

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
PRÓ- REITORIA DE GRADUAÇÃO
COORDENAÇÃO DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE
ORGANIZAÇÃO PÚBLICA EM SAÚDE (EAD)**

PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE

ESPECIALIZAÇÃO

Simone Maria Back Thumé

PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE

Simone Maria Back Thumé

Artigo apresentado ao Curso de Especialização do Programa de Pós-Graduação em Gestão Pública em Saúde (EAD) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM,RS), como requisito parcial para obtenção do grau de Especialista em gestão de Organização Pública em Saúde

Orientador: Professora Suzinara Beatriz Soares de Lima

Santa Maria, RS, Brasil

2012



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO
COORDENAÇÃO DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA**



PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE

Autora: Simone Maria Back Thumé

Santa Maria
Dezembro - 2012

RESUMO

O planejamento e gestão de recursos públicos realizados no Brasil a partir da Constituição Federal de 1988 mudou drasticamente a saúde da população, exigindo dos gestores públicos um aprimoramento de conhecimentos em gestão pública, bem como a sua inserção no Sistema Único de Saúde, a fim de contemplar os princípios e as diretrizes do sistema. O conhecimento da estrutura e dos mecanismos do sistema facilita a gestão e concede aos destinatários dos recursos públicos uma maior satisfação em receber os serviços prestados, bem como deixa claro a transparência do destino dos mesmos em conjunto com as necessidades da população.

Palavras-Chave: Planejamento em saúde. Saúde. Gestão Pública.

ABSTRACT

The planning and management of public resources performed in Brazil from the Federal Constitution of 1988 drastically changed the health of the population, which requires public managers an enhancement of knowledge in public management, as well as their integration in Health System, in order to contemplate the principles and guidelines of the system.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos os Sistemas Públicos (União, Estados e Municípios), em seus diversos níveis, tem procurado, cada vez mais, aprimorar a maneira de se organizar na gestão pública em saúde buscando ferramentas para aplicar seus recursos, qualificando a estrutura da gestão e elaborando novas políticas públicas.

Com a competência definida pela Constituição Federal em 1988 para que cada um dos Entes Políticos assumam suas obrigações no que se refere a aplicação de recursos públicos em saúde, surge a importância de se elaborar um planejamento para melhor aplicação dos recursos orçamentários destinados a saúde. A nova Constituição Federal de 1988 instituiu o SUS, cuja formatação final e regulamentação ocorreram mais tarde, em 1990, com a aprovação da lei n.8.080 e da Lei n. 142.

A legislação atual, em especial a Lei Complementar Nº 141, de 13 de janeiro de 2012 que regulamenta o §3º do artigo 198 da Constituição Federal dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde. Este obriga os Entes Federativos a gerir com mais eficácia os recursos públicos a eles destinados. Para esta gestão requer-se o desenvolvimento de capacidades de todos aqueles que participam da gestão destes recursos. (LC141/2012)

O objetivo deste trabalho é conhecer os aspectos relacionados à finanças públicas e orçamentos públicos para os gestores públicos possam planejar suas atividades no que tange a administração dos recursos públicos ligados à saúde.

REFERENCIAL TEÓRICO

No início do século XX o Brasil não tinha uma política de saúde e previdenciária definida. A partir da era Vargas, a partir de 1933, algumas categorias de trabalhadores formaram os primeiros Institutos de Aposentadorias e Pensões que contavam com financiamento parcial do Poder Executivo. Em 1960 houve a promulgação de Lei Orgânica da Previdência Social que promoveu a uniformização dos benefícios, ou seja, padronizou o cardápio de serviços de saúde a que todos os segurados teriam direito, independentemente do instituto a que estivessem vinculados (SUS como Política Pública, 2006).

Em 1966 foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INSS) unificando todas as instituições previdenciárias setoriais que existiam no momento. Nesta época os custos do sistema explodiam devido à opção pela medicina curativa e bem como ao alto ritmo da incorporação tecnológica, quanto em razão da forma de compra de serviços pela Previdência Social, realizada por meio das chamadas unidades de serviços (US), que, além de valorizarem os procedimentos mais especializados e sofisticados, eram especialmente suscetíveis à fraudes, cujo controle apresentava enorme dificuldade técnica (BRASIL, 2006)

A partir dos anos 70 houve uma ampliação da cobertura do sistema, o que elevou ao aumento da oferta de serviços médicos–hospitalares e, conseqüentemente, a uma pressão por aumento nos gastos (BRASIL, 2006).

