

**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO E NEGÓCIOS – ESAN
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO
PÚBLICA EM REDE NACIONAL – PROFIAP**

HAROLDO OLIVEIRA DE SOUZA

**CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE: uma proposta de requisitos
mínimos para os pareceres dos conselhos municipais de saúde**

**CAMPO GRANDE - MS
2024**

HAROLDO OLIVEIRA DE SOUZA

CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE: Uma proposta de requisitos mínimos para os pareceres dos conselhos municipais de saúde

Dissertação apresentada à Banca de Defesa, do Programa de Mestrado Profissional em Administração Pública em Rede Nacional – PROFIAP, realizado pela Escola de Administração e Negócios da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (ESAN/UFMS), como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Administração Pública.

Orientador: Prof. Dr. Alessandro Gustavo Souza Arruda.

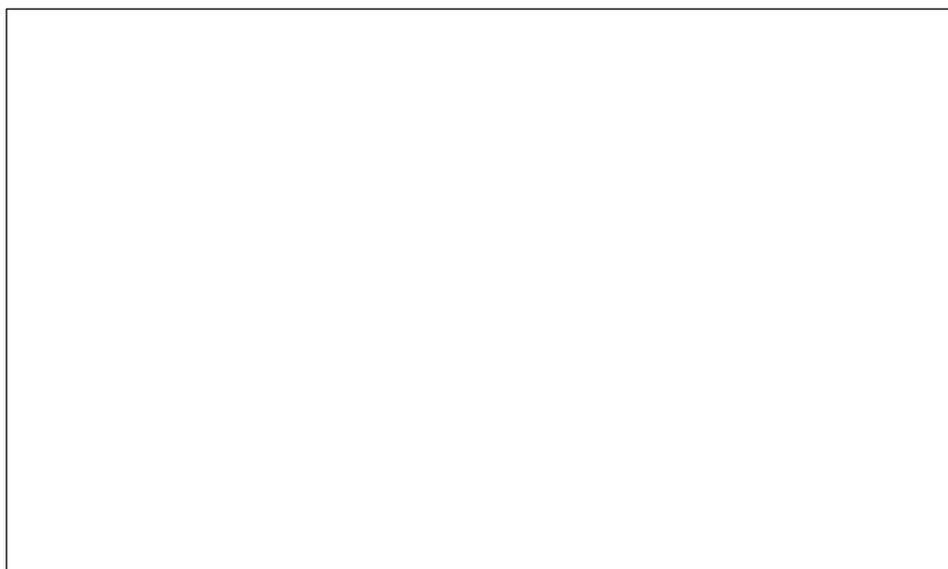
CAMPO GRANDE - MS

2024

Eu, Haroldo Oliveira de Souza, autorizo a reprodução total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____



TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Documento formal, autorizando a reprodução deste relatório para empréstimo ou comercialização, exclusivamente para fins acadêmicos, foi passado pelo autor à Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), através da Escola de Administração e Negócios (ESAN) e acha-se arquivado na Secretaria do Programa PROFIAP. O autor reserva para si os outros direitos autorais, de publicação. Nenhuma parte deste trabalho pode ser reproduzida sem a autorização por escrito do autor. Citações são estimuladas, desde que citada a fonte.

HAROLDO OLIVEIRA DE SOUZA

CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE: UMA PROPOSTA DE REQUISITOS MÍNIMOS PARA OS PARECERES DOS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE

Trabalho de Conclusão Final apresentado à Banca de Defesa do Programa de Mestrado Profissional em Administração Pública em Rede Nacional (PROFIAP), realizado pela Escola de Administração e Negócios, da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (ESAN/UFMS), como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Administração Pública.

Campo Grande – MS, 02 de março de 2024.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Alessandro Gustavo Souza Arruda
(UFMS – Campo Grande/MS)
Orientador

Prof. Dr. Gemaél Chaebo
(UFMS – Campo Grande/MS)
Membro Interno da Rede PROFIAP

Prof. Dr. Gilberto de Araújo Pereira
(UFTM – Uberaba/MG)
Membro Inteiro da Rede PROFIAP

Prof. Dr. Renato Luiz Sproesser
(UFMS – Campo Grande/MS)
Membro Inteiro da UFMS

“As nuvens mudam sempre de posição, mas são sempre nuvens no céu. Assim devemos ser todo dia, mutantes, porém leais com o que pensamos e sonhamos; lembre-se, tudo se desmancha no ar, menos os pensamentos”. (Paulo Beleki)

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradecer a Deus, pela vida, pelos dons concedidos, pela saúde, pela perseverança e por Sua infinita misericórdia em me conceder tantas bênçãos. Conseguir concluir essa tão importante e árdua etapa revelou que a Sua luz indicou o caminho certo.

Agradeço aos meus pais, anjos que Deus colocou na Terra para cuidar de mim e me conduzir no caminho da retidão, ensinando os valores do esforço, da disciplina, a importância e o impacto que o estudo pode causar nas nossas vidas. Também aos demais integrantes da minha família, avó, irmã, tias, primos e sobrinhos que mesmo distantes apoiam e torcem pelo meu sucesso.

Aos meus queridos amigos que, entenderam as ausências e, nas ocasiões de maior tensão e estresse, foram compreensivos e afetuosos com o meu momento.

Agradecimento especial também a instituição que tenho orgulho de pertencer, o Tribunal de Contas do Estado de Mato Grosso do Sul (TCE/MS), que para mim vai muito além de “local de trabalho e desempenho de atividades profissionais diárias”. É uma instituição que incentiva seus servidores a serem melhores e a entregarem cada vez mais para a sociedade. O convênio firmado com a Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), que viabilizou a realização desse curso, é uma das provas de que a intuição está imbuída na missão de qualificar seus quadros e consequentemente dar sua contribuição para o desenvolvimento do Estado do Mato Grosso do Sul.

Jamais poderia deixar de destacar o papel da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) no processo. Instituição que guardo um carinho e respeito, pois foi palco de toda a minha trajetória acadêmica. Com seus qualificados quadros, mais uma vez conduziu com excelência a jornada pela busca do conhecimento.

Nesse grupo de professores de relevante experiência e atuação dentro de suas respectivas áreas, destaco um deles. Sem o qual não seria possível chegar a esse momento. Professor Dr. Alessandro Gustavo Souza Arruda, meu orientador nessa jornada, deixo registrado um muito obrigado. Sua paciência, conhecimento e didática foram decisivos nos momentos de angústia. Quando passei por difíceis momentos, onde desistir parecia a solução mais acertada, ele estava lá firme, trazendo paz e

calma para seguir em frente e concluir o curso. Obrigado!

Registro também agradecimentos especiais aos professores Prof. Dr. Gemael Chaebo, Prof. Dr. Gilberto de Araújo Pereira, Prof. Dr. Renato Luiz Sproesser fundamentais para os ajustes e aperfeiçoamentos necessários à conclusão desse trabalho.

Enfim, a todos que contribuíram direta ou indiretamente com este trabalho e com a concretização desse sonho, deixo meu muito obrigado!

RESUMO

SOUZA, Haroldo Oliveira de. **Controle social na saúde: uma proposta de requisitos mínimos para os pareceres dos Conselhos Municipais de Saúde.** Trabalho de Conclusão Final (Mestrado Profissional em Administração Pública em Rede Nacional), pela Escola de Administração e Negócios, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (ESAN/UFMS), Campo Grande/MS, 2024.

