

RENATA ALVES GOMES

**GASTO EM SAÚDE: CONCEPÇÕES DOS GESTORES  
MUNICIPAIS DE SAÚDE DE PERNAMBUCO E SUA  
PARTICIPAÇÃO NA ALOCAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS**

Recife  
2008

RENATA ALVES GOMES

**GASTO EM SAÚDE: CONCEPÇÕES DOS GESTORES  
MUNICIPAIS DE SAÚDE DE PERNAMBUCO E SUA  
PARTICIPAÇÃO NA ALOCAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS**

Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva, sob a orientação da Profa. Dr. Adriana Falangola, apresentada à banca examinadora como pré-requisito para obtenção do título de Mestre.

Recife  
2008

## Gomes, Renata Alves

Gasto em saúde: concepções dos gestores municipais de saúde de Pernambuco e sua participação na alocação dos recursos financeiros / Renata Alves Gomes. – Recife: O Autor, 2008.

56 folhas.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. CCS. Saúde Coletiva, 2008.

Inclui bibliografia, apêndices.

**1. Finanças públicas. 2. Gestão municipal. 3. Finanças na**

**Saúde. I.Título.**

351.72  
336

CDU (2.ed.)  
CDD (22.ed.)

UFPE  
CCS2008-127



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
PRÓ-REITORIA PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E  
PÓS-GRADUAÇÃO



RELATÓRIO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DO(A)  
MESTRAND(O)A

**RENATA ALVES GOMES**

No dia 25 de junho de 2008, às 10:00 horas, no auditório do Núcleo de Saúde Pública – NUSP/ Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco-UFPE, os professores: Adriana Falangola Benjamin Bezerra (DO – Departamento de Medicina Social da UFPE - Orientador) – Membro Interno, Maria Gorete Lucena de Vasconcelos (DO – Departamento de Enfermagem da UFPE) – Membro Externo e Antonio Carlos Gomes do Espírito Santo (DO – Departamento de Medicina Social da UFPE) – Membro Interno, componentes da Banca Examinadora, em sessão pública, argüíram o(a) mestrando(a) Renata Alves Gomes, sobre a sua Dissertação intitulada: "**Gasto em saúde: concepções dos gestores municipais de saúde de Pernambuco e sua participação na alocação dos recursos financeiros**". Ao final da argüição de cada membro da Banca Examinadora e resposta do(a) Mestrando(a), as seguintes menções foram publicamente fornecidas.

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Adriana Falangola B. Bezerra

Aprovado

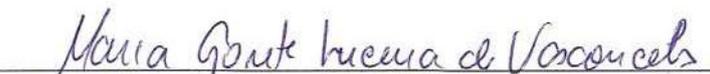
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Gorete L. Vasconcelos

Aprovado

Prof. Dr. Antonio Carlos G. do Espírito Santo

Aprovado

  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. **Adriana Falangola Benjamin Bezerra**

  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. **Maria Gorete Lucena de Vasconcelos**

  
Prof. Dr. **Antonio Carlos Gomes do Espírito Santo**

## AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus, pela força quando eu o chamava em silêncio e por ter permitido que pessoas ímpares se fizessem presentes durante essa caminhada;

Aos meus pais, pelo carinho, incentivo, crença e apoio tão importantes em todas as etapas da minha vida;

A Adriana Falangola, pelo cuidado, palavra que resume o que essa mulher consegue ter ao orientar não só para a academia, mas para a vida;

Aos amigos e parentes, pela compreensão da ausência em momentos especiais;

Aos colegas de turma que a convivência transformou em companheiros de jornada e amigos eternos;

A todo o Grupo de Pesquisa de Economia Política em Saúde, especialmente a Rogério Gonçalves e Keila Brito, pela parceria e apoio preciosos;

Às professoras Eliane Vasconcelos e Ronice Franco, pelos importantes direcionamentos acerca da pesquisa qualitativa, por ocasião da qualificação do projeto dessa dissertação;

Aos professores Antônio Carlos Gomes do Espírito Santo e Maria Gorete Lucena de Vasconcelos por terem feito parte da banca examinadora da defesa dessa dissertação e pelas valiosas sugestões e críticas;

Ao corpo docente do Pipasc, pelo conhecimento compartilhado;

A José Moreira, secretário do Pipasc, pela solicitude;

Aos gestores entrevistados, pela disponibilidade e colaboração imprescindíveis.

## RESUMO

A dissertação trata da questão do financiamento da saúde e da forma como os secretários municipais lidam com as limitações dos instrumentos regulamentadores do gasto no setor. O estudo objetivou ouvir os gestores a respeito de sua concepção sobre gasto em saúde, conhecimento acerca dos instrumentos legais que direcionam o financiamento e sua participação nas definições para alocação dos recursos. Foram selecionados 10(dez) municípios do Estado de Pernambuco para abordagem através de entrevistas semi-estruturadas aos seus respectivos secretários de saúde. A seleção foi aleatória, sorteando-se 05(cinco) municípios dentre os desempenho mais satisfatório do Estado - quanto à regularidade da alimentação do Siops (Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde) e quanto ao cumprimento da Emenda Constitucional nº. 29 - e os 05(cinco) com desempenho menos satisfatório em relação aos mesmos critérios. As respostas foram analisadas através da técnica de análise de conteúdo. Nos resultados, identificou-se que, para esses gestores, apenas despesas em ações e serviços próprios da saúde devem ser consideradas gastos para fins de pagamento com recursos destinados ao setor. Alguns secretários conhecem e especificam a regulamentação sobre gastos em saúde, participam na definição do orçamento municipal e gerem os recursos do Fundo Municipal de Saúde. Apesar da não uniformidade das respostas, observou-se que os secretários estavam motivados para participar da discussão sobre financiamento de e atuarem, junto aos demais órgãos da Administração Pública Municipal e do Prefeito, com vistas a participar ativamente da alocação dos recursos de acordo com as necessidades de saúde da população.

**Palavras-chave:** Sistema Único de Saúde; Financiamento; Município; Gestão Municipal

## **ABSTRACT**

This thesis addresses the issue of funding health and how the municipal managers deal with the limitations of the instruments of regulators spent on health. The objective was to listen to local health secretaries on their design, spent on health, knowledge about the law of financing and participation in the definitions for resource allocation. We selected 10 (ten) secretaries of municipalities in the state of Pernambuco and semi-structured interviews conducted with them. Their answers were analyzed by technical analysis of the content. It was identified that these managers believe that only actions and expenditure on health services themselves should be considered expenditures for payment on health resources. There was also aware that some secretaries and specify the regulations on spending in health, involved in setting the municipal budget and manage the resources of the fund municipal health. Despite the non-uniformity of responses, there was a desire on the part of secretaries, to be inserted in the discussion on financing of health and act with the other organs of government and the municipal mayor himself, participating actively in allocation of resources in accordance with the health needs of the population.

**Keywords:** National Public Health System; Financing; Township; Manager.

## LISTA DE SIGLAS

**ACS** - Agente Comunitário de Saúde  
**CAP** - Caixa de Aposentadorias e Pensões  
**CNS** - Conselho Nacional de Saúde  
**Conasems**- Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde  
**DSEI** - Distritos Sanitários Especiais Indígenas  
**EC** - Emenda Constitucional  
**FPM** – Fundo de Participação Municipal  
**Funasa** – Fundação Nacional de Saúde  
**Fusam** – Fundação de Saúde Amaury de Medeiros  
**Geres** - Gerência Regional de Saúde  
**IAP** - Instituto de Aposentadorias e Pensões  
**INPS** - Instituto Nacional de Previdência Social  
**INSS** - Instituto Nacional de Seguridade Social  
**LOA** – Lei Orçamentária Anual  
**MS** - Ministério da Saúde  
**Noas** - Norma Operacional da Assistência à Saúde  
**NOB** - Norma Operacional Básica  
**Opas** - Organização Pan-Americana da Saúde  
**PAB** – Piso de Atenção Básica  
**PAC** – Programa de Aceleração do Crescimento  
**PIB** - Produto Interno Bruto  
**PLC** - Projeto de Lei Complementar  
**PSF** - Programa de Saúde da Família  
**RH** – Recursos Humanos  
**Siops** - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde  
**SUS** - Sistema Único de Saúde  
**URSS** – União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>10</b>
1.1 QUADRO-SÍNTESE .....	14
<b>2 MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>15</b>
2.1 O NEOLIBERALISMO E O SUS .....	15
2.2 A AMPLIAÇÃO DO CONCEITO DE SAÚDE .....	17
2.3 O GESTOR MUNICIPAL DE SAÚDE .....	19
<b>2.3.1 O papel do gestor municipal do SUS</b> .....	<b>19</b>
<b>2.3.2 Representação social e concepções do gestor municipal de saúde</b> .....	<b>21</b>
2.4 A RESOLUÇÃO Nº. 322 DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE.....	23
<b>3 ASPECTOS METODOLÓGICOS</b> .....	<b>27</b>
3.1 TIPO DE ESTUDO .....	27
3.2 ÁREA DO ESTUDO .....	23
3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO .....	28
3.4 COLETA DOS DADOS .....	28
<b>3.4.1 Entrevista semi-estruturada</b> .....	<b>28</b>
3.4.1.1 Gravação de áudio .....	29
3.4.1.2 Anotações .....	29
3.5 ANÁLISE DOS DADOS .....	29
<b>3.1.1 Categorização</b> .....	<b>29</b>
<b>3.1.2 Categorias de análise</b> .....	<b>30</b>
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>32</b>
4.1 TEMA 1 .....	33
4.2 TEMA 2 .....	39
4.3 TEMA 3 .....	43
4.4 TEMA 4 .....	47
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>51</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>53</b>
APÊNDICE A	
APÊNDICE B	

## APRESENTAÇÃO

Este trabalho tem o formato de uma dissertação de Mestrado. De acordo com Tobar e Yalour (2001), “esse tipo de apresentação se caracteriza por adotar o método científico na sua elaboração sem, contudo, ter a pretensão de apresentar um novo enfoque teórico, constituir um paradigma ou formular a última palavra sobre o tema”.

O primeiro capítulo corresponde à introdução, abordando os aspectos gerais do tema, caracterização do problema e a justificativa do estudo. Também é apresentado um esquema gráfico contendo relações entre o marco teórico e o tema estudado.

O segundo capítulo é dedicado ao marco teórico, que foi dividido em quatro blocos:

2.1) O Neoliberalismo e o SUS, fazendo um paralelo entre as características que cada um representa;

2.2) A ampliação do conceito de saúde, abordando a municipalização e a questão das interfaces da saúde com outros setores da administração pública;

2.3) O gestor municipal de saúde, subdividido em:

2.3.1 – O papel do gestor municipal do SUS, apontando as demandas do secretário de saúde nessa esfera de gestão e

2.3.2 - Representação social e concepções do gestor municipal de saúde, trazendo esclarecimentos sobre essas expressões;

2.4) A Resolução nº. 322 do Conselho Nacional de Saúde, regulamentação que aborda sobre o que deve e o que não deve ser considerado como gasto em saúde para fins de pagamento com os recursos destinados ao setor.

O terceiro capítulo discorre sobre a trajetória metodológica percorrida na pesquisa, mostrando o tipo de estudo e definindo sua área, os critérios de inclusão e exclusão da seleção dos municípios, e como foi realizada a coleta e análise dos dados.

No quarto capítulo são apresentados os resultados da pesquisa realizada e a discussão. O quinto capítulo refere-se às considerações finais.

Faz-se importante salientar que neste estudo os termos “gestor municipal de saúde”, “gestor municipal” e “gestor de saúde” têm o mesmo significado de “secretário municipal de saúde”.

## 1. INTRODUÇÃO

A necessidade de fontes seguras de recursos financeiros tem acarretado diversas discussões e modificações acerca do financiamento da saúde pública no Brasil ao longo das últimas décadas, embora os fundamentos desta questão remontem à construção do país como nação, o que tem início no século XIX. Fazemos uma breve retomada de alguns marcos do financiamento da Saúde no País:

Após a chegada da Família Real, em 1808, o incremento das relações mercantis com Portugal e outros países despertou o interesse do Reino em investir na institucionalização do setor saúde e na regulação da prática médica, tendo em vista o estabelecimento de escolas, faculdades, hospitais e centros de pesquisas. O interesse seria expresso na manutenção de mão-de-obra saudável e meio ambiente saneado, favorável à circulação das mercadorias. O Estado provedor da higienização coletiva pouco atuava sobre a assistência médica individual, exceto pelas ações desenvolvidas nos hospitais como os militares, hospícios e leprosários. (BAPTISTA, 2005).

A industrialização do País, no início dos anos 20 do século passado, proporcionou um cenário de urbanização, com grande número de fábricas e aumento da aglomeração humana nas cidades na busca por emprego e melhores condições de vida. Dentro desse quadro, houve deterioração das condições de vida da população pobre e conseqüente aumento significativo no número de epidemias, originando maior pressão social da massa operária urbana. A cura de doenças era realizada por instituições de caridade sustentadas pela Igreja, doações ou por médicos que atendiam apenas aqueles que podiam pagar por seus serviços. O Estado não participava dessa assistência.