Em 1977 foi criado o Instituto Nacional de assistência Médica da Previdência Social (Inamps). A nova autarquia representou, assim como o conjunto do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social, um projeto modernizante, racionalizador, de reformatação institucional de políticas públicas. Por meio do Decreto nº 86.329/81 foi criado o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP). Os dois programas mais importantes do CONASP foram o de implantação do Sistema de Atenção Médico – Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS) e o de implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS). O primeiro voltado a disciplinar o financiamento e o controle da rede assistencial privada contratada, e o segundo, com a finalidade de revitalizar e racionalizar a oferta do

setor público, estabelecendo mecanismos de regionalização e hierarquização da rede pública das três esferas governamentais, até então desarticuladas(CARVALHO E BARBOSA, 2010).

Em 20 de julho de 1987, foi criado o Programa de Desenvolvimento de sistemas Unificados de Saúde (SUDS), por meio do Decreto n. 94.657. Na prática, o SUDS promoveu a celebração de convênios entre o INAMPS e os governos estaduais, mas não era uma ação obrigatória. A participação da Secretaria Estadual de saúde ou do Governo do Estado,era opcional. Se o estado não concordasse em participar do SUDS, era o INAPMS que continuaria executando suas funções (CARVALHO e BARBOSA, 2010).

A nova Constituição Federal de 1988 instituiu o SUS, cuja formatação final e regulamentação ocorreram mais tarde, em 1990, com a aprovação da Lei n. 8.080 e da Lei 8142 (CARVALHO e BARBOSA, 2010).

Desde a publicação da atual Carta Política o modelo Sistema Único de Saúde adotou o sistema descentralizado. Sua organização define como gestores co-responsáveis os três níveis de governo, isto é trazendo responsabilidade para a União, aos Estados e Municípios(SOUZA, 2002).

Sendo o Município o Ente Federado ideal para a prestação e o desenvolvimento dos serviços e das ações de saúde, sua responsabilidade para com o SUS é grande. Para tanto cada vez mais, os municípios passam por um constante processo de aperfeiçoamento e de capacitação para assumir a total responsabilidade pela saúde.

Quanto aos Estados, identificam-se quatro papéis básicos. Primeiramente seria o de exercer a gestão do SUS, no âmbito estadual. Em segundo lugar é promover as condições e incentivar o poder municipal para que assuma a gestão da atenção à saúde de seus municípios, sempre na perspectiva da atenção integral. Em terceiro lugar é assumir a gestão da atenção à saúde daquelas populações pertencentes a municípios que ainda não tomaram para si esta responsabilidade. E por último, o mais importante e permanente papel do estado é ser o promotor da harmonização, da integração e da modernização dos sistemas municipais (JUNIOR E SILVA, 2004).

A União tem também quatro papéis básicos que são: Exercer a gestão do SUS em âmbito nacional, promover as condições e incentivar o gestor estadual com vistas ao desenvolvimento dos sistemas municipais, fomentar a harmonização, a integração e a modernização dos sistemas estaduais e exercer as funções de normalização e coordenação no que se refere à gestão nacional do SUS (JUNIOR e SILVA, 2004).

Dentro destas divisões de competências existem ainda recursos orçamentários destinados a cada um dos Entes Estatais, tudo isto previsto na Constituição Federal.

Planejar os recursos a serem utilizados, bem como onde injetar maior ou menor recurso na área da saúde, requer conhecimentos de causa, bem como planejamento a longo, médio e curto prazo. Somente com gestão consciente, é possível implementar e aperfeiçoar o nosso atual sistema de saúde, com vistas não só ao curativo, mas em aspectos de prevenção e promoção da saúde da população.