Os Conselhos de Políticas Públicas exercem um papel fundamental na organização da participação popular da gestão da coisa pública. Em especial na área de saúde, o arcabouço jurídico que rege a matéria atribuiu aos Conselhos de Saúde um papel ainda mais relevante no controle e execução das políticas de saúde. Já nas disposições constitucionais transitórias da Constituição Federal de 1988, o legislador constituinte vislumbrou uma participação social no acompanhamento e fiscalização dos recursos destinados às ações e serviços públicos de saúde transferidos da União para estados, municípios e Distrito Federal. Posteriormente regulamentado, ficou então definido que os Conselhos de Saúde emitiriam parecer conclusivo sobre o cumprimento ou não das normas pactuadas em lei, sem os quais os respectivos gestores não teriam suas contas de saúde aprovadas pelos demais órgãos de controle externo. Esse trabalho tem por objetivo propor um referencial de requisitos mínimos, um roteiro avaliativo para elaboração do parecer de responsabilidade dos Conselhos de Saúde e um modelo padrão para o Parecer dos Conselhos Municipais de Saúde.

Palavras-chave: Controle Social. Conselhos Municipais de Saúde. Controle Externo. Tribunais de Contas.

ABSTRACT

SOUZA, Haroldo Oliveira de. **Controle social na saúde: uma proposta de requisitos mínimos para os pareceres dos Conselhos Municipais de Saúde.** Trabalho de Conclusão Final (Mestrado Profissional em Administração Pública em Rede Nacional), pela Escola de Administração e Negócios, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (ESAN/UFMS), Campo Grande/MS, 2024.

Public Policy Councils play a fundamental role in organizing popular participation in the management of public affairs. Particularly in the health area, the legal framework that governs the matter gave Health Councils an even more relevant role in the control and execution of health policies. Already in the transitional constitutional provisions of the 1988 Federal Constitution, the constituent legislator envisioned social participation in the monitoring and inspection of resources allocated to public health actions and services transferred from the Union to states, municipalities and the Federal District. Subsequently regulated, it was then defined that the Health Councils would issue a conclusive opinion on compliance or not with the standards agreed by law, without which the respective managers would not have their health accounts approved by the other external control bodies. This work aims to propose a reference of minimum requirements, an evaluation guide for preparing the responsibility opinion of Health Councils and a standard model for the Opinion of Municipal Health Councils.

Keywords: Social Control. Municipal Health Councils. External Control. Accounting Courts.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|-----------|
| Figura 1 - Pirâmide Normativa de Kelsen | 31 |
| Figura 2 - Arcabouço jurídico-normativo dos Conselhos de Saúde | 31 |
| Figura 3: Exemplo 1 de Parecer de Conselho Municipal de Saúde..... | 75 |
| Figura 4: Exemplo 2 de Parecer de Conselho Municipal de Saúde..... | 76 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|-----------|
| Quadro 1: Arcabouço Jurídico-Normativo atuação dos Conselhos de Saúde .. | 47 |
| Quadro 2: Comandos da Constituição Federal de 1988 | 48 |
| Quadro 3: Comandos da Lei nº 8.080/1990 | 48 |
| Quadro 4: Comandos da Lei nº 8.142/1990 | 49 |
| Quadro 5: Comandos da Lei Complementar nº 141/2012 | 50 |
| Quadro 5.1 continuação: Comandos da Lei Complementar nº 141/2012 | 51 |
| Quadro 5.2 continuação: Comandos da Lei Complementar nº 141/2012 | 52 |
| Quadro 5.3 continuação: Comandos da Lei Complementar nº 141/2012 | 53 |
| Quadro 6: Comandos do Decreto nº 7.508/2011 | 54 |
| Quadro 7: Comandos da Resolução Ministério da Saúde nº453/2012 | 55 |
| Quadro 7.1 continuação: Comandos da Resolução Ministério da Saúde nº453/2012..... | 56 |
| Quadro 7.2 continuação: Comandos da Resolução Ministério da Saúde nº453/2012..... | 57 |
| Quadro 8: Comandos da Cartilha de Orientação para Conselheiros de Saúde. | 58 |
| Quadro 8.1 continuação: Comandos da Cartilha de Orientação para Conselheiros de Saúde | 59 |
| Quadro 9: Referencial Mínimo para o parecer dos Conselhos Municipais de Saúde..... | 61 |
| Quadro 9.1 continuação: Referencial Mínimo para o parecer dos Conselhos Municipais de Saúde | 62 |
| Quadro 9.2 continuação: Referencial Mínimo para o parecer dos Conselhos Municipais de Saúde | 62 |
| Quadro 9.3 continuação: Referencial Mínimo para o parecer dos Conselhos Municipais de Saúde | 64 |
| Quadro 9.4: continuação: Referencial Mínimo para o parecer dos Conselhos Municipais de Saúde | 65 |
| Quadro 9.5: continuação: Referencial Mínimo para o parecer dos Conselhos Municipais de Saúde | 66 |

| | |
|--|-----------|
| Quadro 10: Roteiro Avaliativo para Aplicação do Referencial Mínimo Para Elaboração do Parecer dos Conselhos Municipais de Saúde | 67 |
| Quadro 10.2: continuação Roteiro Avaliativo para Aplicação do Referencial Mínimo Para Elaboração do Parecer dos Conselhos Municipais de Saúde | 69 |
| Quadro 11: Modelo de Parecer do Conselho Municipal de Saúde | 70 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|--------|---|
| ADCT | Ato das Disposições Constitucionais Transitórias |
| CAPES | Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior |
| CF88 | Constituição Federal de 1988 |
| CMS | Conselho Municipal de Saúde |
| MS | Mato Grosso do Sul |
| NBASP | Normas Brasileiras de Auditoria do Setor Público |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCE/MS | Tribunal de Contas do Estado de Mato Grosso do Sul |
| TCU | Tribunal de Contas da União |
| UFMS | Universidade Federal de Mato Grosso do Sul |