A crescente demanda por cuidados médicos levou a grupos de trabalhadores urbanos - organizados política e financeiramente, como marítimos e ferroviários – criarem as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), uma espécie de seguro social auto-financiado com garantia de fundos para os contribuintes e familiares que necessitassem de assistência médica privativa. As CAPs foram se estabelecendo e crescendo de maneira que, no contexto da reforma trabalhista do governo Vargas (1930-1945), foram criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), o que caracterizou a união das CAPs de acordo com as categorias profissionais. Cada IAP organizava sua rede própria de serviços de assistência médico-hospitalar. Nesse momento a contribuição era tripartite, sendo realizada pelos empregados, pela empresa e

pelo Estado, que atuava mediando a base contributiva previdenciária. (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

As contribuições dos trabalhadores concentravam considerável volume de recursos, despertando interesses diversos. Em 1966 os IAPs foram unificados e formaram o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), uniformizando os benefícios dos diversos contribuintes, passando a ser gerido exclusivamente pelo Estado. No início da década de 70, o INPS absorveu novas categorias profissionais, como trabalhadores rurais e autônomos, o que representou um aumento nos gastos. O Estado respondeu à demanda com a contratação de serviços privados, favorecendo a formação de um complexo-médico-empresarial, caracterizado pela assistência médica curativista e extremamente dispendiosa. (CORDEIRO, 1984).

O Governo então financiava tanto a saúde no âmbito coletivo, com ações campanhistas e preventivas, como participava da alocação dos recursos da previdência e seguridade social, incluindo a assistência médica individual. Contudo, devemos considerar que essa assistência era exclusiva para os inseridos formalmente no mercado de trabalho. Aos demais, restava pagar diretamente por ela ou serem atendido em instituições filantrópicas.

As ações de saúde pública ou preventivas (vacinação, saneamento, controle de endemias, etc.), de acesso universal, ocorriam em paralelo às ações curativas. Como resultado, o modelo de atenção à saúde era inadequado às reais necessidades da população como um todo e sem integralidade. Portanto, apesar dos altos gastos, sobretudo na área hospitalar, os serviços e ações de saúde não supriam as necessidades da população. Doenças já erradicadas voltaram a aparecer em surtos epidêmicos, o saneamento e as políticas de habitação populares foram desprezados, aumentou a pobreza e principalmente a desigualdade social (BAPTISTA, 2005).

A sociedade brasileira, insatisfeita com o Sistema de Saúde vigente, se organizou em grupos e associações a fim de promover discussões que apontasse alternativas de modificações. A Reforma Sanitária, movimento de trabalhadores e estudiosos da área da saúde, foi a mais expressiva manifestação de luta pela construção de um sistema de saúde integral e universal. Em 1986, como o advento da Nova República e a redemocratização do país - ao término do governo militar - lideranças dessa Reforma propuseram, na 8ª Conferência Nacional de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986), uma modificação no Sistema de Saúde do Brasil, que deveria receber recursos advindos de diferentes receitas. A Conferência aprovou a criação do Sistema Único de Saúde

(SUS), legitimada na Constituição da República (BRASIL, 1988), com a finalidade de se constituir um arcabouço institucional, com a separação total do financiamento da saúde em relação à Previdência (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

O SUS foi regulamentado pela Lei Orgânica do SUS nº. 8.080/90 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990a) e a Lei Complementar do SUS nº. 8.142/90 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990b), que definem a descentralização e a municipalização das ações e serviços, bem como o financiamento do Sistema Público de Saúde no Brasil.

A Constituição da República (BRASIL, 1988) previa um percentual mínimo de 30% do orçamento da seguridade social, excluindo o seguro-desemprego, para ser destinado ao setor saúde. Entretanto, a partir de 1993, diante dos aumentos da despesa previdenciária, os recursos arrecadados pelo Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS), antigo INPS, deixaram de ser repassados ao Ministério da Saúde (MS), sendo exclusivamente destinados à Previdência. Com o objetivo de definir fontes seguras de financiamento da saúde e participação efetiva das três esferas de Governo, foi aprovada em 2000, a Emenda Constitucional nº. 29 (EC29) (BRASIL, 2000). Ficou definido que os estados e municípios aplicariam, a partir daquele ano, pelo menos 7% de seus recursos próprios na saúde, até o limite mínimo de 12% para os estados e 15% para os municípios, a partir de 2004. A União investiria 5% a mais do que fora investido no ano de 1999 e, nos anos seguintes, esse valor seria ajustado de acordo com a variação do Produto Interno Bruto (PIB) (RIBEIRO; PIOLA; SERVO, 2007).

O repasse de obrigações financeiras da União para os municípios, com a descentralização das responsabilidades e execução dos serviços de saúde, tem a proposta de promover uma maior aproximação entre a gestão e os usuários, a desburocratização e maior resolutividade. No entanto, essa estratégia é vista por muitos como uma manobra neoliberal, visto que transferir essa responsabilidade para os municípios, sem o repasse gradual e suficiente dos recursos, provoca – do ponto de vista econômico - o enxugamento dos gastos do Governo Federal. Na medida em que se elevam as despesas municipais, diminuem-se os federais e, conseqüentemente, os recursos globais aplicados na saúde (CORREIA, 2005).

A EC29 (BRASIL, 2000) ainda não foi regulamentada. A falta de uma regulamentação abre possibilidades para diversas interpretações, como, por exemplo, a inserção de outras despesas que deveriam ser destinadas exclusivamente para a saúde,

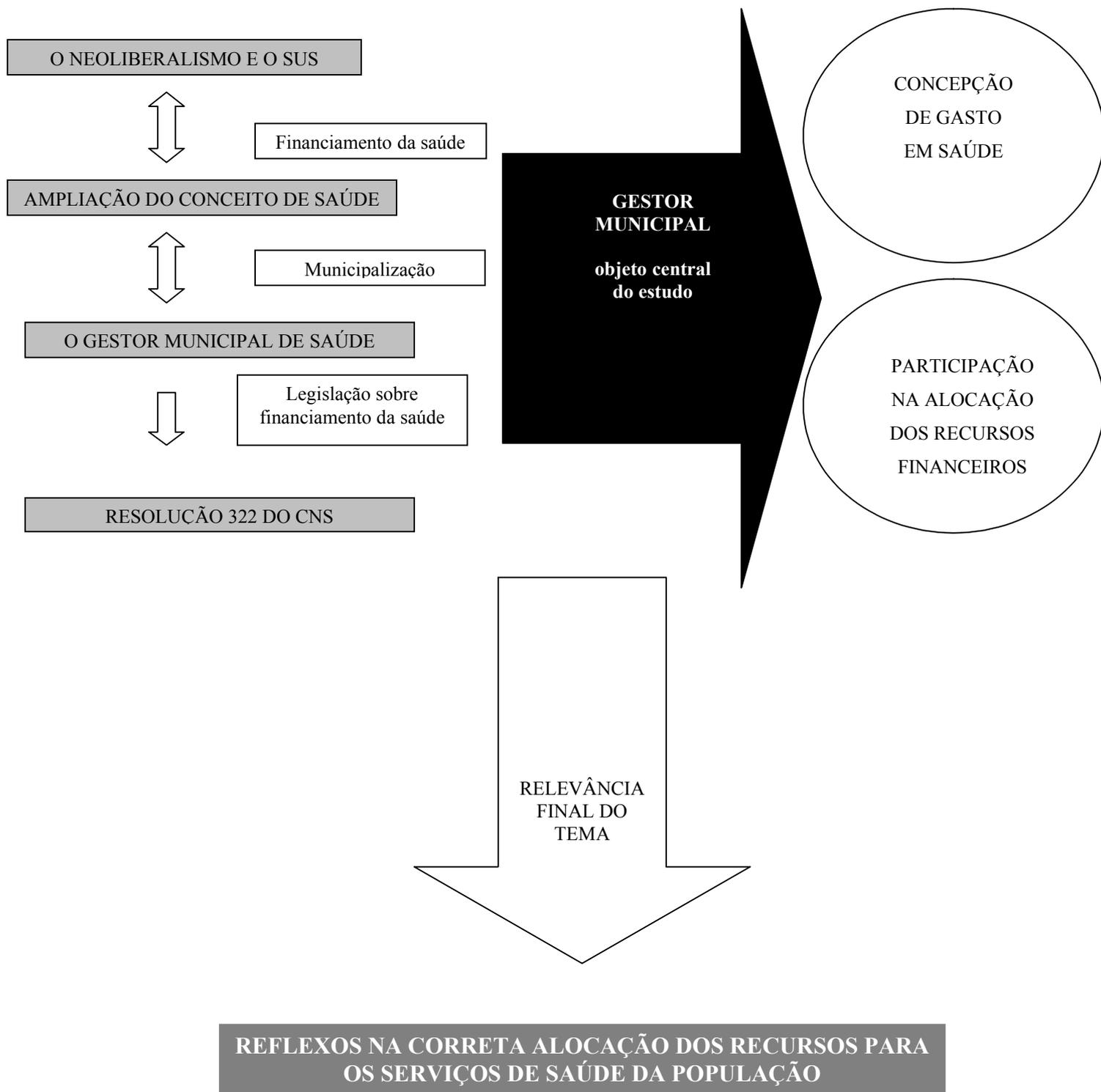
como o combate à fome e o saneamento, pois a saúde, em seu conceito amplo, deriva de um conjunto de fatores que resultam em condições dignas de vida (BRASIL, 2007).

Levando essas questões em consideração, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou a Resolução nº. 322 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003), a qual especifica o que deve e não deve ser considerado como gasto em saúde para fins de alocação dos recursos especificados na EC29 (Brasil, 2000).

É importante, e mesmo imprescindível, que os secretários municipais de saúde conheçam as definições e determinações preconizadas na EC 29 (BRASIL, 2000) e Resolução nº. 322 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003). Como responsáveis legais pela saúde dos munícipes a eles competem a orientação dos gastos, de acordo com as necessidades elencadas pela equipe da Secretaria de Saúde de cada município, bem como pelas lideranças locais, como o Conselho Municipal de Saúde. A correta alocação dos recursos reflete diretamente na resolutividade da demanda por atendimento nas unidades municipais, bem como no alcance de indicadores de saúde satisfatórios.

Este estudo tem por objetivos, portanto, conhecer a concepção do gestor municipal de saúde sobre o que ele considera como gastos a serem pagos com os recursos do setor, seu conhecimento acerca dos documentos formais que norteiam o financiamento e sua participação dos mesmos nas definições de alocação e destinação dos recursos financeiros da saúde no município.

## 1.1. QUADRO-SÍNTESE



## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1 O NEOLIBERALISMO E O SUS

O neoliberalismo surgiu quando se esgotava o maior ciclo de expansão da economia mundial, marcado pelo segundo pós-guerra, e buscavam-se alternativas para o enfrentamento da crise do capitalismo. A proposta era a liberdade do mercado e minimização do Estado - abrindo espaço para o setor privado, com a lógica de reprodução e acumulação de capital - em detrimento do setor público e dos gastos sociais, pois os serviços deviam ser adquiridos de acordo com o mercado e com a capacidade de compra de cada indivíduo (SADER, 2005).

Os neoliberais afirmam que o direito de adquirir as coisas indispensáveis para viver é de pouco para os que não têm a possibilidade de adquirí-las; que o Estado deveria tornar estas coisas acessíveis a todos; que esta necessidade implicaria, por parte do Estado, numa atuação limitadora da liberdade individual, mediante a definição de normas relativas à saúde pública, à instrução e ao bem-estar. O objetivo último é o bem-estar social, não a liberdade individual; os neoliberais usam a palavra liberdade para definir este objetivo, pois a liberdade pessoal significa o poder que o indivíduo tem para assegurar para si alimentação, moradia e vestuário suficientes (BOBBIO; MATTEUCCI; PASQUINO, 1998).

Sader (2005) afirma, de acordo com a lógica neoliberal, que a regulamentação estatal representa um desincentivo ao capital. A livre circulação seria a alternativa para a retomada do desenvolvimento, tanto no centro quanto na periferia do capitalismo. Quanto às economias centralmente planejadas estariam, inevitavelmente, condenadas ao fracasso por não contarem com o dinamismo que somente o livre mercado poderia promover. O combate à inflação era a forma específica de lutar contra a presença do Estado, reduzindo os gastos públicos e as prestações de serviços pelo Estado, particularmente aquelas dirigidas às camadas mais pobres da população.

Entretanto, segundo Bobbio, Matteucci e Pasquino (1998), em sentido indireto “os homens necessitados não são homens livres”. Eles têm pouca liberdade de escolha e são socialmente não-livres com relação aos poderosos, do ponto de vista econômico. Liberdade está relacionada não apenas com o objetivo do bem-estar, mas também com qualquer limitação da liberdade social que seja considerada necessária para alcançá-lo.

No momento da criação do SUS - onde o Estado garante um sistema com atenção integral a todo cidadão, princípios de universalidade, equidade, integralidade, descentralização de gestão e recursos e participação social - ao mesmo tempo consolidava-se o projeto neoliberal no Brasil, com sua filosofia de livre mercado, estímulo às privatizações, extinção de estatais, flexibilização das relações de trabalho e redução de gastos sociais e da prestação de serviços públicos, provocando um desgaste precoce do Sistema, que mal consegue se erguer, frente ao desmonte do setor público provocado pelas reformas liberais (CORREIA, 2005).

