



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

**TRANSFEERÊNCIA DE RECURSOS FUNDO A
FUNDO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO
DISTRITO FEDERAL: UMA ANÁLISE À LUZ DO
CONTROLE SOCIAL NOS ANOS DE 2012 E 2013.**

Brasília
2015

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS FUNDO A FUNDO
NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO
DISTRITO FEDERAL: UMA ANÁLISE À LUZ DO
CONTROLE SOCIAL NOS ANOS DE 2012 E 2013.

Jônatas David Gonçalves Lima.

JÔNATAS DAVID GONÇALVES LIMA.

**Transferência de recursos Fundo a Fundo na Estratégia
Saúde da Família no Distrito Federal: Uma análise à luz
do Controle Social nos anos de 2012 e 2013.**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, Área de Concentração: Política, Planejamento, Gestão e Atenção em Saúde, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, sob orientação do Professor Dr. Fernando Ferreira Carneiro.

Brasília
2015

Jônatas David Gonçalves Lima

Transferência de Recursos Fundo a Fundo na Estratégia Saúde da Família no Distrito Federal: Uma análise à luz do Controle Social nos anos de 2012 e 2013.

Data de defesa: 06 de abril de 2015

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Fernando Ferreira Carneiro

Presidente da Banca

Profa. Dra. Maria Fátima de Sousa
Universidade de Brasília - membro interno

Prof. Dr. Everton Nunes
Universidade de Brasília - membro externo

Profa. Dra. Noêmia Urruth Leão Tavares
Universidade de Brasília - suplente

Brasília
2015

DEDICATÓRIA

Dedico esta conquista aos meus pais, Jacson e Sônia, pelo incentivo e apoio em minhas escolhas e decisões.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu orientador Fernando Carneiro, às Professoras Fátima de Sousa e Valéria Mendonça, e também ao Professor Everton Nunes. Sem o apoio deles esse trabalho não teria sido realizado. A eles o meu muito, muito obrigado!

EPIGRAFE

Para falar da necessidade de construção de um modelo assistencial de saúde mais estruturado e resolutivo - que, visão geral, depende da substituição do modelo focado na hospitalização por aquele que privilegia a prevenção - com a participação da sociedade, gosto das palavras do ex-Presidente norte-americano Theodore Roosevelt, “*não é o crítico que importa; nem aquele que aponta onde foi que o homem tropeçou*”, pois concordo que mais valem a entrega, o engajamento, a cumplicidade.

A substituição desse modelo oneroso e pouco efetivo tem como vantagens, na mais modesta perspectiva, o rearranjo da demanda hoje existente, mas também a melhora de indicadores como o aumento do aleitamento materno, da cobertura vacinal, da prática de atividade física e da saúde sexual, isso sem falar no uso mais eficiente dos recursos disponíveis.

É correto afirmar, todavia, que a melhora desses índices se faz com um bom planejamento ascendente, mas é certo que podem ser maximizados se conjugados com diligências, dúvidas e consultas (...) resultantes de uma atuação proativa e positiva dos Conselhos de Saúde, sem a qual a sociedade estará entregue ao vício de sempre apontar como os autores e atores da *façanha SUS* poderiam ter sido melhores.

RESUMO

Considerada a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde, a Atenção Básica em Saúde (ABS) tem na Estratégia Saúde da Família (ESF) o ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais de saúde. Em *Os recursos para a ESF no DF são insuficientes - o que diz o controle social?* Buscou-se, com base nos repasses fundo a fundo ordenados à Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal nos anos de 2012 e 2013, no Plano de Reorganização da APS, e nos relatórios do Conselho de Saúde do Distrito Federal (CSDF), buscar estabelecer relação de suficiência ou insuficiência entre as metas pretendidas e os recursos executados tendo em vista o financiamento desse nível de assistência.

Palavras-Chave

Financiamento da atenção básica; Estratégia de Saúde da Família; Controle social.

ABSTRACT

*Considered as the preferred gateway to the National Health System, the Primary Health Care (ABS) has in the Family Health Strategy (FHS) the starting point for the structuring of local health systems. In *The resources for the ESF in the DF are insufficient - says the social control?* We sought, based on the fund to fund transfers ordered the Ministry of Health of the Federal District in the years 2012 and 2013 in the APS Reorganization Plan, and the reports of the Board of Health of the Federal District (CSDF), seek establish sufficiency ratio or failure between the intended goals and the resources implemented in order to finance this level of service.*

Key-words

Primary Health Care financing; Family Health Strategy; Social control.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 01.....

FIGURA 02.....

FIGURA 03.....

LISTA DE QUADROS

QUADRO 01.....

QUADRO 02.....

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CNS: Conselho Nacional de Saúde

SUS: Sistema Único de Saúde

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UnB: Universidade de Brasília

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	14
2. INTRODUÇÃO	15
3. OBJETIVOS	17
4. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	17
5. MÉTODOS.....	26
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	27
7. CONCLUSÃO.....	29
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	30
APÊNDICES.....	32
ANEXOS.....	33

1. APRESENTAÇÃO

Economia e administração são temas afins que se imbricam na gestão pública, em particular, no que diz respeito à saúde. Representam para mim uma história de vida que há mais de 15 anos está vinculada a percursos que se dialogam entre trajetórias acadêmicas e profissionais.