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| INTRODUÇÃO | 16 |
| 1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA | 22 |
| 1.1 BREVE HISTÓRICO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL | 22 |
| 1.2 O FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA E DO SUS NO BRASIL | 25 |
| 1.3 CONSELHOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS | 25 |
| 1.3.1 <i>Conselhos de Saúde</i> | 26 |
| 1.4 O CONTROLE DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E O PAPEL DOS TRIBUNAIS DE CONTAS NA FISCALIZAÇÃO DOS RECURSOS DA SAÚDE | 28 |
| 1.4.1 <i>O Papel dos Tribunais de Contas</i> | 29 |
| 1.5 A HIERARQUIA DAS NORMAS JURÍDICAS | 30 |
| 2 CONTEXTO DE PESQUISA | 35 |
| 2.1 ORÇAMENTO PÚBLICO DE SAÚDE NOS MUNICÍPIOS DO MS | 35 |
| 2.2 A PANDEMIA CAUSADA PELO CORONAVÍRUS E IMPACTO NOS ORÇAMENTOS MUNICIPAIS | 36 |
| 3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS | 39 |
| 3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA | 41 |
| 3.2 MÉTODO DE COLETA DE DADOS | 42 |
| 3.3 MÉTODO DE ANÁLISE DOS DADOS | 43 |
| 4 RESULTADOS E DISCUSSÕES | 45 |
| 4.1 ARCABOUÇO JURÍDICO-NORMATIVO DOS CONSELHOS DE SAÚDE | 47 |
| 4.1.1 <i>Constituição Federal de 1988</i> | 47 |
| 4.1.2 <i>Lei nº 8.080/1990</i> | 48 |
| 4.1.3 <i>Lei nº 8.142/1990</i> | 49 |
| 4.1.4 <i>Lei Complementar nº 141/2012</i> | 50 |
| 4.1.5 <i>Decreto nº 7.508/2011</i> | 54 |
| 4.1.6 <i>Resolução Ministério da Saúde nº 453/2012</i> | 55 |
| 4.1.7 <i>Cartilha TCU Orientação para Conselheiros de Saúde</i> | 58 |
| 4.2 REFERENCIAL MÍNIMO PARA O PARECER DOS CONSELHOS | 61 |
| 4.3 ROTEIRO AVALIATIVO PARA PARAMETRIZAÇÃO DO PARECER DO CMS | 67 |

| | |
|---|-----------|
| 4.4 ANÁLISE DOS PARECERES DOS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS DE MATO GROSSO DO SUL, NO ANO DE 2021 | 73 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 78 |
| REFERÊNCIAS..... | 81 |
| APÊNDICES | 88 |
| APÊNDICE A - Somatório dos Orçamentos totais dos municípios do Mato Grosso do Sul, para 2021 | 88 |
| APÊNDICE A.1 continuação - Somatório dos Orçamentos totais dos municípios do Mato Grosso do Sul, para 2021 | 88 |
| APÊNDICE B - Somatório dos gastos com saúde dos municípios do Mato Grosso do Sul, em 2021 | 89 |
| APÊNDICE B.1 continuação - Somatório dos gastos com saúde dos municípios do Mato Grosso do Sul, em 2021 | 90 |
| APÊNDICE C – Modelo de Parecer do Conselho Municipal de Saúde..... | 91 |
| APÊNDICE C.1 continuação – Modelos de Parecer do Conselho Municipal de Saúde..... | 92 |

INTRODUÇÃO

Com o advento da Constituição Federal de 1988 - CF88, o Brasil ingressou na democracia, após quase vinte anos de um regime autoritário e de pouca participação popular. Dentre os inúmeros avanços trazidos pela Carta Magna, um dos mais relevantes foi a elevação da saúde pública ao *status* de direito social. Nas lições de Carvalho (2005), direitos sociais são condições para que a sociedade se organize com objetivo de mitigar as desigualdades produzidas pelo capitalismo e garantir um mínimo de bem-estar para todos.

Instituiu diversas ferramentas de controle da Administração Pública, destacando-se a atuação do controle social, por meio dos conselhos gestores de políticas públicas nas mais diversas áreas como saúde, educação, meio ambiente, transporte, cultura, assistência social, criança e adolescente entre outros. Também se frisa o controle externo, exercido por diversos atores na Administração Pública, porém, com ênfase para os Tribunais de Contas que tiveram suas competências e atribuições diretamente delineadas pelo texto constitucional.

Para Tatagiba (2005), os conselhos gestores de políticas públicas são uma das principais experiências da democracia no Brasil, pelo fato de estarem capilarizados por, praticamente, todos municípios brasileiros e cobrirem um amplo conjunto de temas. Coube à área da saúde o pioneirismo nesse processo, haja vista, a inquietação política que culminou na redemocratização do país e nos movimentos de reforma sanitária. Tais movimentos congregavam lutas contra o modelo chamado privatista, buscando a transição para um modelo público, participativo, descentralizado e com qualidade no atendimento (MENDES, 1994).

As linhas gerais Sistema Único de Saúde (SUS) foram desenhadas no próprio texto constitucional e, poucos anos depois, foram regulamentadas por dois importantes normativos, quais sejam, a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispôs sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde; a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes (BRASIL, 1990a). Logo em seguida, foi editada a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispondo sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre

as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (BRASIL,1990b), sendo essa a legislação precursora em positivar a importância dos conselhos de saúde na gestão e aplicação dos recursos destinados às ações e serviços de saúde pública.

Em outro aspecto, o controle da Administração Pública ganhou novos contornos com a promulgação da Carta Constitucional. Algumas instituições granjearam relevância, especialmente, os Tribunais de Contas, que ficaram encarregados do exercício do controle externo, auxiliando o Congresso Nacional. Tal auxílio, frisa-se, se dá com total protagonismo e independência por parte das Cortes de Contas, já que o legislador constituinte conferiu a esses organismos, funções específicas, além da autonomia administrativa e financeira. O modelo proposto para a União foi replicado para os Estados, Distrito Federal e municípios que contém tais estruturas, em obediência ao comando do artigo 75 da CF88, que diz:

As normas estabelecidas nesta seção aplicam-se, no que couber, à organização, composição e fiscalização dos Tribunais de Contas dos Estados e do Distrito Federal, bem como dos Tribunais e Conselhos de Contas dos Municípios. (BRASIL,1988, art. 75)

O objetivo desse trabalho foi propor um referencial de requisitos mínimos, um roteiro avaliativo para elaboração do parecer de responsabilidade dos Conselhos de Saúde e um modelo padrão para o Parecer dos Conselhos Municipais de Saúde. Foi realizado o levantamento os pareceres emitidos pelos Conselhos Municipais de Saúde, referentes as contas de saúde nos municípios de Mato Grosso do Sul, comparados com as exigências mais relevantes dispostas no arcabouço jurídico, que rege a matéria e, assim, foi proposto um referencial de requisitos mínimos para elaboração do parecer de responsabilidade dos Conselhos de Saúde. A pesquisa utilizou métodos qualitativos para atingir seus objetivos.

Dessarte, foram examinados os pareceres emitidos por Conselhos Municipais de Saúde dos municípios do Estado do Mato Grosso do Sul. Buscou-se descrevê-los e conferir com as exigências do arcabouço jurídico que rege a matéria. Com isso, foram encontradas limitações, potencialidades e as possibilidades de contribuição com o controle externo exercido pelo Tribunal de Contas. Na sequência, foi desenvolvido um roteiro avaliativo, que serviu de fundamentos para o preenchimento do modelo padrão de parecer dos Conselhos de Saúde, também proposto nesse trabalho.

As principais lacunas que justificaram a presente pesquisa foram as dificuldades de operacionalização e funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde, nos municípios do Estado do Mato Grosso do Sul, constatadas por ocasião das fiscalizações realizadas pelo Tribunal de Contas do Mato Grosso do Sul – TCE-MS. O autor dessa pesquisa é Auditor de Controle Externo do TCE-MS, responsável por gerenciar e coordenar as equipes de auditoria, que realizam as fiscalizações da aplicação dos recursos destinados à saúde pública no referido Estado e nos seus 79 Municípios. No transcurso dos trabalhos realizados constatou-se que, há oportunidades de melhoria na atuação dos Conselhos Municipais de Saúde, ao passo que carecem de estrutura financeira, física e de recursos humanos. Tais limitações, por diversas vezes, impedem que os conselhos atinjam os propósitos para os quais foram idealizados no arcabouço jurídico.