Rangel, Pereira e Mota (2002) referem a necessidade da alocação de recursos orçamentários específicos do plano federal para a implantação do SUS, desmaterializando a lógica do projeto neoliberal, uma vez que compete ao Estado realizar ações de saúde e medidas estruturais relativas ao incentivo ao trabalho e melhoria das condições de vida, dirigidas não somente aos mais carentes, mas conservando critérios universais. A avaliação dessas ações deve ser analisada a partir de indicadores de natureza societal, ou seja, que inclua não apenas a relação custo-benefício, mas a ultrapasse, uma vez que está subordinada à lógica da defesa da qualidade de vida e da preservação do meio ambiente. Nesse quadro, despontam a necessidade de fortalecer a luta contra a responsabilidade privada da saúde e o tratamento dos serviços e equipamentos coletivos como mercadorias.

O repasse de obrigações financeiras da União para os municípios, com a descentralização das responsabilidades - pela maior aproximação entre a gestão e os usuários, visando a desburocratização e a resolutividade - é visto também como uma estratégia neoliberal. De acordo com Gremaud e Toneto (2002), os municípios, especialmente os de maior porte, assumem um leque de funções - provisão de serviços públicos, infra-estrutura e desenvolvimento urbano, políticas de combate à pobreza e geração de emprego, políticas de desenvolvimento *etc.* - sem que seus orçamentos suportem estas pressões, uma vez que estão comprometidos pelo significativo aumento dos gastos de custeio pós-Constituição.

A estratégia de responsabilizar os municípios abrange o setor saúde, não apenas pela execução das ações e serviços, mas na sua prevenção e promoção. Considerando que ela é resultado de diversos fatores, os demais setores da administração pública são co-responsáveis pela promoção de ações e estratégias saudáveis, se levarmos em consideração a complexidade do conceito ampliado de saúde.

## 2.2 A AMPLIAÇÃO DO CONCEITO DE SAÚDE

A saúde é resultante de vários determinantes e, portanto, a integração entre as mais diversas políticas públicas é objeto do setor saúde.

A atenção primária é parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constitui a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pela qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. Os cuidados primários de saúde envolvem, além do setor saúde, todos os setores e aspectos correlatos do desenvolvimento nacional e comunitário, mormente a agricultura, a pecuária, a produção de alimentos, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas, as comunicações e outros setores (URSS, 1978).

A integração de diversos setores, entretanto, não é uma tarefa simples. Fleury (2007) enfatiza que a definição de saúde, constante na Constituição, tem relação com a própria revisão do processo de saúde e doença feito pela área da saúde coletiva, mostrando os determinantes sociais desse processo, além dos biológicos e individuais, e introduz a noção do coletivo, ampliando o conceito de saúde. Contudo, isso não se traduz necessariamente na sua institucionalidade. Essa é uma contradição complicada porque a área da saúde foi blindada de tal forma para que não pudesse ser vulnerabilizada pelas autoridades políticas, que não interage com as outras áreas, portanto, não fica tão ampliada assim. Por exemplo, o fato de se criar o fundo de saúde em cada nível foi importante para impedir que os governos utilizassem os recursos da saúde para colocar em outras políticas; atualmente verifica-se que existe uma prefeitura geral e uma prefeitura da saúde. A autora conclui indagando como se pode pensar que um dos desafios do conceito ampliado de saúde é a integração intersetorial das diferentes políticas se, ao mesmo tempo, isolamos a saúde das outras políticas? E acrescenta: Como devemos repensar essa contradição e tentar sair dessa armadura que criamos?

A Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) ratifica a importância das ações intersetoriais e define que a promoção da saúde através da gestão intersetorial possibilita uma estratégia mais ampla de intervenção para o enfrentamento dos problemas sociais que incidem sobre a saúde das populações e desafiam os diferentes setores a uma ação compartilhada, visando a construção coletiva de uma nova forma de compreender e

abordar saúde, tendo a qualidade e a melhoria das condições de vida e saúde da população como seu eixo norteador (Opas, 2007).

Czerina e Freitas (2003) afirmam que, ao se considerar saúde em seu significado pleno está-se lidando com algo tão amplo como a própria noção de vida, pois, promover a vida em suas múltiplas dimensões envolve, por um lado, ações do âmbito global de um Estado e, por outro, a singularidade e autonomia dos sujeitos, o que não pode ser atribuído à responsabilidade de uma área de conhecimentos e práticas. Essa relação entre intersetorialidade e especificidade é, não obstante, um campo problemático e deve ser tratada com cuidado, pois há uma tensão entre a demarcação dos limites da competência específica das ações no campo da saúde e a abertura exigida à integração com outras múltiplas dimensões.

Segundo Correia (2005), trata-se de uma questão de interpretação desse conceito ampliado, abrindo um leque de possibilidades de inserção de todos os gastos sociais nos recursos da saúde, pois esta, em seu conceito amplo, é resultado de condições dignas de vida. O que está em pauta é a vinculação de recursos para a saúde e o entendimento sobre o que é despesa em ações de saúde.

Os gestores municipais se deparam com as mais diferentes interpretações sobre quais tipos de ações e serviços podem ser considerados como de saúde, por conta disso, recursos que deveriam ser destinados a essas atividades acabam financiando iniciativas diversas. Para que não restem dúvidas, o Projeto de Lei Complementar nº. 01 - PLC/01 (BRASIL, 2003) lista o que pode e o que não pode ser contabilizado entre os recursos vinculados à área. Esse projeto foi reiterado pela Resolução nº. 322 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003) do CNS, a qual indica onde os recursos da saúde devem ser aplicados e o que pode ser considerado como despesa em ações e serviços de saúde, em conformidade com a EC29 (BRASIL, 2000). A resolução tenta impedir que gastos indevidos, como iniciativas de combate à fome e de saneamento, ou até mesmo obras na rua de um hospital, sejam financiados com recursos da saúde.

## 2.3 O GESTOR MUNICIPAL DE SAÚDE

### 2.3.1 – O papel do gestor municipal do SUS

Com a descentralização e municipalização dos serviços, propostas pelo SUS, a execução das ações de saúde ficou sob responsabilidade da gestão municipal. O município, portanto, é o maior responsável pela promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, através da interlocução da sua rede local e da integração aos diversos setores da administração pública municipal, estadual e federal.

A Lei Orgânica do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990a) aponta, já no início da implantação do Sistema, as diretrizes de regionalização e hierarquização em níveis de complexidade crescente e que, no âmbito municipal deverá ser exercida pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

A referida Lei dispõe, em seu Artigo 18, sobre as responsabilidades da direção municipal do SUS, a saber:

**I** - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;

**II** - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual;

**III**- participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;

**IV** -executar serviços: a) de vigilância epidemiológica; b) vigilância sanitária; c) de alimentação e nutrição; d) de saneamento básico; e) de saúde do trabalhador;

**V** - dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;

**VI** - colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;

**VII** - formar consórcios administrativos intermunicipais;

**VIII** - colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

**IX** - observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;

**X** - controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;

**XI** - normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

A partir da Lei Orgânica, algumas normatizações foram publicadas a fim de consolidar as diretrizes estabelecidas. A Norma Operacional Básica nº. 96 - NOB/96 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996) e a Norma Operacional da Assistência à Saúde nº. 01 - Noas/01 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001) definem modalidades de gestão, na qual municípios e estados deveriam se habilitar para gerir a rede de saúde.

Na NOB/96 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996) as modalidades eram: Gestão Plena de Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema de Saúde. Na Noas 01/2001 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001) as modalidades eram: Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada e Gestão Plena do Sistema Municipal. Nas modalidades de gestão da atenção básica, o município tem governabilidade apenas sobre a rede de atendimento básico; já nas modalidades plenas, o município gerencia todo o atendimento à saúde no seu território, inclusive a rede hospitalar pública e privada conveniada, tendo para tanto repasse direto de recursos do MS para o Fundo Municipal de Saúde, sem intermediação da esfera estadual.

Em setembro de 2004, o MS publicou portaria responsabilizando os municípios e o Distrito Federal pela gestão do Sistema Municipal de Saúde, na organização e execução das ações de atenção básica, atribuindo a todo e qualquer município a responsabilidade do provimento da atenção básica aos seus municípios, porém, contando com o repasse de recursos fundo a fundo das esferas federal e estadual (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a).

Em março de 2006, foi publicada a portaria do MS que trata do Pacto pela Saúde, o mais recente arcabouço normativo do SUS com o objetivo de estabelecer compromissos entre as três esferas de gestão, a partir de uma unidade de princípios que,

guardando coerência com a diversidade operativa, respeitasse as diferenças loco - regionais, agregasse os pactos anteriormente existentes, reforçasse a organização das regiões sanitárias instituindo mecanismos de co-gestão e planejamento regional, fortalecesse os espaços e mecanismos de controle social, qualificasse o acesso da população à atenção integral à saúde, redefinissem os instrumentos de regulação, programação e avaliação, valorizasse a macro função de cooperação técnica entre os gestores e propusesse um financiamento tripartite que estimula critérios de equidade nas transferências fundo a fundo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a).

Essas pactuações são formalizadas a partir da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão. A portaria do MS nº 699 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b) do mesmo mês e ano, publicou em seus anexos, o Termo de Compromisso de Gestão Municipal, onde destaca que o Secretário Municipal de Saúde é o representante formal da assunção das responsabilidades inerentes à Secretaria de Saúde de seu município, responsabilizando-se assim por pactos acordados em cláusulas que tratam de suas atribuições e responsabilidades sanitárias, dos objetivos e metas prioritárias dos pactos pela vida e gestão do SUS, bem como dos instrumentos de avaliação e monitoramento, revisão e publicação.

Diante da elevada responsabilidade dos municípios na gestão dos serviços e ações de saúde, é imprescindível que a instância dessa gestão e seu representante legal, ou seja, a Secretaria de Saúde e o Secretário Municipal de Saúde, possuam conhecimento e autonomia para desempenhar de maneira satisfatória suas funções de oferecer condições adequadas de saúde à sua população.

### 2.3.2 - Representação social e concepções do gestor municipal de saúde

O desenvolvimento do trabalho do gestor municipal de saúde está intrinsecamente relacionado com sua representação social e suas concepções.

O termo “representação social” corresponde tanto a um conjunto de fenômenos quanto ao conceito que os engloba e a teoria construída para explicá-los, além de identificar um vasto campo de estudos psicossociológicos (CAMPOS, 2002).

Segundo Spink (1995), as representações emergem como uma modalidade de conhecimento prático orientado para a compreensão do mundo e para a comunicação e precisam ser entendidas a partir do contexto que as engendram e a partir de sua funcionalidade nas interações sociais do cotidiano. Com relação à atividade do sujeito na elaboração das representações sociais, é importante notar que ele é um sujeito social e,

portanto, são levadas em consideração as respostas individuais enquanto manifestações de tendências do grupo que os indivíduos participam.

A representação social se constrói, segundo Bernardo (2001), na conjunção entre o social e o psicológico e, por isso, depende tanto das condições objetivas como da realidade psicológica. Entre as condições objetivas estariam a cultura, os códigos, os valores sociais e o contexto concreto onde se situam os indivíduos ou grupos.

O gestor de saúde, portanto, é influenciado por questões psicológicas, subjetivas e culturais, embora seja o representante de uma determinada população para fins específicos e normatizados.

O conceito habermasiano (de Harbermas) refere que a esfera pública tem um papel fundamental na reconstrução da teoria democrática ao introduzir uma concepção participativa, discursiva, criando espaço para a generalização da ação social, o reconhecimento das diferenças e a ampliação da forma do político (GOHN, 2001).

O gestor municipal deve lidar com as questões da democracia representativa, já que ele representa interesses de uma coletividade à luz de normatizações e diretrizes a serem seguidas ou criadas, de maneira que sua subjetividade e visão de mundo não se confrontem com o estabelecido por lei nem com interesses comuns dessa população. Somado a isso, o gestor deve ainda seguir orientações do representante maior do executivo municipal, na figura do prefeito, que, por sua vez, tem alianças políticas e orientações partidárias.

Nesse sentido, a concepção do gestor municipal acerca de um tema, é estabelecida por várias determinantes. De acordo com Weiszflog (2007) a palavra “concepção” tem o mesmo significado de percepção, ou seja, faculdade de compreender as coisas.

A compreensão de determinado objeto é obtida através da conceituação ou definição deste. Segundo Oliveira (2007), as palavras “conceito” e “definição” expressam significados diferentes. A primeira seria a construção, no intelecto, de uma idéia de objeto, fato ou fenômeno mediante as percepções emanadas da realidade, segundo nossas experiências. A segunda é uma explicação precisa, uma significação do objeto de conhecimento, portanto, a definição exprime a essência de um conceito.

A definição requer uma maior clareza quanto à delimitação desse objeto. Ela delimita um conceito, sendo necessário identificar as suas funções e tipos.

No caso do gestor municipal, suas ações devem ser regidas por leis e normatizações que definem como ele deve agir. Se uma normatização não está

devidamente definida em seus aspectos mais amplos, o conceito que se pode fazer acerca de determinada diretriz pode variar de pessoa a pessoa, sem, contudo, essa concepção esteja errada na sua essência.