Estas e outras experiências se encontram desde quando atuei na Coordenação de Prestação de Contas do Fundo Nacional de Saúde (CPCONT/CGAPC/FNS) e mais tarde como representante do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), na Comissão de Financiamento do Conselho Nacional de Saúde (CoFin/CNS).

Na primeira ocasião, tive a oportunidade de experienciar a complexa engenharia estabelecida nas formas de repasse e acompanhamento de recursos transferidos desde o Fundo Nacional de Saúde (FNS) a estados e municípios; já na segunda, pude conhecer alguns estudos relativos à qualidade do gasto e compará-los aos relatórios periódicos que nos eram ali apresentados.

No que concerne à Transferência de Recursos Fundo a Fundo na Estratégia Saúde da Família no Distrito Federal: Uma análise à luz do Controle Social nos anos de 2012 e 2013, trata-se de um estudo que relaciona a intencionalidade da pesquisa e sua aplicação profissional no campo da saúde, ao qual tenho me dedicado nesse período.

Ao longo desses mais de 15 anos pude acompanhar significativas mudanças ocorridas no processo de financiamento, acompanhamento e controle dos recursos financeiros destinados ao Sistema Único de Saúde (SUS) e constatar que a busca pela transparência, pelo engajamento da participação social e pela responsabilidade compartilhada entres os entes federados marcaram essa época.

Nesse contexto ganharam força temas como a Regionalização, que está intimamente ligada à organização do sistema; a definição do montante de recursos que irão custear de forma tripartite (União, Estados e Municípios) as Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), a fim de estabelecer critérios de rateio dos recursos financeiros alocados com esta finalidade; e a necessidade de aproximação entre os indivíduos e o Setor Público.

Ao decidirmo-nos fortalecer o tema estudado, vislumbramos observar como hipóteses a insuficiência de recursos e a incapacidade de gestão, a fim de obtermos as respostas aqui elencadas e que se aprofundam no decorrer do documento ora finalizado, pelo menos parcialmente, para fins de defesa junto à banca avaliadora.

2. INTRODUÇÃO

Considerada a principal porta de entrada do SUS, a Atenção Primária à Saúde (APS) fundamenta-se pela atuação sobre a promoção e prevenção da saúde, com foco nas causas mais prevalentes de agravos que acometem a população, além do manejo sobre as doenças existentes e por esse motivo é tida como uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde (STARFIELD, 2002).

A APS se ocupa dos problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar, e foi definida como o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, e constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde. (Organização Mundial da Saúde, 1978)

A partir do conceito de Atenção Básica (AB), caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (BRASIL, 2006)

Ela é desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais se assume a responsabilidade sanitária, e no modelo de atenção à saúde brasileiro, tem na Estratégia Saúde da Família (ESF) um dos principais componentes de promoção da mudança do modelo de assistência à saúde.

Apesar de parecer estar tratando de conceitos distintos, Atenção Primária e Atenção Básica de Saúde são exatamente a tradução de ideias com significância equivalente. Sousa (2014) reforça essa opinião informando que o Brasil, para distinguir a concepção seletiva da APS, passou a utilizar o termo “Atenção Básica de Saúde” para

definir ações individuais e coletivas situadas no primeiro nível de atenção para promover e proteger a saúde, prevenir doenças e agravos (...), ou seja, a ideia central do conceito de APS, e que trataremos aqui como Atenção Básica de Saúde ou simplesmente AB.

Segundo esse modelo assistencial, a AB deve ser resolutiva em pelo menos 80% dos casos, e por esse motivo, precisa merecer, no mínimo, recursos correspondentes às suas finalidades, tese largamente defendida por aqueles que se propõe escrever sobre o tema e que se colocam contrários ao oneroso modelo da hospitalização até aqui vigente.

Tendo em vista a necessidade de incorporação desse pensamento e no intuito de atribuir familiaridade ao tema aqui abordado, vale invocar os conceitos de co-financiamento e responsabilidade compartilhada estabelecidos por meio do Art. 198 da Constituição Federal (BRASIL, 1988) segundo o qual a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos provenientes do produto de suas respectivas arrecadações.

Esses valores e os percentuais mínimos a serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde, bem como as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo foram estabelecidos mais tarde pela Lei Complementar n.º 141, de 13 de janeiro de 2012. (BRASIL, 2012)

Antes, porém, com o advento da Portaria GM n.º 204 (BRASIL, 2007), os recursos referentes ao componente federal desse custeio e transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios, já haviam sido organizados na forma de blocos de financiamento. Esses blocos, inicialmente cinco - Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, e Gestão do SUS - e mais tarde seis com o advento do Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde instituído pelas Portarias GM 2.198 e 2.226.

Esta medida teve por finalidade qualificar o processo de descentralização e gestão das ações e serviços do SUS, bem como de fortalecimento dos compromissos e responsabilidades sanitárias com base no processo de pactuação entre gestores, e por fim, a necessidade de fortalecer mecanismos gerenciais que permitissem ao gestor um melhor acompanhamento das ações de saúde realizadas no âmbito do SUS.