O trabalho partiu das seguintes questões de pesquisa:

(I) Os pareceres dos Conselhos Municipais de Saúde, referentes às contas de saúde dos municípios do Mato Grosso do Sul, são relevantes e demonstram a importância do controle social?

(II) Quais características os pareceres dos conselhos municipais de saúde devem possuir para contribuir com o controle das contas de saúde?

(III) os pareceres dos conselhos municipais de saúde, agregam valor para o controle das contas de saúde e contribuem com o controle externo da Administração Pública?

(IV) Quais os requisitos técnicos devem conter nos pareceres dos conselhos municipais para auxiliar o controle externo exercido pelos Tribunais de Contas Estaduais?

O objetivo geral da pesquisa consistiu em propor um referencial de requisitos mínimos, um roteiro avaliativo para elaboração do parecer de responsabilidade dos Conselhos de Saúde e um modelo de Parecer padrão para os Conselhos Municipais de Saúde.

Como objetivos específicos o trabalho se propõe a:

1 - Identificar os principais requisitos previstos nos normativos que regulam a atuação - e os pareceres - dos conselhos municipais de saúde.

2 - Desenvolver um roteiro avaliativo com os principais requisitos da legislação para a elaboração dos pareceres;

Os dois objetivos específicos supracitados responderão à questão norteadora: Quais características os pareceres dos conselhos municipais de saúde devem possuir para contribuir com o controle das contas de saúde?

3 - Comparar o roteiro desenvolvido com os pareceres levantados;

Esse objetivo específico responderá as seguintes questões norteadoras:

Os pareceres dos Conselhos Municipais de Saúde, referentes às contas de saúde dos municípios do Mato Grosso do Sul, são relevantes e demonstram a importância do controle social?

Os pareceres dos conselhos municipais de saúde, agregam valor para o controle das contas de saúde e contribuem com o controle externo da Administração Pública?

4 - Revelar as limitações ou potencialidades dos pareceres levantados;

Esse objetivo específico responderá a seguinte questão norteadora:

Quais os requisitos técnicos devem conter nos pareceres dos conselhos municipais para auxiliar o controle externo exercido pelos Tribunais de Contas Estaduais?

Ao seguir esses objetivos pretendeu-se propor um modelo de Parecer de Conselho Municipal de Saúde, com base no roteiro avaliador produzido, a partir dos requisitos normativos mínimos para elaboração dos pareceres dos Conselhos Municipais de Saúde. Dessa forma, a atuação do controle social poderá ser mais efetiva e colaborar com o controle externo exercido pelos Tribunais de Contas.

A intenção foi analisar a estrutura e disposição atuais dos pareceres emitidos pelos Conselhos Municipais de Saúde, referentes às contas de Saúde nos municípios de Mato Grosso do Sul. O objetivo final foi avaliá-los, no tocante a estrutura e aderência, ao referencial normativo, para identificar possíveis lacunas existentes e propor um referencial de requisitos mínimos para elaboração do parecer de responsabilidade dos Conselhos de Saúde, tendo em vista que existe um potencial para os conselhos de políticas públicas, representados pelos Conselhos Municipais

de Saúde, contribuírem efetivamente com o controle externo da Administração Pública, em especial o exercido pelos Tribunais de Contas.

Para o setor, qual seja, o controle social das políticas públicas de saúde, exercido pelos Conselhos Municipais de Saúde, o resultado esperado foi contribuir para aumento da efetividade das ações. Oferecer um modelo de Parecer, com base no roteiro avaliador, que possa balizar os trabalhos realizados por essas instituições. Além disso, estabelecer aderência entre os pareceres emitidos e o arcabouço jurídico que rege a matéria, também pode ser relevante para contribuir com o trabalho dos Conselhos.

Com relação aos gestores das políticas públicas municipais, os resultados apresentados pela pesquisa revelarão possíveis oportunidades de melhoria das estratégias implementadas. Dessa forma, pode-se melhorar a capacidade de oferecer respostas mais assertivas às demandas da saúde, no âmbito dos municípios e o consequente aprimoramento de todo o sistema.

Por fim, para a academia, a pesquisa pode inspirar iniciativas similares em outros Estados e municípios da Federação, tornando o controle social exercido pelos conselhos de saúde mais efetivo e capaz de cumprir com a finalidade para a qual foi idealizado.

Para melhor abordagem do tema, o trabalho foi segmentado em seis capítulos, iniciando por essa introdução, seguida de uma fundamentação teórica onde, primeiramente, são abordados o histórico da saúde pública no Brasil e aspectos relacionados com o financiamento do sistema único de saúde. O capítulo segue com a participação popular na formulação das políticas públicas, por meio dos Conselhos de Políticas Públicas e os Conselhos de Saúde.

Na sequência foi explanado o ponto de vista conceitual, que fundamenta o controle na Administração Pública e o papel do Tribunais de Contas, na fiscalização dos recursos públicos destinados às ações e serviços de saúde pública. Finalizando o capítulo, foi abordado o arcabouço jurídico que regulamenta a operacionalização dos conselhos de saúde.

O capítulo seguinte trata do contexto no qual a pesquisa está inserida, qual seja, um volume orçamentário para o Estado e os setenta e nove municípios do Mato

Grosso do Sul, bem como o Brasil e o mundo ainda recém egressos de uma das maiores catástrofes sanitárias da história recente da humanidade, causados pela pandemia relacionada com o novo coronavírus (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020). O fato de a saúde pública possuir demandas praticamente infinitas e recursos cada vez mais escassos, dinâmica agravada pelo caráter pandêmico imposto ao Brasil e ao mundo, torna ainda mais fundamental a necessidade de controlar e otimizar a utilização de tais recursos.

Nos procedimentos metodológicos foi apresentado como foi concebida a pesquisa que culminou no trabalho a ser apresentado. A abordagem foi relacionada com a avaliação dos pareceres emitidos pelos Conselhos Municipais de Saúde, referentes às contas de saúde dos municípios do Mato Grosso do Sul, no exercício financeiro de 2021. Os pareceres coletados foram comparados com o arcabouço jurídico que rege a matéria, analisados se estavam contidos os aspectos relevantes e se tais pareceres eram capazes de contribuir com a atuação do controle externo da Administração Pública, principalmente, o exercido pelos Tribunais de Contas. Todo o arcabouço jurídico que rege a matéria foi levantado e catalogado e, com isso, foi elaborado um roteiro avaliador que balizou a atuação dos Conselhos e serviu de base para o preenchimento do modelo padrão de parecer.

Para tanto, utilizou-se o método da descrição qualitativa para examinar os pareceres, compará-los com o conteúdo da legislação e desenvolver o roteiro avaliador por meio do referencial de requisitos mínimos levantados. Buscou-se demonstrar se o controle social posto em atividade por meio dos Conselhos Municipais de Saúde demonstra a importância que lhes foi atribuída e se são capazes de agregar valor para as contas de saúde dos municípios do Mato Grosso do Sul.