A importância de leis, normas e portarias muito bem definidas é que elas serão colocadas em prática por pessoas cujas ações são influenciadas por um conjunto de variáveis que compõem sua subjetividade e suas representações sociais. Tais influências podem, muitas vezes, não expressar o desejo e as necessidades do coletivo para esse sujeito que os representa, no caso, o gestor municipal de saúde.

#### 2.4 A RESOLUÇÃO Nº. 322 DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

A EC29 (BRASIL, 2000) não determinou quais ações governamentais seriam consideradas ações e serviços públicos de saúde. O MS organizou seminários sobre a operacionalização, para tentar estabelecer consensos, com a participação de representantes de Tribunais de Contas, Conselho Nacional de Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e Secretaria do Tesouro Nacional para que fossem definidos parâmetros para a implementação desta emenda (RIBEIRO; PIOLA; SERVO, 2007).

Em maio de 2003, foi aprovada a Resolução nº. 322 do Conselho Nacional de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003). A resolução esclarece, da primeira à quarta diretriz, a base de cálculo para definição dos recursos mínimos a serem aplicados em saúde pelos estados e municípios, seguindo as diretrizes acerca da aplicação da EC 29 (BRASIL, 2000). A partir da quinta até a sétima diretriz, a resolução esclarece o que deve ser considerado no cálculo das despesas em saúde, e, da oitava à décima, os instrumentos de acompanhamento, fiscalização e controle.

A quinta diretriz determina as despesas com ações e serviços públicos de saúde como aquelas com pessoal ativo e outras despesas de custeio de capital relacionadas a programas finalísticos e de apoio, inclusive administrativos que atendam simultaneamente aos seguintes critérios:

**I** – sejam destinadas às ações e serviços de acesso universal, igualitário e gratuito;

**II** – estejam em conformidade com os objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente federativo;

**III** – sejam de responsabilidade específica do setor de saúde, não se confundindo com despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que com reflexos sobre as condições de saúde.

A sexta diretriz lista o que deve ser considerado como despesas com ações e serviços de saúde, devendo estar relacionados à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, incluindo:

**I** - vigilância epidemiológica e controle de doenças;

**II** - vigilância sanitária;

**III** - vigilância nutricional, controle de deficiências nutricionais, orientação alimentar, e a segurança alimentar promovida no âmbito do SUS;

**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, promovidos por entidades do SUS;

**XI** - produção, aquisição e distribuição de insumos setoriais específicos, tais como medicamentos, imunobiológicos, sangue e hemoderivados, e equipamentos;

**XII** - saneamento básico e do meio ambiente, desde que associado diretamente ao controle de vetores, a ações próprias de pequenas comunidades ou em nível domiciliar, ou aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), e outras ações de saneamento a critério do Conselho Nacional de Saúde;

**XIII** - serviços de saúde penitenciários, desde que firmado Termo de Cooperação específico entre os órgãos de saúde e os órgãos responsáveis pela prestação dos referidos serviços;

**XIV** – atenção especial aos portadores de deficiência;

**XV** – ações administrativas realizadas pelos órgãos de saúde no âmbito do SUS e indispensáveis para a execução das ações indicadas nos itens anteriores.

A sétima diretriz contempla a lista das despesas não consideradas como ações e serviços públicos de saúde:

**I** – pagamento de aposentadorias e pensões;

**II** - assistência à saúde que não atenda ao princípio da universalidade (clientela fechada);

**III** - merenda escolar;

**IV** - saneamento básico, mesmo o previsto no inciso XII da Sexta Diretriz, realizado com recursos provenientes de taxas ou tarifas e do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza, ainda que excepcionalmente executado pelo Ministério da Saúde, 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** – ações de assistência social não vinculadas diretamente a execução das ações e serviços referidos na sexta diretriz e não promovidas pelos órgãos de Saúde do SUS;

**VIII** – ações e serviços públicos de saúde custeados com recursos que não os especificados na base de cálculo definida na primeira diretriz.

A oitava diretriz trata do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - Siops (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999), utilizado como referência para o acompanhamento, fiscalização e controle da aplicação dos recursos vinculados em ações e serviços públicos em saúde. A nona diretriz define o Sistema como a fonte de divulgação das informações relativas ao cumprimento da EC29 (BRASIL, 2000) aos demais órgãos de fiscalização e controle, como os Conselhos de Saúde, Tribunais de Contas, Senado, Câmaras e Assembleias Legislativas, nas três esferas de Governo. A décima diretriz esclarece que, se houver descumprimento da emenda em tela, o exercício seguinte deverá obedecer os valores mínimos e realizar suplementação orçamentária para recompensar a perda identificada.

A Resolução nº. 322 do CNS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003) é considerada como base para as auditorias dos Tribunais de Contas. O conhecimento dessas diretrizes é essencial para a correta alocação dos recursos da receita própria municipal, ou seja, 15 %, de acordo com a EC 29 (BRASIL, 2000a), destinados à saúde.

A 12ª Conferência Nacional de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004b) aprovou que, a partir de 2005, a parcela da União para financiamento do SUS equivaleria a 10% das receitas correntes e, para os estados e municípios permaneceriam, respectivamente, 12% e 15% da receita de impostos. Aprovou também que a votação da PLC 01/03 (BRASIL, 2003), que trata da regulamentação da EC 29 (BRASIL, 2000), deveria ser priorizada.

A não aprovação da PLC 01/03 (Brasil, 2003), e conseqüente não regulamentação da EC 29 (Brasil, 2000), possibilita uma diversidade de interpretações com relação à legislação sobre financiamento do SUS. A falta de parâmetros gera dificuldades, para os gestores municipais, no que se refere à aplicação dos recursos da saúde.

### 3. ASPECTOS METODOLÓGICOS

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Quanto à tipologia, trata-se de um estudo descritivo (observa, descreve, documenta), exploratório (investiga um fenômeno) e transversal ( coleta dados num determinado ponto do tempo)

Quanto ao método, é uma pesquisa qualitativa. Esse tipo de pesquisa trabalha com o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 1996).

Segundo Grubits e Noriega (2004), o alvo de interesse do estudo qualitativo é a significação que um indivíduo em particular ou em determinado grupo atribui aos fenômenos da natureza que lhe dizem respeito.

Bodgan e Biklen (1998) definem o alvo da pesquisa qualitativa:

(...) melhor compreender o comportamento e a experiência humanas. Eles procuram entender o processo pelo qual as pessoas constroem significados. Usam observação empírica porque é com os eventos concretos do comportamento humano que os investigadores podem pensar mais clara e profundamente sobre a condição humana.

Tendo em vista que este estudo se propõe conhecer os significados que determinado grupo atribui a expressões de uso comum em seu meio, justifica-se a escolha do método qualitativo.

#### 3.2 ÁREA DO ESTUDO

O estudo é um desdobramento da pesquisa: “Avaliação do Siops e capacitação de gestores municipais para a atualização e qualificação dos dados no uso da tecnologia da informação”. Essa pesquisa analisou os 184 municípios do Estado de Pernambuco quanto à regularidade da alimentação do Siops (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999) e cumprimento da EC 29 (BRASIL, 2000). Destes, foram selecionados 50 para aprofundamento da análise através de entrevistas semi-estruturadas aos secretários municipais de saúde. A seleção foi composta dos 25 municípios do Estado com desempenho mais satisfatório - quanto à regularidade da alimentação do Sistema e cumprimento da Emenda - e dos 25 com desempenho menos satisfatório, com relação

aos mesmos critérios. Esses municípios estavam distribuídos do litoral ao sertão do estado, contemplando as 11 Gerências Regionais de Saúde (Geres).

O termo de consentimento livre e esclarecido, utilizado na pesquisa supracitada, serviu também para esse estudo. Esse instrumento está representado no Apêndice A.

### 3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram excluídos, da seleção dos 50, os municípios cujos secretários municipais de saúde estivesse há menos de 12 meses no cargo, pois, não seria possível responder à questão sobre orçamento municipal, tendo em vista que a construção da peça orçamentária acontece uma vez ao ano.

Dentro de cada extrato de 25 municípios foram selecionados, aleatoriamente, 05, num total de 10 municípios a serem considerados neste estudo: 05 representantes do extrato dos 25 municípios com desempenho mais satisfatório quanto à regularidade da alimentação do Siops (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999) e cumprimento da EC 29 (BRASIL, 2000) e 05 do extrato dos com desempenho menos satisfatório, com relação aos mesmos critérios. Essa seleção, dos 10, contudo, só foi feita após a realização das 50 entrevistas, com o objetivo de não tendenciar o entrevistador.

A seleção de municípios dos dois extratos serviu apenas para ampliar a heterogeneidade dos dados, pois, esse estudo não os analisou na questão de cumprimento da EC29 ou alimentação do Siops. O enfoque do estudo é o gestor municipal, portanto, as entrevistas foram direcionadas a esses sujeitos, que compunham um só grupo de análise, ou seja, de secretários municipais de saúde de 10 municípios do Estado de Pernambuco.

### 3.4 COLETA DOS DADOS

#### 3.4.1 Entrevista semi-estruturada

Foram realizadas entrevistas com os secretários de saúde dos municípios selecionados de Pernambuco, no ano de 2007, a fim de coletar as informações necessárias ao estudo. Gil (1995) define entrevista como a técnica em que o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe formula perguntas com o objetivo de obtenção dos dados que interessam à investigação.

As entrevistas foram orientadas por um roteiro de questionamentos para que o entrevistador não se desviasse dos objetivos no decorrer do processo, conduzisse o

entrevistado às questões pertinentes e direcionasse os mesmos questionamentos para todos os entrevistados. Pope e Mays (2005) definem a entrevista semi-estruturada como aquela que é conduzida com base numa estrutura, pelo menos inicialmente, e a partir da qual o entrevistador ou o entrevistado podem divergir, a fim de prosseguir com uma idéia ou uma resposta em maiores detalhes. O instrumento de coleta de dados está representado no Apêndice B.

#### 3.4.1.1 Gravação de áudio

Todas as entrevistas foram gravadas em equipamento de áudio e posteriormente transcritas. Essa técnica permitiu a fidelidade das respostas e uma maior liberdade entre entrevistador e entrevistado. Flick (2004) refere que o uso de equipamentos para gravação faz com que a documentação de dados se torne independente das perspectivas do pesquisador e dos sujeitos em estudo.

#### 3.4.1.2 Anotações

Além da gravação também foram anotadas impressões quanto ao entrevistado, no momento da entrevista, como seu comportamento, atitudes e expressão facial, a fim de complementar a análise da fala. De acordo com Gil (1995), o momento mais adequado para o registro é o da própria ocorrência do fenômeno; entretanto, é inconveniente tomar nota no local, pois, com isso, elementos significativos da situação podem ser perdidos pelo pesquisador e a naturalidade da observação pode ser perturbada pela desconfiança das pessoas observadas. Para evitar esse desconforto, as anotações foram realizadas imediatamente após o contato.

### 3.5 ANÁLISE DOS DADOS

#### 3.5.1. Categorização

De acordo com Minayo (2002), a palavra “categoria” pode ser entendida como um conceito que abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si. Trabalhar com categorias significa agrupar elementos, idéias ou expressões em torno de um conceito capaz de abrangê-los.

As categorias foram definidas após a coleta dos dados, no momento da própria análise. Segundo Pope e Mays (2005), esse processo envolve a identificação de um tema e a tentativa de verificar, confirmar e qualificá-lo ao pesquisar por meio dos dados. Uma

vez que todos os dados que pertençam àquele tema tenham sido localizados, o pesquisador repete o processo para identificar temas ou categorias adicionais.

A análise do conteúdo representa uma técnica de pesquisa empregada para determinar a presença de algumas palavras ou conceitos dentro de um texto ou conjunto de textos, a partir da análise dos dados e das relações entre eles, com a finalidade de fazer inferências sobre as mensagens contidas nesse texto. A análise de conteúdo categorial é alcançada por operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias, segundo agrupamentos analógicos, e caracteriza-se por um processo estruturalista que classifica os elementos, segundo a investigação sobre o que cada um deles tem em comum (KURTZ, 2005).

Todos os dados relevantes de cada categoria são identificados e examinados usando o processo denominado comparação constante, no qual cada item é conferido ou comparado com o resto dos dados, para estabelecer categorias de análise.

### 3.5.2 Categorias de análise

As questões direcionadas aos entrevistados representam temas, para fins de discussão, como será melhor explicitado no próximo capítulo. As categorias surgiram a partir da leitura e agrupamentos das respostas por isso são denominadas categorias emergentes.

- *Tema 1: Alocação dos recursos municipais da saúde*

Gerou duas divisões:

1) Em que deve ser gasto.

**Categoria emergente:** 1.1 – Gastos restritos à saúde

2) Não pode ser considerado gasto em saúde.

**Categoria emergente:** 1.2 - De acordo com a Resolução N°. 322 do CNS.

- *Tema 2: conhecimento sobre regulamentação do gasto em saúde*

**Categorias emergentes:**

- 2.1 - Desconhece qualquer normatização.
- 2.1 - Refere conhecer, porém não especifica.
- 2.3 - Refere conhecer e especifica.