Desde então, a comprovação da aplicação dos recursos executados vem sendo feita por meio da apresentação e análise de Relatórios de Gestão, que devem ser

elaborados anualmente e aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde dos entes federados.

3. OBJETIVOS

3.1. Geral:

Analisar a atuação do controle social exercido pelo Conselho de Saúde do Distrito Federal (CSDF) sobre as transferências fundo a fundo na Estratégia Saúde da Família (ESF) ordenadas à Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (SES/DF) nos anos de 2.012 e 2.013 à luz dos Relatórios Anuais de Gestão (RAG).

3.2. Específicos:

- Apontar o montante de recursos repassados em transferências fundo a fundo do Ministério da Saúde para a SES/DF no Piso da Atenção Básica Variável (PAB-Variável) nos anos de 2.012 e 2.013;
- Analisar os RAG dos anos de 2.012 e 2.013;
- Avaliar a atuação do CSDF acerca do acompanhamento sobre a execução dos valores destinados à ESF em cumprimento aos instrumentos de planejamento estabelecidos para os anos de 2012 e 2013.

4. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

O art. 196 da nossa Constituição Federal (BRASIL, 1988) postula que “a saúde é direito de todos e dever do Estado (...)”. Esse direito é garantido pelo Poder Público por meio do Sistema Único de Saúde, um sistema regionalizado e hierarquizado que integra o conjunto das ações e serviços públicos de saúde da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, onde cada parte cumpre funções e competências específicas, porém articuladas entre si.

Financiado com recursos advindos dos orçamentos de todos esses entes federados, o SUS tem atualmente nas transferências fundo a fundo a principal modalidade de descentralização de dinheiros para execução de despesas tanto de investimento quanto de manutenção da rede de serviços de saúde. Daí a importância

cabendo aqui ressaltar a importância na atividade de planejamento que têm os orçamentos públicos,

O órgão responsável no Distrito Federal pela formulação, promoção e regulação das políticas públicas de saúde é a Secretaria de Estado da Saúde (SES/DF), que utiliza os recursos provenientes da arrecadação local e de transferências recebidas do

Governo Federal para garantir aos cidadãos brasileiros ou aqui residentes acesso às ações e serviços públicos de saúde, desde o cuidado primário até a atenção especializada.

Ainda sob o escopo de um programa, a Estratégia Saúde da Família foi implantada por aqui no final da década de 90, mas foi por meio do Plano de Reorganização da APS, desenhado para ser executado de 2007 a 2014, que previa a ampliação e qualificação do acesso às ações e aos serviços no âmbito desse nível de atenção por meio da expansão ordenada e gradual das Equipes de Saúde da Família, que suas ações ganharam contornos de uma política reestruturadora.

O plano apontou como principal objetivo contribuir para a reorganização da APS no Distrito Federal, a partir da expansão e qualificação da ESF, no período de cinco anos (entre 2009 e 2014), visando a elevação da resolubilidade das equipes através da incorporação de recursos humanos qualificados e de tecnologia adequada, no campo da infra-estrutura e da gestão dos serviços, incluindo instrumentos e metodologias, em rede integrada de atenção à saúde, que permitissem o acompanhamento e avaliação permanentes da melhoria da situação de saúde das famílias, especialmente os grupos mais vulneráveis a riscos de contrair doenças e de sofrer danos à saúde.

Para atender aos seus objetivos, o plano foi estruturado em quatro eixos norteadores, cujos respectivos componentes e ações estratégicas compreendem:

Eixo I - Estruturação da APS no DF (espaço físico, equipamentos, insumos e recursos humanos);

Eixo II - Organização do processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família no DF;

Eixo III - Monitoramento e avaliação das ações de saúde desenvolvidas nos serviços de APS; e

Eixo IV - Desenvolver estudos e pesquisas em APS no DF.

A implementação desse projeto resultaria ainda na ampliação gradual de equipes de Saúde da Família (eSF), para as quais metas de curto, médio e longo prazo foram estabelecidas. Vejamos:

- *De curto prazo: cobertura imediata de 27,5% da população do DF, com 195 eSF implantadas até dezembro de 2009, e de 50% até o final de 2010, com 365 eSF;*

- De médio prazo: cobertura de 60% da população do DF, com implantação de 438 eSF;
- De longo prazo: cobertura de 73% da população do DF, que corresponderá a 100% da população SUS dependente, com implantação de 532 eSF.