1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Foi realizada uma revisão da literatura visando formar a base conceitual e legal para a abordagem do problema. Esse capítulo apresenta as discussões teóricas acerca do histórico da saúde pública no Brasil, da participação popular nas políticas públicas e a organização do controle da administração pública em suas várias abordagens, dando ênfase para o papel dos Tribunais de Contas na fiscalização dos recursos da saúde e o arcabouço jurídico que rege a matéria. Por fim, são relacionados os principais normativos que regem o SUS e a atuação dos Conselhos Municipais de Saúde.

1.1 BREVE HISTÓRICO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

A história do Brasil foi marcada por inúmeras medidas sanitárias até chegar ao que se conhece como saúde pública. Desde o período colonial, 1500-1822, passando pela fase imperial, 1822-1888, até a Proclamação da República, que se deu em 1889, tais medidas até existiam, porém eram bastante simplórias, esparsas, descoordenadas e excludentes. Basicamente, os problemas relacionados à saúde eram resolvidos de duas formas, quais sejam: quem possuía recursos se submetia às consultas particulares ou mesmo tratamentos fora do país, em especial na Europa. A parte menos favorecida da população recorria às formas alternativas e não científicas de curas para suas mazelas (AGUIAR, 2011).

Nas primeiras décadas do século XX, o Brasil vivenciou profundas transformações no cenário socioeconômico com a crescente urbanização e migração de boa parte da população do campo para os ambientes urbanos, além da intensificação das correntes migratórias oriundas de países europeus, vindas com o intuito de substituir a mão de obra recém egressa do processo escravocrata. Nesse momento, a saúde pública brasileira se confunde com o assistencialismo, derivado da filantropia de cunho religioso, na figura das Santas Casas de Misericórdia, que ofereciam, a título de caridade, tratamentos para quem não podia arcar com seus custos. Em termos estatais, algumas ações no sentido de proporcionar condições sanitárias mínimas e combater epidemias com campanhas de vacinação impositivas foram implementadas (CARVALHO, 2013) e foram calçadas na corrente do

Sanitarismo, que segundo Braga e Paula, 1996, caracterizou-se por medidas pontuais abandonadas assim que os surtos epidêmicos eram controlados.

Com o advento do Decreto Legislativo nº 4.682 de janeiro de 1923, conhecida como Lei Elói Chaves, surgiu um embrião do modelo de previdência e assistência conhecido hoje, onde os benefícios relacionados a saúde e a previdência estão conjuntamente atrelados às contribuições, compondo um sistema que previa assistência, fornecimento de medicamentos e aposentadoria para os trabalhadores das empresas ferroviárias (CARVALHO,2013). O sistema foi estendido, alguns anos mais tarde, 1926, aos portuários e marítimos, por meio da Lei nº 5.109 de dezembro de 1926.

No ano de 1933, o Decreto nº 22.872, instituiu a figura do Instituto de Aposentadorias e Pensões do Marítimos (IAPM), momento esse que o Estado começa a participar, ainda que discretamente, do financiamento da assistência à saúde. Por conseguinte, outras avaliações profissionais criaram organismos semelhantes. Para Singer, Campos e Oliveira (1978), esses institutos, por estarem vinculados aos sindicatos, sofriam grandes influências das categorias profissionais e o fato de vários sindicatos realizarem as ações, elas acabavam se tornando complementares ou coincidentes, restringindo e limitando sua abrangência, cingindo-se apenas àqueles que estavam ligados a alguma instituição.

O panorama geral da saúde pública no Brasil seguiu marcada pela dicotomia entre saúde pública e saúde privada (LUZ, 1978; BRAGA e PAULA, 1986). Basicamente, a política nacional de saúde era organizada em dois setores: um baseado no modelo sanitaria e outro com fulcro no modelo assistencialista privatista. O texto constitucional de 1988 solucionaria a questão, com a junção de duas propostas, quais sejam, a reforma sanitária e o projeto neoliberal (CARVALHEIRO *et al*, 2013).

Nesse contexto, efetivamente na década de 1980, iniciou-se a discussão sobre um sistema de saúde, capaz de organizar e estruturar os serviços de saúde, partindo das discussões dos principais atores, que eram as organizações sindicais, as entidades ligadas à saúde e as associações de bairro que surgem com importância dessa fase (FARIA,1995).

Um marco para a participação popular na política de saúde pública no Brasil foi

a VIII Conferência Nacional de Saúde. O evento contou com aproximadamente quatro mil participantes, dentre os quais usuários, trabalhadores de saúde, prestadores de serviços e gestores. Esse evento lançou as bases dos capítulos instituidores da saúde pública brasileira, no contexto da CF88. E também foi rascunhado o que mais tarde seria o Sistema Único de Saúde-SUS, servindo de inspiração para a participação popular que seria o novo paradigma a ser trazido pelos tempos vindouros, com a carta constitucional, promulgada dois anos após esse acontecimento.

As linhas gerais do SUS foram inovações trazidas pela CF88. Embora apresente algumas limitações em sua operação face a sua abrangência e problemas como subfinanciamento para algumas atividades, representou um relevante avanço no trato da saúde pública no Brasil, como principal executor das ações pública de saúde (THEOPILO *et al.*, 2015).

O SUS consolidou o modelo de saúde pública no Brasil, partindo de uma concepção ampla do direito à saúde e percepção do papel do Estado como garantidor do direito. Composto por princípios e diretrizes, incorpora espaços e instrumentos para a democratização e compartilhamento da gestão do sistema de saúde (NORONHA *et al.*, 2008). Araújo e Cardoso (2007) acrescentam que os princípios norteadores do SUS são doutrinários, orientam sua formalização ideológica e esclarecem possíveis lacunas acerca da sua estrutura organizacional.

De acordo com Theophilo *et al.* (2015), os princípios doutrinários são: i) a universalidade, entendida como a garantia de direito ao acesso a todo cidadão, sem distinções de nenhuma natureza; ii) a equidade, relacionada com a entrega proporcional de recursos financeiros e humanos às necessidades individuais e coletivas; iii) a integralidade, sendo a satisfação total das necessidades do cidadão, não sendo considerável a complexidade, o custo ou a quantidade de recursos necessárias para atender a demanda. Os autores acrescentam ainda outros princípios, e os definem como organizativos, que são iv) a descentralização, v) a hierarquização e vi) o controle social, este último o mais relevante para os objetivos deste trabalho, haja vista que permite à sociedade fiscalizar e orientar as políticas de saúde por intermédio dos conselhos e câmaras setoriais.

1.2 O FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA E DO SUS NO BRASIL

De acordo com o comando do art. 194, da CF88, a seguridade social compreende um conjunto de ações que visam assegurar os direitos da população no que diz respeito à saúde, à previdência e à assistência social. Como a tutela da saúde é de competência comum a todos os entes da federação, o ônus financeiro é repartido entre eles.

O Sistema Único de Saúde é financiado com recursos da seguridade social, oriundos dos orçamentos de todos os entes federativos, ou seja, União, Estados e Municípios. E ainda se adicionam outras possíveis fontes de recursos, como as contribuições sociais. Cada um dos entes terá que investir um mínimo de recursos. Foi estipulado quinze por cento sobre a receita corrente líquida, no caso da União, e um percentual a ser estabelecido por lei complementar, da receita de impostos de sua respectiva competência, no caso de Estados, Distrito Federal e Municípios.