METODOLOGIA

Foi realizada uma pesquisa qualitativa buscando-se artigos publicados nos últimos dez anos em revistas eletrônicas como a Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Literatura Latino-Americana do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), e em sites governamentais que tratem sobre o tema. Encontraram-se somente dois artigos que remetessem ao assunto pesquisado. Foram utilizadas como palavras chaves para a busca “finanças públicas, gestão em saúde, competências em gestão pública”.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na análise dos artigos pesquisados nota-se que existe uma carência de estudos quanto ao tema competências e habilidades do gestor público na área da saúde. Dentre aqueles que mais se destacam pode-se ressaltar o Manual de Orçamento e Finanças Públicas para Conselheiros de Saúde do ano de 2011 distribuído pelo Ministério da Saúde. Pelo Manual deve o gestor público ter conhecimento das seguintes normas: Constituição Federal do Brasil de 1988, Lei Federal nº 101/2000, também conhecida como Lei de Responsabilidade Fiscal, Lei Federal 4.320/64, Lei Federal 8.080/90, Lei Federal 8.142/90, Lei Federal 8.689/93, Portaria MOG nº 42/99, Portaria Interministerial STN/SOF nº 163/2001, Portarias MS: nº 2.047/2002, nº 3.085/2006, nº 3.332/2006, nº 204/2007, nº 3.176/2008 e nº 837/2009, Resolução CNS: nº 322/2003 e nº 333/2003 (BRASIL, 2011).

O gestor público da área da saúde é responsável pela administração de todos os recursos orçamentários e financeiros vinculados à saúde, sejam eles arrecadados pela própria esfera de governo ou oriundos das transferências intergovernamentais.

O planejamento das ações e dos serviços públicos de saúde também é regulamentado pela Constituição Federal, que estabelece a obrigatoriedade do gestor público da União, dos estados e dos municípios associarem os respectivos Planos de Saúde ao Plano Plurianual, à Lei de Diretrizes Orçamentárias e à Lei Orçamentária Anual de cada esfera de governo, submetidos aos conselhos de saúde antes do encaminhamento ao Poder Legislativo (BRASIL, 2011).

A prestação de contas à comunidade é outra obrigação constitucional e legal dos gestores públicos de saúde e ocorre de diversas formas: conforme os artigos 1º e 2º da Lei 9.452, a Administração Federal deve comunicar à Câmara sobre transferências de recursos no âmbito do SUS e as prefeituras devem notificar os sindicatos, entidades empresariais e partidos políticos quando receberem recursos para a área de saúde no prazo de 48 horas a partir do ingresso nos cofres públicos. A Lei de 8.666/93 obriga o gestor a publicar ou afixar mensalmente a listagem de todas as compras realizadas em local de ampla circulação, contendo o bem, preço

unitário, quantidade adquirida, nome do vencedor, valor total da operação (BRASIL, 2011).

O artigo 12 da Lei nº 8.689/93 obriga o gestor público da saúde de cada esfera de governo a prestar contas ao respectivo conselho de saúde a cada três meses, bem como ao Poder Legislativo, apresentando relatório detalhado, contendo dado sobre montante e a fonte de recursos aplicados, auditorias concluídas ou iniciadas no período, bem como sobre a oferta e a produção de serviços.

No artigo Entendendo as Competências para Aplicação na Enfermagem (2007) aborda-se o tema competência e sua evolução. Menciona que a evolução do conceito de competência ocorre em três dimensões distintas, os conhecimentos, as habilidades e as atitudes. Tal conceito englobou os aspectos cognitivos, técnicos, sociais e afetivos presentes em uma atividade laboral, mostrando que competência tem a ver com o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes interdependentes e necessárias à conclusão de uma determinada tarefa (RUTES; CUNHA, 2007).

O conhecimento corresponde a uma série de informações assimiladas e estruturadas pelo indivíduo, que lhe permitem entender o mundo; e a habilidade corresponde à capacidade de aplicar e fazer uso do conhecimento adquirido. Estes, com vistas à consecução de um propósito definido e a atitude, diz respeito aos aspectos sociais e afetivos relacionados ao trabalho, que explicam o comportamento normalmente experimentado pelo ser humano no seu ambiente de trabalho (RUTES; CUNHA, 2007).