Nos anos de 2012 e 2013 foram transferidos à Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal apenas no Bloco da Atenção Básica - Piso da Atenção Básica Variável (PAB-Variável), que é constituído por recursos financeiros destinados ao financiamento de estratégias como a ESF, os valores constantes das tabelas abaixo:

Repasses FNS 2012 no Bloco da Atenção Básica - Piso da Atenção Básica Variável (PAB-Variável)

Bloco	Componente	Ação/Serviço/Estratégia	Valor Total	Valor Desconto	Valor Líquido
ATENÇÃO BÁSICA	PISO DA ATENÇÃO BÁSICA VARIÁVEL	AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE - ACS	9.465.157,00	0,00	9.465.157,00
ATENÇÃO BÁSICA	PISO DA ATENÇÃO BÁSICA VARIÁVEL	COMPENSAÇÃO DE ESPECIFICIDADES REGIONAIS	2.153.105,92	0,00	2.153.105,92
ATENÇÃO BÁSICA	PISO DA ATENÇÃO BÁSICA VARIÁVEL	IMPLANTAÇÃO À POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM	75.000,00	0,00	75.000,00
ATENÇÃO BÁSICA	PISO DA ATENÇÃO BÁSICA VARIÁVEL	INCENTIVO ADICIONAL AO PROGRAMA DE AGENTES COMUNITARIOS DE SAUDE	758.641,00	0,00	758.641,00
ATENÇÃO BÁSICA	PISO DA ATENÇÃO BÁSICA VARIÁVEL	INCENTIVO ADICIONAL PSF	240.000,00	0,00	240.000,00
ATENÇÃO BÁSICA	PISO DA ATENÇÃO BÁSICA VARIÁVEL	INCENTIVO ADICIONAL SAÚDE BUCAL	196.000,00	0,00	196.000,00
ATENÇÃO BÁSICA	PISO DA ATENÇÃO BÁSICA VARIÁVEL	INCENTIVO FINANCEIRO PARA A ATENÇÃO À SAÚDE DE ADOLESCENTE	175.725,00	0,00	175.725,00
ATENÇÃO BÁSICA	PISO DA ATENÇÃO BÁSICA VARIÁVEL	INCENTIVO PARA ATENÇÃO À SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO	313.740,00	0,00	313.740,00
ATENÇÃO BÁSICA	PISO DA ATENÇÃO BÁSICA VARIÁVEL	NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA - NASF	960.000,00	0,00	960.000,00
ATENÇÃO BÁSICA	PISO DA ATENÇÃO BÁSICA FIXO - PAB FIXO	PAB FIXO	55.236.412,20	0,00	55.236.412,20
ATENÇÃO BÁSICA	PISO DA ATENÇÃO BÁSICA VARIÁVEL	PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE - PMAQ	154.400,00	0,00	154.400,00
ATENÇÃO BÁSICA	PISO DA ATENÇÃO BÁSICA VARIÁVEL	PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE - PMAQ (PAB-PMAQ-SM)	849.800,00	0,00	849.800,00
ATENÇÃO BÁSICA	PISO DA ATENÇÃO BÁSICA VARIÁVEL	PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA - PSE	93.800,00	0,00	93.800,00
ATENÇÃO BÁSICA	PISO DA ATENÇÃO BÁSICA VARIÁVEL	SAÚDE BUCAL - SB	747.830,00	0,00	747.830,00
ATENÇÃO BÁSICA	PISO DA ATENÇÃO BÁSICA VARIÁVEL	SAÚDE DA FAMÍLIA - SF	11.515.040,00	0,00	11.515.040,00
Total Geral:			82.934.651,12	0,00	82.934.651,12

Fonte: Fundo Nacional de Saúde (FNS).

Repasses FNS 2013 no Bloco da Atenção Básica - Piso da Atenção Básica Variável (PAB-Variável)

Bloco	Componente	Ação/Serviço/Estratégia	Valor Total	Valor Desconto	Valor Líquido
ATENÇÃO BÁSICA	PISO DA ATENÇÃO BÁSICA VARIÁVEL	AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE - ACS	10.619.122,00	0,00	10.619.122,00
ATENÇÃO BÁSICA	PISO DA ATENÇÃO BÁSICA VARIÁVEL	ATENÇÃO DOMICILIAR (EMAD) RAU-ADOM	2.247.040,00	0,00	2.247.040,00
ATENÇÃO BÁSICA	PISO DA ATENÇÃO BÁSICA VARIÁVEL	COMPENSAÇÃO DE ESPECIFICIDADES REGIONAIS	391.499,70	0,00	391.499,70
ATENÇÃO BÁSICA	PISO DA ATENÇÃO BÁSICA VARIÁVEL	EMAP - EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS DE APOIO (RAU-ADOM)	66.000,00	0,00	66.000,00
ATENÇÃO BÁSICA	PISO DA ATENÇÃO BÁSICA VARIÁVEL	INCENTIVO ADICIONAL AO PROGRAMA DE AGENTES COMUNITARIOS DE SAUDE	967.100,00	0,00	967.100,00
ATENÇÃO BÁSICA	PISO DA ATENÇÃO BÁSICA VARIÁVEL	INCENTIVO ADICIONAL PSF	1.300.000,00	0,00	1.300.000,00
ATENÇÃO BÁSICA	PISO DA ATENÇÃO BÁSICA VARIÁVEL	INCENTIVO ADICIONAL SAÚDE BUCAL	105.000,00	0,00	105.000,00
ATENÇÃO BÁSICA	PISO DA ATENÇÃO BÁSICA VARIÁVEL	INCENTIVO DE IMPLANTAÇÃO AOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA- NASF	20.000,00	0,00	20.000,00
ATENÇÃO BÁSICA	PISO DA ATENÇÃO BÁSICA VARIÁVEL	INCENTIVO FINANCEIRO PARA A ATENÇÃO À SAÚDE DE ADOLESCENTE	101.175,00	0,00	101.175,00
ATENÇÃO BÁSICA	PISO DA ATENÇÃO BÁSICA VARIÁVEL	INCENTIVO PARA ATENÇÃO À SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO	629.370,00	0,00	629.370,00
ATENÇÃO BÁSICA	PISO DA ATENÇÃO BÁSICA VARIÁVEL	NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA - NASF	1.300.000,00	0,00	1.300.000,00
ATENÇÃO BÁSICA	PISO DA ATENÇÃO BÁSICA FIXO - PAB FIXO	PAB FIXO	52.934.457,68	0,00	52.934.457,68
ATENÇÃO BÁSICA	PISO DA ATENÇÃO BÁSICA VARIÁVEL	PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE - PMAQ (PAB-PMAQ-SM)	1.222.500,00	0,00	1.222.500,00
ATENÇÃO BÁSICA	PISO DA ATENÇÃO BÁSICA FIXO - PAB FIXO	PROGRAMA DE REQUALIFICAÇÃO DE UBS - REFORMAS	68.986,00	0,00	68.986,00
ATENÇÃO BÁSICA	PISO DA ATENÇÃO BÁSICA VARIÁVEL	PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA - PSE	85.200,00	0,00	85.200,00
Total Geral:			88.566.968,58	0,00	88.566.968,58