A referida lei complementar também estabelecerá os critérios de rateio dos recursos da União, vinculados à saúde, aos demais entes e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, com vistas a reduzir as disparidades regionais, bem como as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal (BRASIL, 1988).

Até o presente momento, não foi editada lei complementar. Os percentuais mínimos a serem aplicados nas ações e serviços de saúde pública utilizados são os dispostos nos Atos das Disposições Constitucionais Transitórias – ADCT, da CF88, art. 77, que fixou doze por cento para os Estados e o Distrito Federal; e quinze por cento para os municípios.

1.3 CONSELHOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS

As infinitas demandas e desafios impostos às sociedades modernas, em especial em países de redemocratização recente, como é o caso do Brasil, exige do poder público recursos administrativos, operacionais e de gestão pública para conseguir oferecer a população os produtos e serviços dos quais necessita para a consecução das suas necessidades (MARTINS *et al.*, 2014).

Para Schevisbiski (2008), nesse contexto, os tradicionais suportes fundamentais da República são abalados, surgindo problemas de engajamento cívico, participação política e cidadania ativa, comprometendo a vida em sociedade. Um contraponto a essa realidade, ainda segundo a autora, é a ocorrência de novas formas de participação política dos cidadãos iniciadas, principalmente, a partir dos anos 1990 com a institucionalização de diversos espaços públicos, citando como exemplo os conselhos gestores de políticas públicas, os conselhos do orçamento participativo e os fóruns e conferências que contam com maciça participação da sociedade civil.

Martins *et al.* (2014) definem os conselhos de políticas públicas como órgãos colegiados e paritários entre o governo e a sociedade, que surgem como saída resultante da atividade política, materializando-se por meio de mecanismos trazidos com o advento da CF88. Rompendo com tradicionais relações de vínculos do Estado com as elites, os conselhos são responsáveis pela fiscalização, canalização das demandas, formulação e planejamento das políticas públicas, além de promoverem a garantia dos direitos sociais nas mais diversas áreas, tais como, educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma da CF88 (BRASIL, 1988).

Os conselhos de políticas públicas têm um escopo de atuação bastante amplo, as decisões passam pelo formato, diretrizes e estratégias de implementação das políticas públicas. Além disso, contribuem com a definição de metas e diretrizes, deliberam sobre as formas de gestão e controle público sobre a Administração Pública (SANTOS, 2004).

1.3.1 Conselhos de Saúde

A saúde pública é uma das áreas onde os conselhos gestores de políticas públicas têm mais destaque. A saúde foi alçada ao patamar de direito social apenas com a promulgação da CF88. José Afonso da Silva (2001) ensina que direitos sociais são prestações positivas do Estado, diretas ou indiretas, oriundas do texto constitucional, cujo objetivo é oferecer condições melhores aos mais necessitados, igualando, assim, situações sociais desfavoráveis. Guarda ligação estreita com o direito de igualdade. O autor ainda acrescenta que os direitos sociais são

pressupostos para o usufruto dos direitos individuais, já que oferecem condições para o exercício das liberdades individuais.

O Sistema Único de Saúde constitui-se de conjunto de conceitos, entendimentos, políticas, ações e posicionamentos em constante evolução. A abertura à participação popular na definição e fiscalização das políticas e ações dos entes públicos deve ser amplamente utilizada. Em especial os conselhos gestores locais e os conselhos municipais devem garantir a participação dos diversos atores sociais legitimamente representativos da população, a fim de que os resultados obtidos em termos de melhor qualidade de vida e ações efetivas de promoção integral à saúde possam ser levadas adiante (THEOPHILO *et al.*, 2015).

Em relação a fiscalização dos recursos destinados a saúde pública, a parte relacionada com a participação popular inerente ao controle social coube aos conselhos de políticas públicas na área da saúde, denominados de Conselhos de Saúde, sendo um para cada ente federativo, quais sejam, então, o Conselho Nacional de Saúde, no âmbito da União; os Conselhos Estaduais de Saúde, no âmbito do estados; e por fim, mas não menos importantes, os Conselhos Municipais de Saúde, que atuam exercendo o controle social e a participação popular na esfera dos municípios brasileiros (BRASIL,1988).

A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispôs sobre a participação da comunidade no SUS, estabelecendo os Conselhos de Saúde como instância colegiada, junto com as conferências de saúde. Portanto, os Conselhos de Saúde foram definidos como instâncias colegiadas de deliberação, de caráter permanente, o que significa dizer que não dependem de autorização do Poder Executivo que estiver no poder para sua instituição. Terá composição paritária entre prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários do SUS. Suas principais áreas de atuação são a formulação de estratégias, controle da execução da política de saúde, nos aspectos econômico e financeiro. As deliberações apresentadas pelos conselhos serão homologadas pelo respectivo chefe do poder executivo de cada esfera de governo a qual estiver vinculado o conselho (BRASIL,1990b).

Com o objetivo de contribuir para o bom funcionamento da gestão pública, os conselhos de saúde atuam na formulação de diretrizes e estratégias para o processo de planejamento, compromissos de metas, orçamentação e execução orçamentária.

Além disso, participam da formulação de diretrizes e estratégias das intervenções operacionais do SUS, no que diz respeito principalmente à oferta de serviços. Por outro lado, o acompanhamento permanente da execução dos programas do SUS, leva os conselhos de saúde a atuarem além da fiscalização tradicional burocrática (BRASIL,2002).

1.4 O CONTROLE DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E O PAPEL DOS TRIBUNAIS DE CONTAS NA FISCALIZAÇÃO DOS RECURSOS DA SAÚDE

A Constituição Federal de 1988 - CF88, ficou conhecida como constituição cidadã. Segundo Rocha (2008), esse termo se deu em virtude de ter incluído mecanismos de participação social nos processos decisórios. Além disso, ganhou essa alcunha por representar os anseios de uma população recém egressa de um período de regime ditatorial, que durou mais de vinte anos.

Não obstante às referências à participação direta, com institutos como o referendo, o plebiscito e a iniciativa popular, além de outros relacionados à democracia participativa, a CF88 trouxe novos conceitos, atores e atribuições para os órgãos e entidades relacionadas ao controle da Administração Pública brasileira. Para Bobbio (2004), a livre formação da opinião pública e o controle do poder são características do Estado moderno, haja vista que, o sigilo é tido como uma medida para casos excepcionais.

Basicamente, foram instituídas três estruturas para operacionalizar o controle da Administração Pública, que são o controle social, o controle interno e o controle externo, cada qual com suas atribuições e competências. Atuando em forma de sistema, visam assegurar os direitos e garantias instruídos pela incipiente carta.

Em relação a fiscalização dos recursos destinados a saúde pública, a parte relacionada com a participação popular inerente ao controle social coube aos conselhos de políticas públicas na área da saúde, denominados de Conselhos de Saúde. O controle interno tem atribuições de acompanhamento da gestão orçamentária, financeira e patrimonial, avaliação do cumprimento das metas previstas nos planos plurianuais, além de apoiar o controle externo no exercício de sua missão constitucional. Com relação ao controle externo, cabe aos Tribunal de Contas realizar

a fiscalização da aplicação dos recursos nos aspectos contábeis, operacionais, financeiros, orçamentários e patrimoniais (BRASIL,1988).