- *Tema3: Participação no orçamento municipal*

**Categorias emergentes:**

- 3.1 - Não Participa.
- 3.2 - Participa com poder deliberativo.
- 3.3 - Participa sem poder deliberativo.

- *Tema 4: Gestão dos recursos financeiros da saúde*

**Categorias emergentes:**

- 4.1 - Não gere os recursos.
- 4.2 - Gestão compartilhada com o prefeito.
- 4.3 - Gere os recursos.

#### **4. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Para facilitar o entendimento acerca das relações entre as questões direcionadas aos entrevistados e as categorias que emergiram de seus discursos, serão apresentados esquemas gráficos a partir de cada pergunta do roteiro de entrevistas.

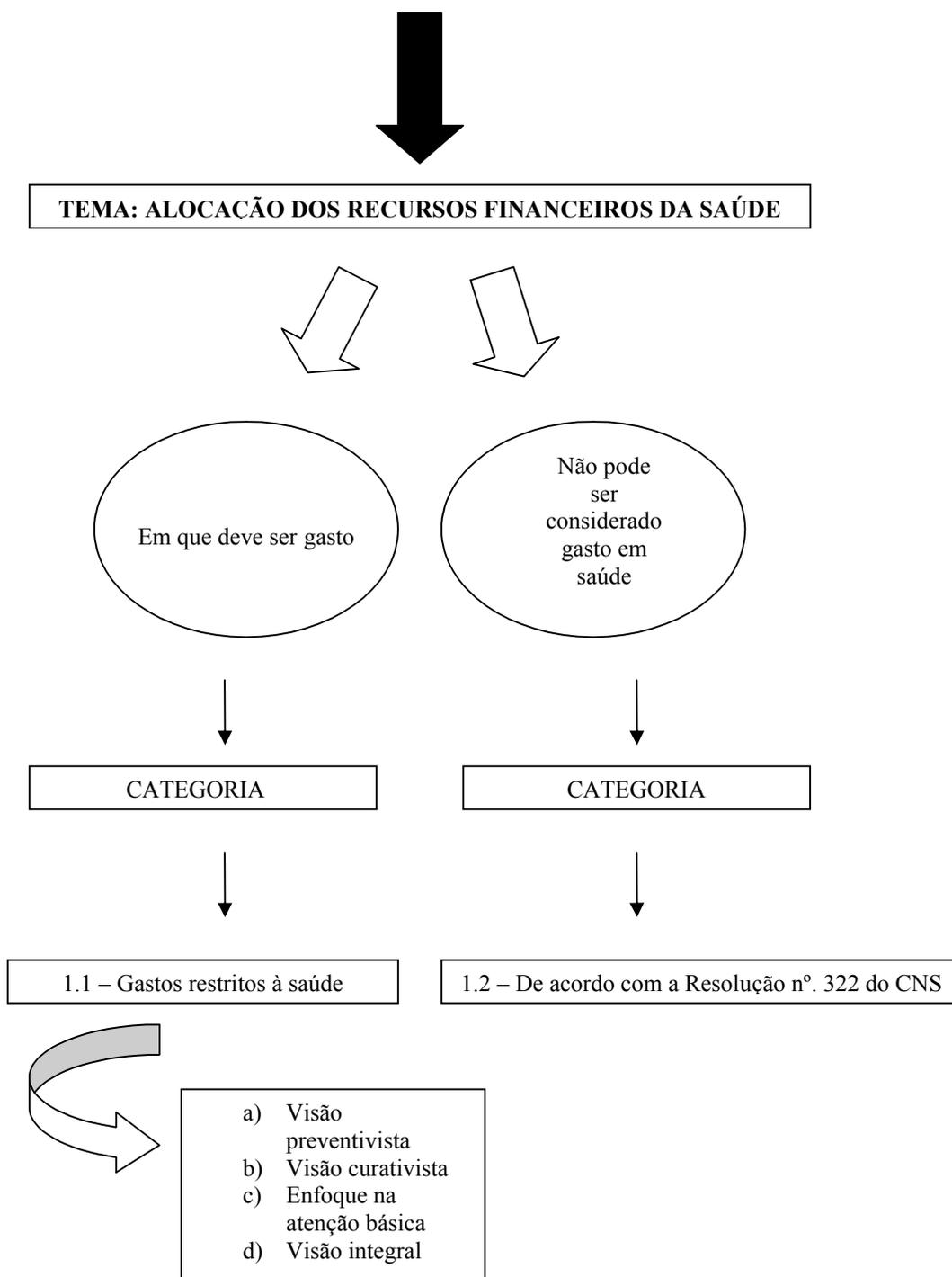
A seguir, os resultados estão expostos nos trechos das falas dos entrevistados. Os nomes dos municípios, cujos gestores foram entrevistados, estão representados por nomes de ritmos e danças do folclore pernambucano, afim de preservar seu anonimato. A escolha dos codinomes levou em consideração o fato de que os municípios do estudo estão distribuídos do Litoral ao Sertão do Estado e que a cultura de cada local reproduz o pertencimento daquela população à sua região.

Os resultados estão foram dispostos em 04 (quatro) temas, que surgiram a partir das questões direcionadas aos entrevistados. São eles:

1. Alocação dos recursos municipais de saúde;
2. Conhecimento sobre regulamentação do gasto em saúde;
3. Participação no orçamento municipal;
4. Gestão dos recursos financeiros da saúde.

#### 4.1. TEMA 1

Questão: Tendo em vista que a saúde é resultante de vários fatores, em que você acha que o recurso da saúde deve ser gasto e em que ele não deve ser empregado?



- **EM QUE DEVE SER GASTO**

### 1.1 – GASTOS RESTRITOS À SAÚDE

#### a) VISÃO PREVENTIVISTA

##### **‘CABOCLINHO’**

*“Na saúde preventiva, como é hoje (...) Eu acho que o dinheiro para ser empregado na saúde como está se mostrando e se fazendo hoje é todo no caminho de saúde preventiva”.*

#### b) VISÃO CURATIVISTA

##### **‘MARACATU’**

*“Olha, eu acho que deve ser usado mais para estruturação mesmo da saúde, empregar em hospitais e posto de saúde, capacitação de pessoal que eu acho que é essencial”.*

#### c) ENFOQUE NA ATENÇÃO BÁSICA

##### **‘BAIÃO’**

*“Todo recurso oriundo da saúde, além do que é repassado pelo município em termo de FPM, a mais em torno ele é repassado dentro da saúde básica. ”*

##### **‘FORRÓ’**

*“Na prevenção, nas ações de campanhas educativas da própria rotina da unidade, nas ações da assistência na atenção básica, principalmente eu acho que os recursos de saúde devem ter um incremento maior na atenção básica à saúde.”*

##### **‘PASTORIL’**

*“Falando mais especificamente sobre municípios pequenos como o meu, que tem 14.000 habitantes, a nossa prioridade é voltada para atenção primária, para questão preventiva. Nós aplicamos muito no que diz respeito à atenção básica. Então nós aplicamos necessariamente na atenção básica, eu acho que essa é a visão principal de um município pequeno que os seus pacientes, que os seus clientes, vamos dizer assim, evitem ir aos hospitais, recebendo a atenção devida.”*

### **‘CIRANDA’**

*“Se é recurso da saúde, deve ser investido na saúde né, infelizmente às vezes nem sempre é empregado adequadamente, mas é investido na saúde. Acho que a prioridade é saúde básica, né. Porque assim, quando você faz uma prevenção, lá na frente você tem menos problemas.”*

### **d) VISÃO INTEGRAL**

#### **‘FREVO’**

*“Bem, eu penso que tudo o que reduz problemas de saúde, que previne doença, que trabalhamos na linha de promoção e que realiza um atendimento de assistência seja em hospitais, seja em postos de saúde, policlínicas, pronto atendimento, serviços de urgência, nós podemos e devemos aplicar sim esses recursos financeiros na área da saúde nessas áreas que relatei.”*

#### **‘XAXADO’**

*“Ele deve ser gasto na promoção e recuperação de pacientes que necessitam, e ser gasto principalmente no setor de saúde, nas equipes de saúde da família que é feita a prevenção e nas unidades.”*

#### **‘MANGUEBEAT’**

*“Saúde engloba muita coisa, eu acho que ela deveria ter mais recursos para a gente ter abertura, para a gente aplicar.”*

Os entrevistados têm o entendimento de que os recursos ficam restritos às ações e serviços de saúde, contudo, divergem quanto às prioridades de alocação. As respostas geraram uma subdivisão das categorias, apenas para fins de comparação. Na visão preventivista, o gestor enfatiza a prevenção como a área mais importante para alocação de recursos. Poder-se-ia pensar que esse pertence à categoria “visão na atenção básica”, contudo, é importante fixar que a atenção básica inclui desde a prevenção até a assistência curativa, ou seja, a prevenção é um componente da atenção básica. A atenção básica, por sua vez, é amplamente mencionada nas entrevistas, mostrando que o gestor municipal de saúde incorporou essa área como responsabilidade do município, como uma obrigação de oferecer à população uma atenção básica de qualidade.

A municipalização e descentralização das ações e serviços de saúde tornaram o secretário municipal de saúde elemento fundamental no tocante à gestão e organização desse setor. De acordo com Bodstein (2002), o processo de descentralização se acelerou a partir de 1996, quando foram implementadas medidas de incentivo, expressas,

sobretudo, na NOB/96 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996), para que os municípios assumissem a gestão da rede de serviços locais de saúde.

As normatizações do SUS definem as responsabilidades dos municípios, estados e União sobre a prestação de assistência e financiamento da rede de saúde. A mais recente diretriz do MS, atualmente vigente, é a do Pacto pela Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a) que define como deverá se organizar a rede de serviços, de maneira a contemplar as necessidades de cada localidade. Assim, o município é responsável pela atenção básica dos seus municípes, porém, precisa também garantir, através de pactuações com demais gestores municipais e estaduais, o acesso e atendimento de sua população nos demais níveis de complexidade do sistema. O sistema de saúde municipal deve ser capaz de oferecer atendimento integral à sua população, mesmo que este não ocorra em seus limites territoriais.

Analisando as respostas dos entrevistados que priorizaram ações preventivas, curativas e integrais, observa-se que, de certa maneira, eles comungam de uma mesma base de pensamento. Essa questão é tratada por Pinheiro e Mattos (2007). Os autores referem que um dos significados de integralidade diz respeito à articulação em ações preventivas e assistenciais. As atividades assistenciais respondem a uma percepção das necessidades de saúde por parte dos usuários, enquanto as ações preventivas se enquadram na perspectiva de modificar o quadro social de uma doença, podendo inclusive modificar a demanda futura por serviços assistenciais. Ambas, quando adequadas, constroem a legitimidade das políticas integrais de saúde.

Os entrevistados com visão preventiva, curativa e na atenção básica, estabeleceram parte de um todo para definirem suas prioridades. Os que possuem visão integral percebem todo o sistema de saúde como importante para alocação dos recursos, não elegendo atividades específicas.

- **NÃO PODE SER CONSIDERADO GASTO EM SAÚDE**

### 1.2 - DE ACORDO COM A RESOLUÇÃO 322 DO CNS

#### **‘FREVO’**

*“Recursos financeiros da saúde nós podemos dizer que ele não pode ser empregado, por exemplo, para contratar professor, para educação, pra contratar outros profissionais que não estão vinculados à área de saúde no que diz respeito à contratação de RH. Depois também poderemos falar algumas*

*áreas, por exemplo, fazer obras de construção de praça, comprar veículos que não sejam para o fim de assistência e atendimento à saúde, podemos comprar veículos para vigilância à saúde, mas não podemos comprar, por exemplo, um veículo que vai servir à secretaria de obras, à secretaria de infra-estrutura ou outra secretaria que são alguns exemplos entre outros que podemos estar aqui relacionando.”*

#### **‘FORRÓ’**

*“A questão do saneamento básico, que há uma grande discussão sobre isso, então a gente assim (...) o recurso de saneamento, ele é fora os 15%, então os 15% do que é preconizado para saúde, de fato são investidos em ações e serviços de saúde, tanto na pré-promoção, prevenção e atenção aos profissionais de saúde que estão na ativa também são pagos com esse recuso, os inativos não (...) o montante do que a gente dispõe hoje é insuficiente para a assistência que dirá tirar para a parte de saneamento, eu acho que apesar de ter tudo a ver com saúde deve ser um recurso a parte, que seja classificado como recurso de saúde, mas que ele seja outro percentual que não compunha esses 15%.”*

#### **‘PASTORIL’**

*“É discutido muito a questão de prefeitos que às vezes querem interferir na verba que é destinada fundo a fundo e que tem todo um programa pra seguir. Então eu acho que não deve ser de forma nenhuma aplicada, fugindo da característica dos programas. Tem que ser voltado, por que a gente que trabalha na secretaria, que é uma função de gestor, sabe dos compromissos, dos acordos, né?”*

#### **‘XAXADO’**

*“Saneamento básico não, isso aí a gente correria atrás de projetos junto ao Ministério da Saúde, junto à Funasa, inclusive agora na décima marcha dos prefeitos, o presidente Lula anunciou que tem recurso disponível justamente nessas áreas dentro do PAC para o desenvolvimento (...) para esgotamento sanitário nos municípios onde tá com esses problemas (saneamento, educação, lazer...).”*

#### **‘COCO’**

*“O que precisaria é que o Fundo fosse gerido pela secretaria e por pessoas responsáveis que aplicassem esse recurso de fato em saúde. Nós sabemos que muitas vezes, esse dinheiro não é aproveitado somente, o dinheiro não é só trabalhado somente na saúde, muitas vezes ele cobre deficiência de outras secretarias também.”*

Ratificando o encontrado na questão anterior, os gestores têm noção de onde os recursos da saúde não podem ser alocados, apesar de não mencionarem nenhuma legislação ou resolução, como no caso da Resolução nº. 322 do CNS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003), nas suas respostas. Fica evidente que os gastos são direcionados em

ações e serviços de saúde por uma questão de restrição de recursos e não por qualquer normatização que especifique sua alocação, já que, apesar das colocações estarem de acordo com o preconizado na resolução em tela, os gestores desconhecem sua existência, como será melhor observado nas respostas seguintes.