Fonte: Fundo Nacional de Saúde (FNS).

Sabe-se, no entanto, que as metas pretendidas por meio do Plano de Reorganização da APS infelizmente não foram alcançadas pelos motivos e razões que serão comentados mais para adiante.

Não há um estudo definitivo sobre a real necessidade de incremento financeiro para a área de saúde brasileira, tampouco estudo restrito ao Distrito Federal. Existem, no máximo, indicadores que apontam para a insuficiência dos recursos atuais, sejam eles financeiros, humanos ou da capacidade instalada de produção de serviços; outros que criticam o tipo de serviço que estão sendo oferecidos; e, finalmente, aqueles que se ocupam da capacidade de gerenciamento dos recursos alocados.

Muitos indícios realmente apontam para o subfinanciamento da saúde, outros, porém, balizam censura ao modelo reativo focado na cura em detrimento da prevenção, existindo também exames críticos relacionados à qualidade do gasto em ações e serviços públicos afetos a essa que é a maior política de inclusão brasileira, o SUS.

Fruto de uma luta histórica do movimento da Reforma Sanitária que culminou com a garantia da saúde enquanto direito de todos e dever do Estado, e por inspiração do nosso modelo federalista, o SUS é financiado com recursos advindos das três

esferas federadas e organizado de forma regionalizada e hierarquizada. Ele integra o conjunto das ações e serviços públicos de saúde da União, Estados, Municípios e do Distrito Federal, onde cada parte cumpre funções e competências específicas, porém articuladas entre si.

A assistência às pessoas, de que trata o parágrafo anterior, se dá por intermédio das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde é organizada em níveis de atenção (complexidade), onde se destacam a Atenção Básica (AB) e o cuidado de Média e Alta Complexidade. Para FERNANDES, Silvio *et al* (CONASEMS, 2.008), a organização e oferta dos serviços em níveis de complexidade permite a articulação e a interconexão de todos os conhecimentos, saberes, tecnologias, profissionais e meios existentes.

Ele destaca ainda que considerando as características dos municípios brasileiros, que, na imensa maioria, são de pequeno porte e poucos, se não a totalidade, têm chances de possuir em seu território, a oferta de serviços de saúde, de vários níveis tecnológicos.

Nesse contexto, os serviços assistenciais foram organizados em complexidades crescentes, definindo a referência e a contra referência e as portas de entrada, visando regular o acesso e a utilização dos serviços disponíveis em redes de serviços.

No modelo brasileiro, ficou estabelecido que seja da Atenção Básica a missão de ordenar a rede assistencial e o papel de coordenar o cuidado.

Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, orientando-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

Por todas essas características, a Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, mas principalmente, próxima da vida das pessoas.

Para a efetivação, no entanto, do processo de descentralização, o enfoque do primeiro cuidado na Atenção Básica enquanto porta de entrada do sistema e o estabelecimento de responsabilidades interfederativas, é indispensável, todavia, que cada uma das instâncias do SUS disponha de instrumentos de planejamento onde se encerrem as

ações necessárias para que a implementação dos esforços signifique resposta oportuna e efetivamente adequada ao atendimento ao usuário e à promoção à saúde.

A publicação do Ministério da Saúde Sistema de Planejamento do SUS - *Uma construção coletiva* (BRASIL, 2.009) conceitua o planejamento como sendo um processo estratégico para a gestão, e que exige, todavia, a conjugação de esforços para que possa responder oportuna e efetivamente às necessidades e às demandas que se apresentam continuamente. Tais esforços devem traduzir, na prática, na implementação de processos que permitam a formulação e a aplicação efetiva de instrumentos básicos de planejamento.

São instrumentos básicos do Sistema de Planejamento do SUS: o Plano de Saúde (PS), as respectivas Programações Anuais de Saúde (PAS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG).