1.4.1 O Papel dos Tribunais de Contas

A CF88, dentre as suas inúmeras inovações, trouxe novos conceitos, atores e atribuições para os órgãos e entidades relacionadas ao controle da Administração Pública. Uma das instituições mais festejadas e valorizadas foram as que compõem o chamado sistema Tribunal de Contas, representado pelo Tribunal de Contas da União-TCU, no âmbito federal e pelos Tribunais de Contas Estaduais, no âmbito estadual e, no caso de alguns municípios, os Tribunais de Contas Municipais.

A grande novidade trazida pelo então incipiente texto constitucional foi atribuir ao Poder Legislativo, em conjunto com os Tribunais de Contas, o exercício do controle externo da Administração Pública. A titularidade do controle externo coube ao Poder Legislativo e o papel de exercer o auxílio técnico foi atribuído aos Tribunais de Contas. Tal auxílio, frise-se, não pressupõe relação de subordinação entre as entidades, haja vista que foi conferida aos Tribunais de Contas autonomia orçamentária, financeira e administrativa. Para Britto (2010), dentre todas as instituições públicas, nenhuma foi tão generosamente contemplada pela CF88 como os Tribunais de Contas.

Segundo Lima (2015), não existe democracia sem controle, todo agente detentor de parcelado poder estatal tem sua atividade sujeita a múltiplos controles. Dessa forma, a fiscalização orçamentária, contábil, financeira, operacional e patrimonial das entidades da administração direta e indireta quanto a legalidade, legitimidade, economicidade, aplicação das subvenções e renúncia de receitas, será exercido pelo Congresso Nacional, Assembleias Legislativas e Câmaras Municipais nos âmbitos federal, estadual e municipal respectivamente, mediante controle externo; e também pelo sistema de controle interno de cada poder (BRASIL,1988). Ademais, todas as pessoas, tanto as físicas quanto as jurídicas, independentemente de sua natureza pública ou privada, desde que administrem ou guardem, arrecadem ou gerenciem recursos públicos, prestarão contas ao controle externo (BRASIL,1988).

O controle externo será exercido com o auxílio técnico dos Tribunais de Contas que nesse caso específico atuará com base na disciplina do inciso II do artigo 71 da

CF88, que predispõe que lhe compete julgar as contas de todos os administradores e demais responsáveis por recursos públicos. Este é um dos fundamentos que colocam as entidades administradoras de recursos públicos destinados à saúde pública no rol de jurisdicionados do respectivo Tribunal de Contas. Também é possível incluir na fundamentação para a fiscalização, a possibilidade de realizar por iniciativa própria inspeções e auditorias sem prejuízo da aplicação de sanções previstas em lei, para os casos de ilegalidade de despesas ou irregularidade de contas, bem como assinatura de prazo para adoção de providências para o fiel cumprimento da lei (BRASIL,1988).

Os comandos da CF88 foram replicados na Constituição Estadual do Mato Grosso do Sul por meio dos incisos II, IV, VIII e IX do artigo 75, conferindo as supracitadas competências ao Tribunal de Contas do Estado de Mato Grosso do Sul - TCE-MS, no tocante aos recursos destinados às ações e serviços públicos de saúde aplicados pelo Estado e nos seus setenta e nove municípios.

1.5 A HIERARQUIA DAS NORMAS JURÍDICAS

Os conselhos municipais de saúde, assim como toda a saúde pública no Brasil, são regidos por um vasto arcabouço jurídico normativo. Dos estudos de Direito Constitucional, retira-se o entendimento de que as leis infraconstitucionais buscam seu fundamento na lei maior, qual seja, a Constituição (CARVALHO, 2013). O referido autor traz em sua obra a famosa esquematização das leis proposta por Hans Kelsen, com o escalonamento que dispõe a Constituição no topo e abaixo todas as normas infraconstitucionais, que o autor chama de normas individuais. Acima da lei maior encontra-se apenas a Norma Hipotética Fundamental - NHF, que pode ser entendida como a norma que confere poderes a indivíduos autorizados, direta ou indiretamente, para conduzir o ordenamento jurídico, ou seja, o próprio texto constitucional e os demais legisladores que terão como base os primeiros (KELSEN,2005). A Figura 1 mostra o esquema idealizado por Carvalho,2013:



Figura 1 - Pirâmide Normativa de Kelsen

Fonte: Adaptado de Carvalho, 2013

A revisão da hierarquia das normas foi trazida nesse ponto da pesquisa para traçar um paralelo com o contexto da saúde pública no Brasil e, em especial, para os Conselhos Municipais de Saúde, pois seguem a referida estrutura no seu referencial jurídico-normativo. O esquema proposto pela figura 2 apresenta como o referencial normativo dos Conselhos de Saúde se desdobra com base na hierarquia proposta por Kelsen, 2005.

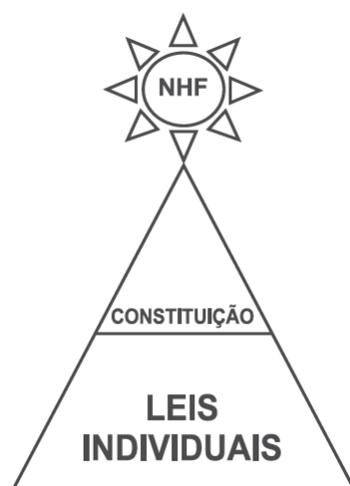


Figura 2 - Arcabouço jurídico-normativo dos Conselhos de Saúde

Fonte: elaborado pelo próprio autor

A normatização referente aos conselhos de saúde inicia-se no texto constitucional. O legislador constituinte se preocupou em traçar as linhas gerais da saúde enquanto direito de todos e dever do Estado, e também do Sistema Único de Saúde, nos art. 196 e seguintes até o artigo 200. As competências dos Conselhos de Saúde tiveram como ponto de partida o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias – ADCT. O § 3º artigo 77 do ADCT, inseridos pelo Ementa Constitucional nº 29/2000. O comando dispõe no sentido de que os recursos de todos os entes federativos, destinados às ações e serviços públicos de saúde serão aplicados por meio de Fundo de Saúde e serão acompanhados e fiscalizados por Conselho de Saúde, bem como os recursos transferidos pela União para os entes subnacionais para a mesma finalidade (BRASIL, 1988).

O pressuposto acima mencionado é a mola mestra deste trabalho. O comando trazido pelo texto constitucional é o fundamento para a emissão do parecer do Conselho de Saúde referente às contas de saúde.

Poucos anos após a promulgação da CF88, mais especificamente dois anos depois, em 1990, foram editadas duas importantes leis com a proposta de regulamentar os artigos relacionados à saúde pública da CF88: (i) Lei nº 8.080, 19 de setembro de 1990, que dispôs sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde; a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes (BRASIL,1990a); (ii) Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispondo sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (BRASIL,1990b). Esta última, positivou a importância dos conselhos de políticas públicas no acompanhamento e fiscalização dos recursos destinados à saúde.