O Siops (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999) divulga, em sua página na Internet, a conferência do percentual da arrecadação própria destinada à saúde. Apesar desse trabalho tratar da gestão municipal, alguns dados sobre a gestão estadual chamam a atenção, por incluírem gastos considerados alheios à saúde, tais como as despesas com inativos, com saneamento, habitação urbana, recursos hídricos, merenda escolar, programas de alimentação e hospitais de clientela fechada, para atingirem as metas de aplicação preconizadas na EC29 (BRASIL, 2000) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

No caso dos municípios, as informações do Siops (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999) indicam apenas o cumprimento da EC29 (BRASIL, 2000), não detalhando o emprego do recurso, como na análise estadual.

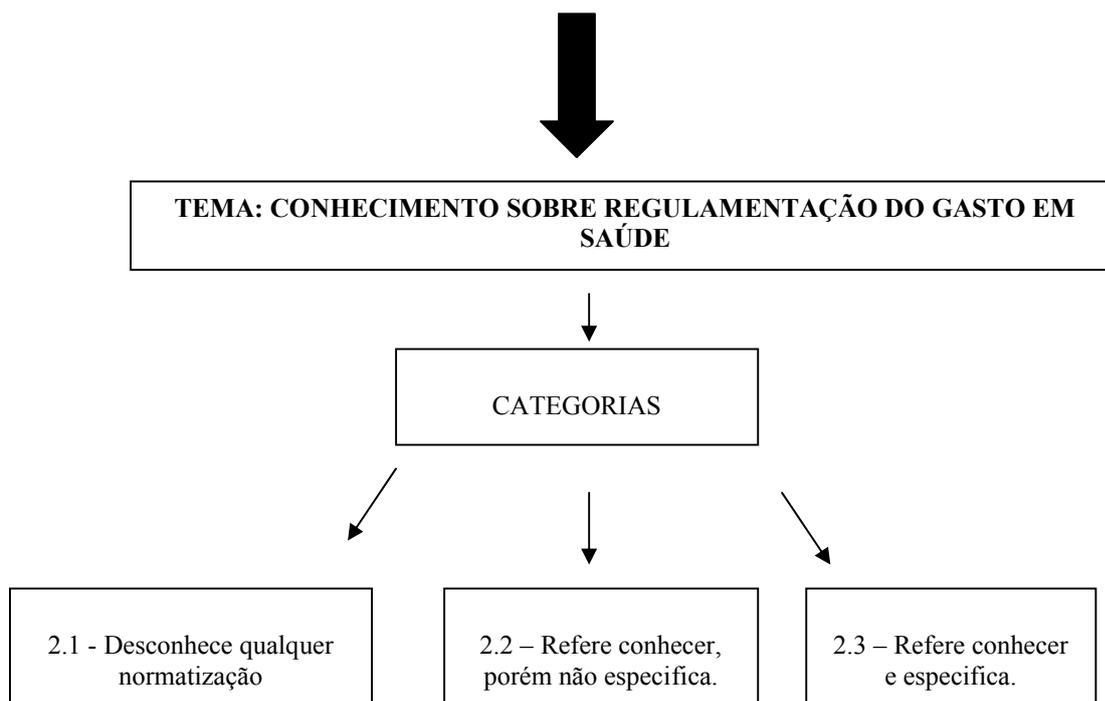
De acordo com estudo realizado por Marques e Mendes (2005), no ano da aprovação da emenda o percentual médio destinado à saúde por essa instância municipal foi de 13,64% das receitas de impostos e transferências constitucionais. Em 2001, esse percentual passou para 14,71%; em 2002, atingiu 15,97%; e, em 2003, 17,58%. Alguns municípios desconsideraram o conceito de ações e serviços de saúde definido na Resolução nº. 322 do CNS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003) e incluíram, por exemplo, as despesas com inativos da área de saúde. Registrou-se também o conflito entre a área de saúde e a de finanças, esta última pressionando para incluir despesas alheias ao SUS. Os secretários de finanças defenderam, interpretando indevidamente a EC29 (BRASIL, 2000), que o percentual a ser aplicado deveria ser exatamente 15% - quando a emenda aponta esse percentual como mínimo - desconsiderando as necessidades do município.

## 4.2. TEMA 2

Questão: Você tem conhecimento sobre alguma regulamentação (resolução, portaria, etc.) que oriente / determine no que deve ser gasto o recurso financeiro da saúde?

Caso sim, qual?

Sobre o que essa regulamentação faz menção ou se refere?



## 2.1 - DESCONHECE QUALQUER NORMATIZAÇÃO

### **‘PASTORIL’**

*“Veja só eu não tenho um amplo conhecimento, passei a ter depois de ser convidado a ser secretário de saúde em dezembro de 2004. Que eu fiz? Eu contratei técnicos de planejamento, de coordenação, certo? Que tem que me dar um suporte, que me dá um conhecimento, assim necessário pra gente administrar, gerenciar e tem dado certo.”*

### **‘COCO’**

*“Eu lembrar o nome da lei é difícil, mas tem. Difícil é lembrar assim.”*

### **‘MARACATU’**

*“Eu desconheço.”*

## 2.2 - REFERE CONHECER, PORÉM NÃO ESPECIFICA

### **‘BAIÃO’**

*“É do conhecimento de todo secretário que os recursos destinados, vamos supor PSF - Programa de Saúde da Família, Saúde Bucal, os de atenção básica. Todos eles são aplicados. Vigilância epidemiológica. Eu não vou dizer aqui a você qual a lei, o número da lei, especificamente, né?”*

### **‘CABOCLINHO’**

*“Se a gente fosse trabalhar em cima de parâmetros que a saúde ou o que o Ministério determina que se gaste hoje é 15% (...) conheço todos que regulamentam o sistema, né, se a gente for falar dele. Leis específicas existem, leis regulamentadas né? Que a todo dia tá mudando nosso Sistema Único de Saúde, agora, tá trazendo novas portarias que tá retroagindo alguma e completando outras. Nós precisamos aderir a esse pacto para poder complementarmos isso aí dentro das portarias, das publicações que saíram agora, implantar dentro do SUS ou trabalhar o SUS naquilo que eu falei anteriormente, na base que é a saúde coletiva.”*

### **‘FREVO’**

*“Bem, a própria legislação do Sistema Único de Saúde, ela estabelece na LOA, lei orçamentária. Você já prevê os recursos onde ele deve está utilizado, tem carimbo, tem rubrica para essa finalidade e acredito que todos os secretários têm essa informação.”*

### **‘MANGUEBEAT’**

*“Conheço, uma portaria, o número a gente não tem, não recordo agora toda, a nova portaria que sei do recurso financeiro da saúde. A gente sempre tem que tá lendo e repassando isso, e lá tem uma contadora que cuida somente disso aí. Então ela é quem fica mais atenta a essas coisas. Então eu fico mais na parte administrativa e ela mais diretamente nessa questão do recurso.”*

### **‘CIRANDA’**

*“Muito pouco, eu recebi há pouco tempo um manual de Dona Maria<sup>1</sup> lá da Fusam, mas ainda não li todas as portarias, mas existem algumas regulamentações que a gente tem conhecimento sim, de PAB fixo, PAB variável, alguma coisa assim (...) só sei assim cada dinheiro é ser investido no seu setor: epidemiologia é pra ser empregado na epidemiologia, dos ACS nos ACS, mas assim, nenhuma resolução em número eu não lembro.”*

## **2.3 - REFERE CONHECER E ESPECIFICA**

### **‘XAXADO’**

*“A EC29 que determina que estados e municípios tenha um termo de uma cota de participação para gastar no município, no caso do município 15% e no Estado 12%.”*

### **‘FORRÓ’**

*“Sim, eu conheço a EC29 que define o que é e o que não é despesa com saúde, o que é receita de saúde, então assim, a gente se orienta no município por essas questões aí.”*

As respostas mostram que os gestores não possuem conhecimento específico acerca de regulamentação dos gastos destinados à saúde. Na categoria “Refere conhecer, porém não especifica”, os entrevistados também não especificam a regulamentação dos gastos, que é definida na Resolução nº. 322 do CNS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003). Na categoria “Refere conhecer e especifica”, os gestores citaram a EC 29 (BRASIL, 2000). Apesar de definir percentuais de vinculação das receitas nas três esferas de Governo, a Emenda não regulamenta esses gastos. Entretanto, as respostas foram consideradas nesta categoria por se destacarem das demais, denotando algum conhecimento do gestor acerca da legislação sobre financiamento. Observa-se que existe um maior conhecimento sobre os gastos de recursos específicos que compõem o Fundo Municipal de Saúde, como os recursos da atenção básica e vigilância em saúde.

---

<sup>1</sup> Nome fictício.

Entretanto, a alocação dos recursos municipais próprios não é direcionada à luz de qualquer normatização.

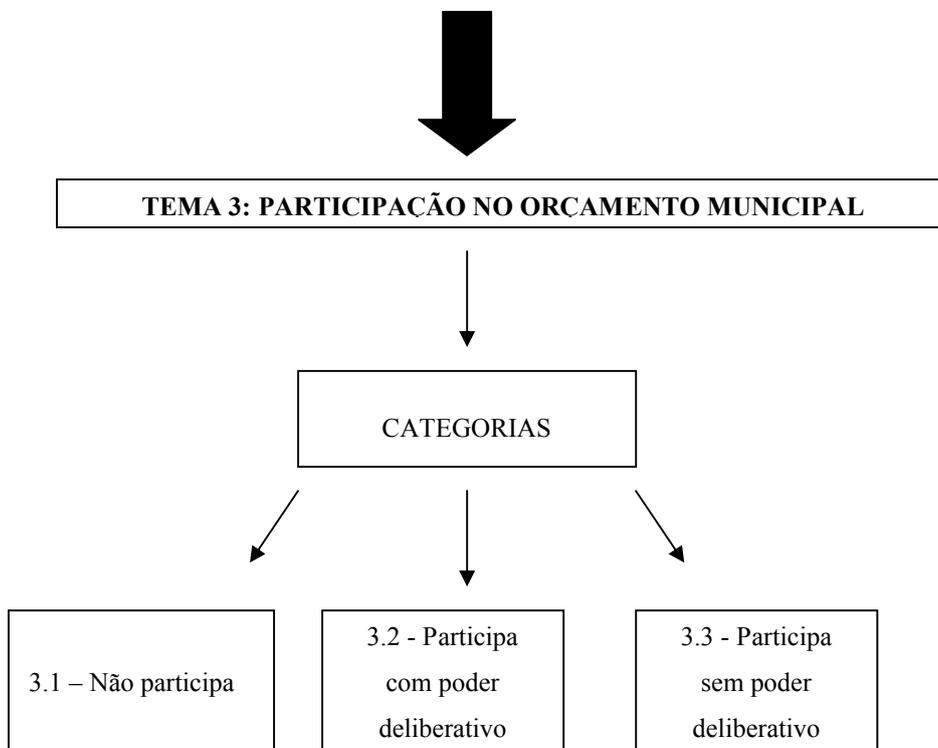
Segundo Campelli e Calvo (2007), embora a Resolução nº. 322 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003) tenha procurado dirimir dúvidas quanto à interpretação da EC29 (BRASIL, 2000), a mesma não tem força de Lei, por se tratar de ato administrativo. Por outro lado, há o entendimento de que esta emenda é auto-aplicável e suas exigências e efeitos são imediatos, não necessitando de nenhum instrumento legal para seu cumprimento. Entretanto, a 11ª Conferência Nacional de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002) propugnou a aprovação de mecanismo legal que impusesse sanções pelo seu não cumprimento, o que ocorrerá a partir do momento em que o parlamento brasileiro aprove o PLC/01(BRASIL, 2003), que o classifica como crime de responsabilidade fiscal. Este projeto de lei contempla todas as postulações aprovadas na 12ª Conferência Nacional de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004b), na Plenária Nacional de Conselheiros de Saúde e no Conselho Nacional de Saúde, com relação a esse assunto.

#### 4.3. TEMA 3

Questão: Você participa da definição do orçamento municipal?

Se sim, de que maneira?

Se não, por quê?