A Lei n.º 8.080/90 (BRASIL 1.990), conhecida Lei Orgânica do SUS, define, por exemplo, nos parágrafos 1º e 2º do seu Art. 36 a aplicabilidade dos planos de saúde e o financiamento das iniciativas dele resultantes. O primeiro estabelece que “os Planos de Saúde serão a base para as atividades e programações de cada nível de direção do SUS e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentaria”. O segundo veta a “transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas no Plano de Saúde”.

Já a Lei n.º 8.142/90 (BRASIL, 1.990), em seu Art. 4º, estabelece que entre os requisitos para o recebimento de recursos provenientes do Fundo Nacional de Saúde, municípios, estados e o Distrito Federal devem contar com Planos de Saúde e Relatórios de Gestão que permitam o controle da execução dos recursos aplicados em ações e serviços públicos de saúde.

O Relatório Anual de Gestão (RAG) é um instrumento de planejamento, monitoramento e avaliação da Gestão do SUS, regulamentado pelo item IV, do art. 4º, da Lei 8.142/1990 (BRASIL, 1.990), e subsidia as ações de auditoria, fiscalização e controle do SUS. É um meio de comprovação da aplicação dos recursos da União repassados do FNS, para os Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, em atendimento à Portaria n.º GM/MS 204, de 29 de janeiro de 2007 (BRASIL, 2.007), e apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde (PAS), por meio da apuração do conjunto de ações, metas e indicadores, orientando desta forma, as mudanças e ajustes para a elaboração da programação do ano seguinte.

Esses relatórios anuais são também importantes insumos para a avaliação do Plano de Saúde e contempla aspectos qualitativos e quantitativos e envolve a análise do processo geral de desenvolvimento do Plano. Ele registra os avanços obtidos, os obstáculos que dificultaram o trabalho e também as medidas que devem ser implementadas ou reordenadas para que se garanta a transformação da realidade sanitária no território.

O Relatório Anual de Gestão (RAG) imprime, portanto, caráter dinâmico ao Plano de Saúde (PS) e realimenta, desta maneira, o processo de planejamento.

Espera-se como resultado de sua apreciação, a indicação de eventuais ajustes que se fizerem necessários ao PS e, ao mesmo tempo, orientar a elaboração da Programação Anual de Saúde (PAS) subsequente.

Neste processo, é de suma importância o papel do Controle Social, já que é dele a função de deliberar sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades para as ações e serviços públicos de saúde, bem como da fiscalização da aplicação dos recursos a eles vinculados.

Foi o Art. 37 da Lei n.º 8.080/90 (BRASIL 1.990) que atribui aos Conselhos de Saúde (CS) tanto a responsabilidade pela participação na elaboração dos Planos de Saúde, das Programações Anuais de Saúde, bem como o exame do Relatório Anual de Gestão.

Claramente visíveis são as vantagens de uma análise criteriosa e realizada por quem verdadeiramente vive o exercício contínuo de ser usuário, de ser trabalhador, de ser gestor do serviço de saúde. Como já foi dito, essa prática pode orientar a identificação de situações que venham subsidiar a atualização das políticas de saúde, a obtenção de informações para a tomada de decisão ou mesmo indicar a necessidade de incremento financeiro.

A participação da sociedade em suas diversas representações na discussão, formulação e construção do SUS, na verdade, faz parte da gênese do sistema e é explicitada de forma circular na vasta produção normativa que o regula. Dispositivos da Constituição Federal (BRASIL, 1.988), como o:

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

(...)

III - Participação da comunidade.”

Como também a Lei n.º 8.080/90 (BRASIL, 1.990), que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, em seu artigo 12 afirma que:

“Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil;

Parágrafo único: As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do SUS”.

E prossegue nos artigos 26, 33 e 37, afirmando que:

“Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do SUS, aprovados no CNS;

Os recursos financeiros do SUS serão depositados em conta especial em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde;

O CNS estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa.”.

Já a Lei n.º 8.142/90 (BRASIL, 1.990), que em seu Artigo 1º regulamenta a participação da comunidade na Gestão do SUS, estabelece duas instâncias colegiadas expressas na Conferência de Saúde e no Conselho de Saúde.

Ela dispõe diretamente sobre a participação da comunidade na gestão do sistema e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, e no § 2º do Art. 1º estabelece que:

“O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de

estratégias e no controle da execução da política de saúde na instancia correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo”.