A noção de competência tem aparecido nos últimos anos como uma forma de repensar as interações entre, de um lado, as pessoas e seus saberes e capacidades e, de outro, as organizações e suas demandas no campo dos processos de trabalho essenciais e processos relacionais (relações com clientes, fornecedores e os próprios trabalhadores), as quais sofreram profundas modificações qualitativas nos últimos anos (RUTES, CUNHA, 2007).

Entende-se que os vários conceitos analisados podem ser abordados como o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para a pessoa

exercer o seu trabalho; e, de outro lado, as competências entendidas com sendo a entrega da pessoa para a organização.

CONCLUSÃO

Por fim pode-se dizer que o profissional da saúde como gestor público deve buscar aprimorar-se na busca do conhecimento, pois, como se pode demonstrar a legislação brasileira é vasta e exaustiva quando o tema tratado se refere ao emprego do dinheiro público. As necessidades das pessoas são infinitas e o legislador está obrigado a modificar as leis para satisfazer tais necessidades. O profissional da saúde, a cada dia, enfrenta novas tarefas de administração, principalmente na gestão pública. Os desafios criados fazem com que nos aperfeiçoemos e exigem uma atualização para que melhor se possa prestar uma qualidade de serviços para a comunidade.

Com a evolução estrutural do SUS, com o aperfeiçoamento do sistema, a sociedade, de um modo geral pode ter uma maior participação na elaboração de políticas públicas relacionadas à saúde. Desta participação surge também uma maior transparência e controle de gastos do bem público.

REFERÊNCIAS

BRASIL, **Lei no 8.142**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

BRASIL. **Constituição Federal**, de 5 de outubro de 1988.

BRASIL. <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/ManualdeOrcamento.pdf>
Acessado em 02 de novembro de 2012.

BRASIL. **Lei no 8.080**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 20 set. 1990.

BRASIL. **Manual de Orçamento e Finanças Públicas para Conselheiros de Saúde**. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2011. Encontrado no endereço. <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/ManualdeOrçamento.pdf>. Acesso em 15 de novembro de 2012.

BRASIL. **Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências**. Diário Oficial da União, 31 dez. 1990.

CARVALHO, Antonio Ivo ; Barbosa, Pedro Ribeiro. **Políticas de Saúde: Fundamentos e Diretrizes do SUS**. CAPES 2010. Encontrado no endereço www.uft.edu.br/dte/index.php. Acesso em 02 de novembro de 2012.

CARVALHO, Antonio Ivo. **SUS como Política Pública**, 2006. Encontrado no endereço http://www.ead.fiocruz.br/_downloads/material-745.pdf. Acesso em 02 de novembro de 2012.

JUNIOR, Irineu Francisco Barreto; Silva, Zilda Pereira. **Reforma do Sistema de Saúde e as Novas Atribuições do Gestor Estadual**, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-88392004000300006&script=sci_abstract. Acesso em 15 de novembro de 2012

BRASIL. **Lei Complementar nº141/13**.12.2012.

MANSUR, M. C. **O financiamento federal da saúde no Brasil: tendências da década de 1990**. 2001. Dissertação (Mestrado) — Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

RONCALLI, A. G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: PEREIRA, A. C. et al. (Orgs.). **Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 28-49.

RUTES, Rosa Maria; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. **Entendendo as competências para aplicação na enfermagem**. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n1/17.pdf>. Acesso em 15 de novembro de 2012.

SANTOS NR, Amarante PDC. **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde**. Rio de Janeiro; Cebes; 2011

SOUZA, Renilson Rehem. **Sistema Público de Saúde Brasileiro**. Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas São Paulo, Brasil 11 a 14 de agosto de 2002. Encontrado no endereço [http://www.saude.sc.gov.br/saudetrabalhador/conferencia_estadual/textos_apoio/O%20Sistema%20P%20Fablico%20de%20Sa%20FAd%20Brasileiro\(CEST\).pdf](http://www.saude.sc.gov.br/saudetrabalhador/conferencia_estadual/textos_apoio/O%20Sistema%20P%20Fablico%20de%20Sa%20FAd%20Brasileiro(CEST).pdf). Acesso em 02 de novembro de 2012.