### 3.1 - NÃO PARTICIPA

#### **‘COCO’**

*“Não.”*

#### **‘CIRANDA’**

*“Não, na elaboração não, agora o secretário de saúde ele tem o poder assim, junto ao prefeito, de dizer onde quer que sejam empregados, tanto os recursos que já vem determinado, quanto a parte da contrapartida do município, a gente tem essa abertura pra indicar como deve ser empregado.”*

### 3.2 - PARTICIPA COM PODER DELIBERATIVO

#### **‘BAIÃO’**

*“Com certeza. Porque é o próprio secretário que tem que determinar onde aplicar todo recurso destinado à saúde e brigando ainda por mais recurso para que ele realmente, o município trate o cidadão como ele merece para uma qualidade de saúde melhor para o munícipe.”*

#### **‘FREVO’**

*“Participamos (...) todo esse recurso nós temos inclusive rediscutido a ampliação e definido em que áreas eles podem ser utilizados, isso é, discutido em reunião de governo, inclusive envolvendo outras secretarias como a de finanças, de obra, de educação, então a secretaria de saúde participa dessa decisão.”*

#### **‘FORRÓ’**

*“Sim, sim, no orçamento do município na área. Todas as áreas do governo os secretários sentam, tem assessor do município, mas os secretários sentam e definem as prioridades e daí das prioridades vai colocar todo custo que o orçamento agüenta, suporta. Então, primeiro a gente, antes do orçamento, eu já reúno o conselho de saúde e a gente discute quais são as nossas prioridades para o ano seguinte, aí dentro daquelas prioridades, eu já tenho os programas que vão fazer a manutenção, mas o que é novo é proposta do conselho e eu participo da construção do orçamento, levo pro conselho, o conselho aprecia, faz as avaliações necessárias, então há toda uma participação, tanto minha como secretária, como dos gerentes da Secretaria, mas também da população através do conselho.”*

#### **‘MANGUEBEAT’**

*“Participo. A gente senta e vê o orçamento do ano passado, do ano anterior e discute em cima das despesas que a gente teve, discute em cima disso e manda pra Câmara, para eles aprovarem. A gente pega cada item do recurso e a gente vai vendo se a gente prefere aumentar ou diminuir, dependendo dos gastos que a*

*gente teve o ano passado, a gente faz uma avaliação em cima disso aí, entendeu? Esse processo, essa discussão primeiro iniciada entre eu e a contadora, depois de mais ou menos elaborado a gente conversa com o prefeito e ainda vem a educação, a infra-estrutura e a assistência e ainda algumas ações que são em conjunto.”*

#### **‘PASTORIL’**

*“Anualmente nós fazemos o plano de governo e fazemos aquilo que desejamos realizar, na verdade nós fazemos um relatório de gestão daquilo que foi aplicado. Mas o plano anualmente eu participo junto à minha equipe técnica. Nós enviamos pra Câmara dos vereadores anualmente.”*

#### **‘XAXADO’**

*“No município ele é dividido, cada secretário faz o seu orçamento, no caso a saúde, eu juntamente com os técnicos da Secretaria de Saúde fazemos o orçamento (...) quanto vai precisar em cada área de saúde, para atenção básica, para hospital, para construção de unidades, pra reformas, para adquirir mobiliários (...) cada grupo faz o seu.”*

### **3.3 - PARTICIPA SEM PODER DELIBERATIVO**

#### **‘MARACATU’**

*“As reuniões na câmara de vereadores, as reuniões no Conselho Municipal de Saúde, e reuniões com o pessoal da prefeitura, parte de finanças o financeiro (...) a gente vai gastar dinheiro nisso, a gente quer fazer isso, mas a decisão final é do prefeito.”*

O fato de participar na elaboração do orçamento municipal denota uma maior participação do gestor da saúde, representando uma alocação de recursos mais próxima das necessidades de saúde do município.

O orçamento público serve de importante instrumento de planejamento econômico, financeiro e administrativo, contribuindo dessa forma para que a administração pública possa cumprir com sua finalidade objetivando a satisfação das necessidades públicas, inter-relacionando com o processo orçamentário e o controle das finanças. Econômico, porque o Governo poderá influir através da despesa ou da receita, e ainda de crédito, na atividade econômica. De planejamento financeiro, porque o orçamento-programa é talvez o mais valioso instrumento de que uma entidade pública, especialmente um município, dispõe para programar as atividades de sua administração, em conformidade com os ingressos de numerário. De planejamento administrativo,

porque no orçamento-programa a administração pública poderá espelhar as obras e demais atividades administrativas que pretende realizar dentro do exercício financeiro (LOURENÇON, 2001).

Apesar do orçamento municipal ser um exercício de participação e discussão entre os setores da administração pública municipal, ocorre muita centralização de decisões por parte do prefeito. Machado Júnior e Reis (1997) citam o orçamento como mais que uma consolidação de planos físicos e de recursos das mais variadas naturezas; é um instrumento de trabalho. Neste sentido, é possível utilizar o orçamento como meio de descentralização administrativa, de delegação de competência e de apuração de responsabilidades, não só da organização, mas também dos gestores, de modo que a sua aprovação signifique a autorização para a ação e, concomitantemente, o início do processo de controle.

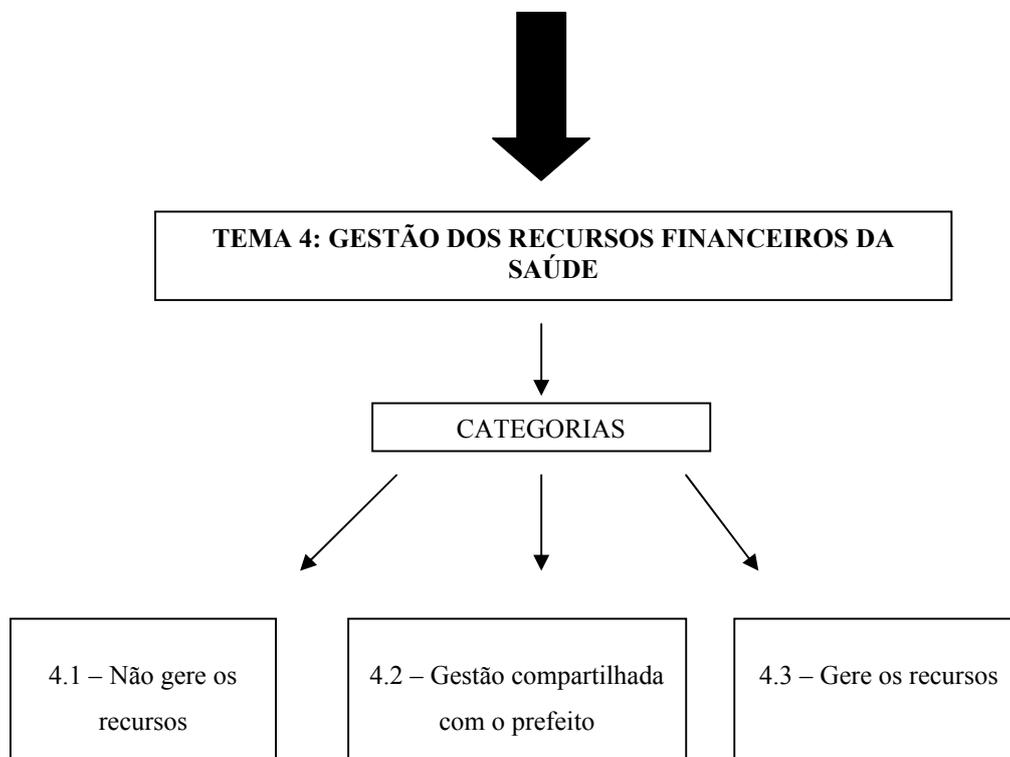
Goulart (2004) comenta sobre o termo “deliberação”. Ele refere que os termos poder deliberativo, deliberar e deliberação são qualificados tais como assessorar, formular, avaliar, recomendar, opinar, definir, acompanhar a execução, fiscalizar etc. É patente a necessidade de homologação das decisões por parte do Executivo.

Vemos nessa definição do autor que o secretário de saúde tem o papel de deliberar junto ao prefeito, contudo, mesmo se tratando de assuntos relacionados à saúde, a decisão final é tomada pelo prefeito, figura que representa o poder executivo no município.

#### 4.4. TEMA 4

Questão: Depois do orçamento definido, você tem autonomia sobre os gastos da saúde?

Se não, por quê?



#### 4.1 – NÃO GERE OS RECURSOS

##### **‘COCO’**

*“Nós não gerimos esses recursos, então é, não tem como de fato procurar aplicar né, então a gente só trabalha em cima de cobranças (...) o conhecimento que tenho dos recursos do fundo da saúde é através da internet, não é repassado, não é esclarecido nada, apesar de existir o Conselho Municipal de Saúde (...) todos nós sabemos que 15% deve ser destinado do FPM para saúde, mas como falei anteriormente, a secretaria de saúde não gere esse fundo, ele chega e permanece na prefeitura, a prefeitura é que fundamenta tudo (...) para o secretário ou equipe de saúde tem que tá cobrando, tem que tá pedindo cada centavo pra você fazer mandar uma entrega, digamos assim, entregar uma documentação, fazer uma marcação de exame numa unidade, você tem que tá mandando pegar ou então se tiver algum carro da saúde disponível mandar (...) todo mando é feito através da prefeitura, a secretaria de saúde ela não mexe com um centavo de recursos.”*

#### 4.2- GESTÃO DOS RECURSOS COMPARTILHADA COM O PREFEITO

##### **‘MARACATU’**

*“Tudo é gerenciado com o apoio e com a decisão do prefeito (...). Eu converso com o meu prefeito e ele diz sim ou não.”*

#### 4.3- GERE OS RECURSOS

##### **‘BAIÃO’**

*“Sim. Onde ele vai ser aplicado e de que forma que vai ser aplicado.”*

##### **‘FREVO’**

*“Eu digo sempre que autonomia todo mundo tem relativa porque autonomia passa por uma escala hierárquica. Eu sou secretária, tem o prefeito. Obviamente que o prefeito dá ampla liberdade para decidirmos onde o orçamento deve ser utilizado, mas sempre nós discutimos com a secretaria de finanças e com o próprio prefeito do município, mas sem nunca comprometer as ações de saúde do município e sempre eu sou escutada.”*

##### **‘FORRÓ’**

*“Totalmente. O Fundo Municipal de Saúde funciona sob a gestão da Secretaria, eu sou a gestora do Fundo, então toda programação orçamentária e financeira passa pela Secretaria de Saúde, a prefeita dá toda autonomia, então assim a*

*gente é totalmente responsável, tanto pelo planejamento, pela execução, pela avaliação dos recursos.”*

#### **‘MANGUEBEAT’**

*“Lá eu sou a ordenadora de despesas.”*

#### **‘PASTORIL’**

*“Eu tenho autonomia plena, o prefeito entende isso muito bem também. Ainda bem que o meu prefeito entende muito bem que a atuação tem que ser voltada ao secretário junto aos técnicos que têm uma compreensão maior desses acordos com a saúde. E a gente trabalha livremente.”*

#### **‘XAXADO’**

*“A prefeitura repassa o recurso para o Fundo Municipal e todo recurso é gerido pela Secretaria de Saúde, então a gente é quem, dentro do orçamento, dentro das prioridades do que necessita, a gente vai investindo os recursos que foram destinados, não é pela prefeitura e sim pela Secretaria.”*

A participação do gestor da saúde na alocação dos recursos dessa área evidencia-se a gestão dos recursos, definidos anteriormente no orçamento municipal, é gerida pelo Secretário de Saúde. Exemplificando: o recurso pode ser corretamente destinado, como o preconizado na EC 29 (BRASIL, 2000), ou seja, mínimo de 15% da receita própria do município, contudo, no momento do gasto, a secretaria de saúde pode não possuir autonomia para gastar no que considerar pertinente, estando essa decisão nas mãos dos prefeitos ou de outros setores da gestão municipal. Entretanto, essa alocação pode não condizer com as necessidades de saúde da população, visto que esses gestores, via de regra, não possuem conhecimento apurado sobre o assunto, se comparados ao gestor da saúde.

O poder de decisão do Secretário de Saúde junto ao prefeito depende diretamente da relação política e dos processos de trabalho existentes, já que ambos compõem o poder executivo, que deve, teoricamente, ter a mesma orientação quanto às decisões.

De acordo com Cohn, Westphal e Elias (2005), do ponto de vista da organização administrativa, a centralização do processo de tomada de decisão não é privilégio do Governo Federal, nos municípios, sobretudo nos de pequeno porte, ocorre a centralização do poder de decisão na figura do prefeito.

A produção acadêmica a respeito do tema tem se restringido a estudos processuais sobre a descentralização administrativa, em geral confirmando a significativa transferência de recursos e atribuições ocorridas em direção à esfera

municipal, mas pouco se ocupando das eventuais transformações ocorridas na cultura e no aparelho administrativo municipal, assim como de sua capacidade de enfrentar os problemas de saúde locais (FLEURY, 1997).

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos no presente estudo contemplaram os objetivos almejados de, a partir da escuta dos Secretários Municipais de Saúde, através do método científico, apreender sua concepção de gasto em saúde, além do seu conhecimento acerca da legislação de financiamento e sua participação nas definições para alocação dos recursos.