Atribuições dos Conselhos de Saúde:

Receber informações do Ministério da Saúde sobre o descumprimento dos dispositivos da LC 141/2012 pelos Estados, Distrito Federal e Municípios

Avaliar a repercussão da LC 141/2012 sobre as condições de saúde da população e encaminhamento ao Chefe do Poder Executivo do respectivo ente da Federação das indicações para que sejam adotadas as medidas corretivas necessárias

Deliberar sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades para as ações e serviços públicos de saúde pelo respectivo gestor federal, estadual, distrital ou municipal

Avaliar a gestão do SUS quadrimestralmente e emitir parecer conclusivo sobre o cumprimento dos dispositivos da LC 141/2012 quando da apreciação das contas anuais encaminhadas pelo respectivo gestor federal, estadual, distrital ou municipal

Assessorar o Poder Legislativo de cada ente da Federação, quando requisitados, no exercício da fiscalização do cumprimento dos dispositivos da LC 141/2012, especialmente, a elaboração e a execução do Plano de Saúde, o cumprimento das metas estabelecidas na LDO, a aplicação dos recursos mínimos constitucionalmente estabelecidos, as transferências financeiras Fundo-a-Fundo, a aplicação dos recursos vinculados e a destinação dos recursos oriundos da alienação de ativos vinculados ao SUS

Receber informações do Ministério da Saúde sobre os recursos previstos para transferências aos estados, Distrito Federal e municípios com base no Plano Nacional de Saúde e no Termo de Compromisso de Gestão firmado entre os entes da Federação

No DF, assim como entre os demais entes federados, a constituição dos Conselhos de Saúde é dada por uma regra de composição paritária, segundo a qual 50% dos seus membros devem ser representantes do seguimento dos Usuários, 25% do seguimento dos Trabalhadores e ser complementada com 25% de Gestores.

4.1. MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

Por sua composição orgânica, o SUS é caracterizado por este formato que lhe confere arranjo sistemático em diferentes níveis e densidade tecnológica e a adequada articulação que nos remete ao modelo conceitual de descentralização político-administrativa.

Por meio desse princípio, instituído pela Constituição de 1988, ficou preconizada a autonomia de estados e municípios e a localização dos serviços de saúde na esfera municipal.

O Brasil é um Estado federativo e a natureza do federalismo influencia significativamente a administração.

Em Administração Pública *Coletânea* (ENAP, 2.010) PETERS e PIERRE *et al* discutem o federalismo no Brasil, principalmente de uma perspectiva legal e constitucional. Eles estão particularmente interessados no impacto do federalismo sobre a distribuição de competências entre os níveis de governo e no impacto dessa distribuição sobre a administração.

Considerando que no Brasil a maioria de seus municípios não têm condição de oferecer, em seus territórios, todos os serviços necessários à promoção, recuperação e manutenção da saúde aos seus cidadãos, o SUS foi organizado de forma regional, maneira adotada por muitos países no intuito de alcançar uma distribuição de serviços que promova maior acesso, qualidade, otimização de recursos e racionalização de gastos.

A publicação do Ministério da Saúde, O SUS de A a Z (BRASIL, 2.010), enfatiza a importância do mecanismo da descentralização no SUS conceituando-a como o processo que faculta a transferência de responsabilidades de gestão, atendendo às determinações constitucionais e legais que embasam esse sistema, definindo atribuições comuns e competências específicas a cada um dos entes federados.

Desde que foi editada a Portaria n.º 648, de 28 de março de 2006, (BRASIL, 2.006), que revisou diretrizes e normas para a organização da AB para o Programa Saúde da Família (PSF) e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e os transformou em uma estratégia de larga abrangência, instituindo assim a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Estratégia Saúde da Família (ESF) tem promovido um forte movimento na direção da integração das ações programáticas e de demanda espontânea.

A execução do trabalho de forma interdisciplinar, e em equipe, que talvez seja o maior ganho trazido a partir de sua implementação, vem promovendo o estabelecimento de vínculo entre as equipes e a população adscrita, que torna mais factível a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado.

Outra grande vantagem facultada por essa estratégia é a possibilidade de estabelecer objetivos e metas anuais de fácil mensuração, o que permite a realização de acompanhamento sistemático dos resultados alcançados e os transforma em *inputs* ao processo de planejamento e programação do cuidado transformando-os em novos indicadores de saúde a serem pactuados, e por tudo isso, tem também o condão de estimular a participação popular e o controle social, ou pelo menos deveria.

Um estudo desenvolvido pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), com o título de *Estimativa de custos dos recursos humanos em atenção básica: equipes de Saúde da Família (eSF) e equipes de Saúde Bucal (eSB)* conclui que a participação dos salários e encargos no custeio dessa estratégia varia de 50% a 70%.

5. MÉTODOS

Este estudo tem como base a metodologia explicativa, uma vez que a pesquisa tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torna-lo mais explícito ou a construir hipóteses. O caráter da pesquisa também se enquadra como quali-quantitativa e utiliza bases de dados secundários.

A proposta deste trabalho é identificar as transferências ordenadas de forma regular e automática ao Distrito Federal, combinando-as com sua apreciação efetuada pelo Conselho de Saúde do Distrito Federal. Para isto, as bases de dados secundárias a serem utilizadas são os Relatórios Anuais de Gestão (RAG) do Distrito Federal dos anos de 2012 e 2013, os repasses fundo a fundo do MS e as atas do Conselho de Saúde do Distrito Federal também dos anos de 2012 e de 2013.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

É sabido que o repasse do componente federal do financiamento da ESF, por si só, não é suficiente para arcar com a totalidade do gasto com sua implantação, mas o que, de fato, se verificou no período equivalente aos repasses, quando o percentual de aumento da cobertura já deveria se aproximar dos 73% (topo da meta), foi a expansão da

estratégia em apenas 23,6%, conforme demonstra o Relatório de Atividades da Secretaria de Planejamento.

