mendes A. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? *Cad Saúde Pública* 2002; 18(Supl):163-171.
- 23- Levcovitz E, Yamamoto EK, Silva LAD. Notas sobre a crise de financiamento do setor público no âmbito do SUDS. *Saúde Debate* 1989; (27):12-17.

24- Rezende C. Nota técnica: a implementação da Emenda Constitucional 29 (Emenda da Saúde).[capturado em 2007 mar 18]. Disponível em <http://www.pt.org.br>

25- Rio Grande do Norte. Prefeituras Municipais. Documento Oficiais das Prefeituras Municipais de Saúde. Plano Plurianual, Plano Anual, Relatório de Gestão 2003 a 2005.

26- Rio Grande do Norte. Documentos Oficiais do Conselho Municipal de Saúde - Atas das reuniões, Plano Anual, Relatório de Gestão 2003 a 2005.