A totalidade dos gestores entrevistados possui um entendimento do que deve ser considerado gasto para fins de pagamento com os recursos da saúde. No entanto, esse conhecimento não parece estar fundamentado em nenhuma normatização que aponte critérios de gastos, mas, da limitação de recursos financeiros próprios e de transferência para a realização dos procedimentos privativos ao setor saúde.

Quando questionados sobre o conhecimento de alguma regulamentação do gasto em saúde, as respostas ratificaram o achado anterior. Nenhum dos entrevistados citou a Resolução nº. 322 do CNS que especifica as ações que devem ou não ser consideradas para inclusão nos gastos em saúde no município. Contudo, alguns gestores citaram a EC 29, que define o percentual mínimo da arrecadação municipal destinada à saúde, ou seja, 15%.

Na questão sobre participação no orçamento municipal, alguns referiram não participar, enquanto outros participam com ou sem poder de deliberação junto ao prefeito e demais gestores municipais. Observa-se, portanto, um desequilíbrio com relação à permissão, por parte do prefeito, da participação do Secretário de Saúde, muitas vezes desconsiderando-o como o maior conhecedor das demandas financeiras do seu setor e, conseqüentemente, limitando os recursos correspondentes às necessidades dos municípios.

Ainda sobre orçamento, a última questão tratou da gestão dos recursos destinados à saúde. Houve respostas que mostraram claramente a influência ou até autoritarismo do prefeito, impedindo o setor saúde de gerir seus recursos. Entretanto, muitos secretários referiram ter total liberdade para alocação financeira de acordo com as decisões da Secretaria Municipal de Saúde, onde o secretário é o ordenador de despesas e gestor do Fundo Municipal de Saúde.

A descentralização das ações de saúde e o estímulo à municipalização colocam o gestor municipal de saúde como ator essencial na consolidação do SUS municipal. As dificuldades enfrentadas por essa esfera governamental são, muitas vezes, resultantes da

carência de suporte legal que oriente as práticas e estabeleça limites de poder dentro do Poder Executivo. Esse estudo foi, portanto, direcionado aos secretários municipais, pela responsabilização aos municípios na execução da promoção, proteção e recuperação da saúde.

O adequado nivelamento das práticas administrativas, de maneira que todos os secretários de saúde tenham autonomia sobre os recursos destinados ao setor e o entendimento de como gastá-los da forma correta, sejam esses próprios ou advindos de outras esferas, é um dos pilares mais sólidos para a construção de um Sistema de Saúde integral, eficiente, eficaz e legítimo.

O projeto neoliberal, defendido por diversos segmentos da sociedade e do governo brasileiros, incentiva a minimização do Estado a livre iniciativa privada, o que dificulta o estabelecimento de políticas públicas de financiamento para setores sociais, como o da saúde. Os movimentos civis e governamentais contrários a esse ideal capitalista sustentam um conflito de interesses e comemoram algumas conquistas para assegurar fontes recursos para o setor, porém, ainda bastante incipientes. O SUS carece de um arcabouço legal consistente e regulamentado.

O secretário de saúde é a maior autoridade municipal do setor e é imprescindível a ele conhecer as leis que regem seu financiamento, a fim de garantir os recursos condizentes às necessidades dos municípios, bem como sua correta alocação e posterior prestação de contas, evitando desgastes com as instituições de controle fiscal - a exemplo dos Tribunais de Contas - e até mesmo uma possível suspensão do repasse dos níveis estadual e federal.

Faz-se urgente a regulamentação da EC29 a fim de garantir recursos mínimos para o setor saúde, através da vinculação das receitas nas três esferas de governo: União, estados e municípios. Essa é uma premissa fundamental para a consolidação do SUS, sobretudo no nível municipal, através da qual será possível o aprimoramento dos instrumentos de monitoramento e avaliação, a exemplo do Siops, e dos mecanismos de combate às fraudes e apropriação ilícita do dinheiro público.

## REFERÊNCIAS

- BAPTISTA, T.W.F. **O direito à saúde no Brasil: sobre como chegamos ao Sistema Único de Saúde e o que pensar dele.** Textos de apoio em políticas de saúde/org. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro; Fiocruz, 2005.
- BERNARDO, M.H. **Riscos na usina química: os acidentes e a contaminação nas representações dos trabalhadores.** 2001. 161 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001
- BOBBIO, N.; MATTEUCCI N.; PASQUINO, G. **Dicionário de Políticas.** 11ª ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1998.
- BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro v. 7, n. 3, p 401- 412 2002.
- BOGDAN, R.C; BIKLEN, S.K. **Qualitative research for education: an introduction for theory end methods.** Boston; Allyn and Bacon, 1998.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de outubro de 1988.** Brasília, 1988.
- \_\_\_\_\_. Constituição da República Federativa do Brasil. **Emenda Constitucional nº. 29, de 14 de setembro de 2000.** Brasília, 2000.
- \_\_\_\_\_. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei Complementar n. 01, de 18 de fevereiro de 2003.** Brasília, 2003.
- \_\_\_\_\_. Câmara dos Deputados. **Projeto define o que pode ser considerado verba para saúde.** Disponível em: [www2.camara.gov.br](http://www2.camara.gov.br). Acessado em: 15/01/2007. Brasília, 2007.
- CAMPELLI, M.G.R.; CALVO, M.M.C. O cumprimento da Emenda Constitucional nº 29 no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p 1613-1623, 2007.
- CAMPOS, R.L.M. **A representação social da atividade profissional do funcionário público em um contexto de mudança.** 2002, 144 f. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas. Universidade de Taubaté, Taubaté,2002
- COHN, A.; WESTPHAL, M. F.; ELIAS, P.E. Informação e decisão política em saúde. **Revista Saúde Publica.** São Paulo, v. 39, n. 1, p 114-121, 2005.
- CORDEIRO, H. **As empresas médicas.**Rio de Janeiro: Graal, 1984.

- CORREIA, M.V.C. **Desafios para o controle social: subsídios para a capacitação de conselheiros de saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- CZERINA, D.; FREITAS, C.M. **Promoção da saúde – conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- FLEURY, S. e col. Municipalização da saúde e poder local no Brasil. **Revista de Administração Pública.** Rio de Janeiro, v.31, n. 5, 1997.
- FLEURY, S. Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde. Disponível em: [www.retsus.cpsjv.fiocruz.br](http://www.retsus.cpsjv.fiocruz.br). Acesso em: 15/01/2007.
- FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa.** Porto Alegre: Bookman, 2004.
- GOHN, M.G. **Conselhos gestores e participação sociopolítica.** São Paulo: Cortez, 2001.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** São Paulo: Atlas, 1995.
- GREMAUD, A.P.; TONETO, R. Descentralização e endividamento municipal: formas, limites e possibilidades. **Revista Nova Economia.** Belo Horizonte, v. 12, n. 02, p. 109-130, jul.-dez. 2002.
- GRUBITS, S.; NORIEGA, J.A.V. **Método qualitativo: epistemologia, complementaridades e campos de aplicação.** São Paulo: Vetor, 2004.
- GOULART, F. **Poder deliberativo, paridade, autonomia: dilemas da participação social em saúde no Brasil.** Universidade de Brasília, Brasília, 2004. Disponível em: <http://www.idisa.org.br/site/download/dilemasdaparticipacaosocial.pdf>. Acesso em: 10/03/2008
- KURTZ, R.G.M. **Relacionamentos Interpessoais e Aprendizagem Organizacional na Economia de Comunhão: O Caso FEMAQ.** 2005, 121 f. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas). Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.
- LOURENÇON, C. **O orçamento municipal como elo entre o planejamento operacional e as finanças.** 2001. 177f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.
- MACHADO Júnior, J.T.; REIS, H.C. **A lei 4.320 comentada e a Lei de Responsabilidade Fiscal.** Rio de Janeiro: IBAM., 1997.
- MARQUES, R.M.; MENDES, Á. SUS e seguridade social: em busca do elo perdido. **Revista Saúde e Sociedade.** São Paulo, v.14, n.2, p.39-49, 2005.

- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1996.
- \_\_\_\_\_. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis: Vozes, 2002.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília, 1986.
- \_\_\_\_\_. **Lei Orgânica do SUS nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Brasília, 1990a.
- \_\_\_\_\_. **Lei Complementar do SUS nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Brasília, 1990b.
- \_\_\_\_\_. Norma Operacional Básica do SUS nº. 01. **Portaria nº. 2.203, de 06 de novembro de 1996.** Brasília, 1996.
- \_\_\_\_\_. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. **Portaria Interministerial nº 529, de 30 de abril de 1999.** Brasília, 1999.
- \_\_\_\_\_. Norma Operacional da Assistência à Saúde nº. 01. **Portaria nº. 95, de 26 de janeiro de 2001.** Brasília, 2001.
- \_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório final da 11ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília, 2002.
- \_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS n. 322, de 08 de maio de 2003.** Brasília, 2003.
- \_\_\_\_\_. Gabinete do Ministro. **Portaria 2.023, de 23 de setembro de 2004.** Brasília, 2004a.
- \_\_\_\_\_. **Relatório final da 12ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília, 2004b.
- \_\_\_\_\_. Diretrizes do pacto pela saúde – Consolidação do Sistema Único de Saúde. **Portaria nº. 399, de 22 de fevereiro de 2006.** Brasília, 2006a.
- \_\_\_\_\_. Regulamento dos pactos pela vida e de gestão. **Portaria nº. 699, de 30 de março de 2006.** Brasília, 2006 b.
- \_\_\_\_\_. **Nota Técnica Siops nº. 21, de 14 de dezembro de 2007.** Brasília, 2007.
- OLIVEIRA, M.M. **Como fazer pesquisa qualitativa.** Petrópolis: Vozes, 2007.

- OPAS. **Representação Brasil. Reorientação das práticas e serviços de saúde.** Brasília, 2007. Disponível em: [www.opas.org.br/coletiva/temas](http://www.opas.org.br/coletiva/temas). Acessado em 10/05/2007.
- PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** Rio de Janeiro: Abrasco, 2007.
- POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde.** Porto Alegre: Artmed, 2005.
- RANGEL, Â.M.H.; PEREIRA, L.D.; MOTA, S.F. **Saúde levada a sério. Metamorfoses sociais e políticas urbanas.** Rio de Janeiro: DP & A, 2002.
- RIBEIRO, J.A.; PIOLA, S.F.; SERVO, L.M. As novas configurações de antigos problemas: financiamento e gasto com ações e serviços públicos de saúde no Brasil. **Divulgação em Saúde para Debate.** Rio de Janeiro, n.37, p.21-43, 2007.
- SADER, E. **Os porquês da desordem social. Mestres explicam a globalização.** Rio de Janeiro: Record, 2005.
- SCOREL, S.; NASCIMENTO, D.R.; EDLER, F.C. Origens da Reforma sanitária e do SUS. Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- SPINK, M.J.P. **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social.** São Paulo: Brasiliense, 1995.
- TOBAR, F.; YALOUR, M.R. **Como fazer teses em saúde pública.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.
- URSS. **Declaração de Alma – Ata.** Documento final da Conferência Internacional sobre cuidados de saúde. Alma-Ata, 1978. Disponível em: [www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf](http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf). Acessado em: 10/02/2007.
- WEISZFLOG, Walter (Org.). **Michaelis moderno dicionário da língua portuguesa.** São Paulo: Melhoramentos, 2007.

## APÊNDICE A



### **Avaliação do SIOPS e capacitação de gestores municipais para atualização e qualificação de dados no uso de tecnologia da informação.**

#### **TERMO DE CONSENTIMENTO**

Município: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2007

Eu, \_\_\_\_\_, portador do R.G. \_\_\_\_\_ residente à rua \_\_\_\_\_ nº. \_\_\_\_\_ complemento \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_, Cidade \_\_\_\_\_, Estado \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_, estou de acordo em, na qualidade de entrevistado(a) (respondendo às questões contidas no instrumento de coleta de dados do projeto), participar da pesquisa Avaliação do SIOPS e capacitação de gestores municipais para a atualização e qualificação de dados no uso de tecnologia da informação. A pesquisa está sob a coordenação da professora Adriana Falangola Benjamin Bezerra, do Departamento de Medicina Social do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco.

De acordo,

\_\_\_\_\_

## APÊNDICE B



### **Avaliação do SIOPS e capacitação de gestores municipais para atualização e qualificação de dados no uso de tecnologia da informação.**

#### **ROTEIRO DE ENTREVISTA**

**ENTREVISTADOR:** \_\_\_\_\_

**MUNICÍPIO:** \_\_\_\_\_ **DATA:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/2007

1 - Tendo em vista que a saúde é resultante de vários fatores, em que você acha que o recurso da saúde deve ser gasto e em que ele não deve ser empregado?

2 - Você tem conhecimento sobre alguma regulamentação (resolução, portaria, etc.) que oriente/determine no que deve ser gasto o recurso financeiro da saúde?

2.1 – Caso sim, qual?

2.2 – Sobre o que essa regulamentação faz menção ou se refere?

3 – Você participa na definição do orçamento municipal?

3.1 – Se sim, de que maneira?

3.2 – Se não, por quê?

3.3 – Depois do orçamento definido você tem autonomia sobre os gastos da saúde? Se não, por quê?