Segundo este mesmo relatório, a baixa execução das etapas pretendidas pode ser justificada pelos seguintes fatores:

- *Dificuldades na infraestrutura com relação a construção de novas Unidades Básicas de Saúde (definição de terrenos, morosidade nos processos licitatórios, número insuficiente de engenheiros e arquitetos na SES/DF para acompanhar os projetos) e a não formalização de contrato de aluguéis para abrigar as equipes em áreas definidas como prioridades devido os imóveis disponíveis situarem-se em áreas ainda consideradas irregulares;*
- *Dificuldade em fixar RH, principalmente médicos, na ESF;*
- *Indefinição do tipo de vínculo dos agentes comunitários a serem contratados, com a conseqüente não realização de concurso para essa categoria de trabalho.*

Ou seja, das três prováveis causas apontadas, pelo menos duas estão diretamente relacionadas com às próprias capacidades da SES/DF, e em nenhuma delas foi relatado o descumprimento das metas estabelecidas por implicações ligadas ao (sub)financiamento.

Do lado do controle social, a partir da análise das atas das reuniões do Conselho de Saúde do Distrito Federal (CSDF), especificamente aquelas que tiveram por finalidade emitir pronunciamento acerca dos Relatórios Anuais de Gestão (RAG), restou comprovado que não foram formulados questionamentos ao gestor local por conta do descumprimento dessa importante e promissora estratégia.

A leitura das atas das reuniões do Conselho de Saúde do Distrito Federal sugere despreparo dos conselheiros ao importante papel de examinar esses relatórios periódicos, a partir dos quais se poderia

Sobre a participação (desqualificada) desses atores sociais, GERSCHMAN (2.004) afirma que os Conselhos de Saúde têm importante assento, por definição constitucional, nas organizações/agrupamentos da sociedade, mas já nasceram carentes para o exercício da função de representação. Tão carentes quanto as camadas sociais que lhes dão voz e voto.

Para ela, cada vez que a democracia é esvaziada de representatividade, dado o abismo existente entre cidadãos e governo, é comum obter como resposta da sociedade o

desinteresse e a perda de confiança na democracia, nos partidos e, mais do que tudo, nos políticos.

Em *A Democracia Inconclusa* (FIOCRUZ, 2.004), GERSCHMAN evidencia que os Conselhos de Saúde locais são como que convidados ‘inconvenientes’ ao exercício do processo decisório. Afirma que sua base de representação é frágil e a formação dos conselheiros é insuficiente para a tomada de decisão em assuntos de caráter técnico. E lembra ainda que os Conselhos, que originariamente compunham organismos comunitários, hoje são mais um espaço de representação corporativa, em que organismos de representação de usuários portadores de doenças - deficientes físicos, portadores de HIV, renais crônicos, etc. - atuam junto a representantes dos profissionais de saúde, do setor filantrópico e dos órgãos governamentais.

7. CONCLUSÃO

Considerando a atuação do CSDF, não restou confirmado se aqui no Distrito Federal os recursos destinados a Estratégia Saúde da Família são bastantes para o seu custeio, mas está claro, todavia, que a experiência acumulada em todos os entes federados, demonstra que a consolidação da ESF como forma prioritária para reorganização da AB no Brasil aponta a necessidade de adequação do seu financiamento ao seu objetivo maior que é a compreensão ampliada do processo saúde/doença e, desta maneira, a ampliação das possibilidades de desencadear intervenções que causem maior impacto e significado social.

Como já foi dito aqui, a instituição dos Conselhos de Saúde atende a exigência legal estabelecida para o repasse de recursos financeiros, mas isso não é tudo. É necessário que tenhamos no acompanhamento e avaliação da execução dos recursos financeiros destinados à garantia do direito à saúde estabelecido pela Constituição da República Federativa do Brasil, um controle social cada vez mais qualificado, deliberativo, independente e representativo.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. PNAB - Política Nacional de Atenção Básica. Série E. Legislação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo, 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp141.htm>. Acesso em: mar de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 204/GM de 29 de janeiro. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde na forma de Blocos de Financiamento e seu respectivo monitoramento e controle, 2007. Disponível em: www.portal.saude.gov.br.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal. Plano de Reorganização da APS, 2007. Disponível em <<http://www.saude.df.gov.br/sobre-a-secretaria/subsecretarias/526-programa-saude-da-familia.html>>. Acesso em mar 15.

FUNDO NACIONAL DE SAÚDE. Disponível em: <http://www.fns.saude.gov.br/indexExterno.jsf>. Acesso em: 29/03/2014.

IPEA. Nota Técnica 56. Estimativa de custo dos recursos humanos em atenção básica: Equipes de Saúde da Família (eSF) e Equipes de Saúde Bucal (eSB). Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/131011_notatecnicadisoc16.pdf. Acesso em mar 15.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal. Relatório Anual de Atividades, 2012. Disponível em <http://www.saude.df.gov.br/planejamento/relatorios/relatorio-anual-de-atividades.html>.

Acesso em mar 15.

APÊNDICES

ANEXOS