Para Noronha (2013), a Lei n.º 8.080/1990, a chamada Lei Orgânica da Saúde, retoma preceitos constitucionais da reforma sanitária democrática dos anos 1980, apesar de circunscrever os dispositivos relativos às ações e serviços de saúde apenas àqueles financiados pelo poder público. O autor acrescenta ainda que o Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que a regulamenta, enfatiza os aspectos críticos de funcionamento do SUS, como sua organização, relação entre os gestores e a questão dos medicamentos.

Sobre a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, Carvalho (1993) afirma que ela elenca os requisitos iniciais para que a participação popular no SUS aconteça. Regras como a exigência do Fundo de Saúde, dos Conselhos de Saúde, da contrapartida com recursos próprios, os planos e relatórios de fiscalização e gestão, além do compromisso de investimentos em recursos humanos por meio de um plano de cargos e salários, tudo sob a égide dos princípios constitucionais e da Lei Orgânica da Saúde.

Theophilo *et al* (2015, p. 163) trazem o seguinte comentário acerca da Lei Complementar nº 141/2012:

As mudanças conjunturais e estruturais da sociedade brasileira, nos anos 1990, e seus efeitos sobre os movimentos sociais, os afastaram das discussões pós-constituente acerca das estratégias e ações, propriamente ditas, para implementação e consolidação do SUS. Como exemplo, pode-se citar o lento processo de regulamentação da Emenda Constitucional n. 29, o qual se arrastou por onze anos no Congresso Nacional, até sua conclusão em janeiro de 2012 com a entrada em vigor da Lei Complementar n. 141. (THEOPHILO *et al.* 2015, p. 163).

A aprovação da Lei Complementar nº 141/2012, que regulamentou a Emenda Constitucional nº 29/2000 foi considerada por Piola (2017) como uma oportunidade ímpar para elaboração de um modelo de distribuição de recursos capaz de priorizar a equidade na alocação dos recursos. Ela induziu uma redução das desigualdades entre as regiões brasileiras, apesar de alguns dispositivos ainda restarem pendentes. Como por exemplo, cita-se a definição e publicação da metodologia para os montantes a serem transferidos a cada estado, ao Distrito Federal e aos municípios, a ser pactuada na comissão intergestores tripartite e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde.

Por fim, a Resolução nº 453 de 10 de maio de 2012, do Ministério da Saúde, emitida por meio do Conselho Nacional de Saúde que aprovou as diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos conselhos de saúde em todas as esferas. Com o objetivo de fortalecer a participação da comunidade na gestão das políticas públicas de saúde, oportunizou a inserção ativa de sujeitos no contexto da promoção da saúde. (LIMA & LOHRA, 2017)

Lima e Lohan (2017, p. 1169) ainda acrescentam o objetivo principal da norma, qual seja:

O objetivo principal da Resolução nº 453 é consolidar, fortalecer, ampliar e acelerar o processo de controle social do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, por intermédio dos Conselhos Nacional, Estaduais, Municipais, das

Conferências de Saúde e Plenárias de Conselhos de Saúde, conforme o § 5º, inciso II, do art. 1º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e outorga ao Ministério da Saúde, mediante portaria do Ministro de Estado, autoridade para estabelecer a regulamentação dos dispositivos legais propostos (LIMA E LOHAN, 2017, p. 1169).

A Resolução nº 453 de 10 de maio de 2012 foi estruturada em diretrizes, que tratam da instituição e formulação, organização, estrutura e funcionamento dos conselhos de saúde. Este normativo estabelece a maior parte das competências dos conselhos com relação às fiscalizações e acompanhamentos exigidos para elaboração do parecer obrigatório acerca das contas de saúde. (BRASIL, 2012)

Inicialmente, o normativo tratou de consolidar a definição de Conselhos de Saúde como instituições de deliberação colegiada, permanentes do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada esfera de governo. Integrantes da estrutura organizacional dos entes federativos, por intermédio do Ministério da Saúde, Secretárias Estaduais e Municipais de Saúde ou órgãos equivalentes, cuja composição, organização e competências seguem o disposto na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

A primeira diretriz da Resolução nº 453 de 10 de maio de 2012 também destaca o sucesso da descentralização da saúde com o surgimento de outros atores sociais como os conselhos regionais, os conselhos locais e distritais, incluindo os especiais direcionados para a população indígena. Por fim, os Conselhos de Saúde ficam definidos como espaços instituídos de participação da comunidade nas políticas públicas e na administração da saúde (BRASIL, 2012).

Sem caráter normativo, mas com objetivo de prestar auxílio aos membros dos Conselhos de Saúde, o TCU editou a cartilha denominada Orientação para Conselheiros de Saúde, de caráter estritamente pedagógico. Proposta para ser um guia prático, de forma a solidificar a formação de Conselheiros, de maneira que estes agentes, membros da sociedade organizada, estendam a visão de todos os envolvidos em relação ao papel que podem desempenhar na formulação de políticas públicas para a área de saúde. A iniciativa do TCU acabou por estabelecer uma importante forma de sistematização da forma de acompanhamento da aplicação dos recursos públicos destinados à saúde e orientação para os conselheiros (BRASIL, 2015). Dessa forma, mesmo que sua utilização não tenha o viés de obrigação por parte dos Conselhos, seus ensinamentos também serão considerados na elaboração do referencial a ser proposto por este trabalho.

2 CONTEXTO DE PESQUISA

2.1 ORÇAMENTO PÚBLICO DE SAÚDE NOS MUNICÍPIOS DO MS

O Estado do Mato Grosso do Sul, localizado na região centro-oeste do Brasil, possui uma população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, de aproximadamente 2.839.188 (dois milhões oitocentos e trinta e nove mil cento e oitenta e oito) habitantes, dividida em uma extensão territorial de 357.147.995 (trezentos e cinquenta e sete milhões cento e quarenta e sete mil novecentos e noventa e cinco) quilômetros quadrados (BRASIL, 2022a).

Ainda segundo o IBGE, em 2021, o Produto Interno Bruto – PIB para o Estado do Mato Grosso do Sul foi na ordem de R\$ 106.943.000,00 (cento e seis bilhões e novecentos e quarenta e três milhões de reais). O orçamento do governo do Estado, para o exercício de 2021, previu uma receita de R\$ 16.823.704.500,00 (dezesseis bilhões oitocentos e vinte e três milhões setecentos e quatro mil e quinhentos reais) e fixou despesas de R\$ 17.113.488.700,00 (dezessete bilhões cento e treze milhões quatrocentos e oitenta e oito mil e setecentos reais (BRASIL, 2022b).

O Estado é dividido em setenta e nove municípios, dos quais juntos tiveram um orçamento total para o exercício de 2021 na ordem de R\$ 14.008.629.925,94 (catorze bilhões oito milhões seiscentos e vinte e nove mil novecentos e vinte e cinco reais e noventa e quatro centavos). No Apêndice I - Tabela 1 consta os orçamentos totais, individualizados por município para o exercício de 2021.

Com relação ao orçamento destinado às ações e serviços públicos de saúde, os setenta e nove municípios do Estado do Mato Grosso do Sul destinaram R\$ 2.245.764.960,94 (dois bilhões duzentos e quarenta e cinco milhões setecentos e sessenta e quatro mil novecentos e sessenta reais e noventa e quatro centavos) para a função programática Saúde do orçamento, conforme pode-se verificar individualizada mente no Apêndice II - Tabela 2. Conclui-se que os municípios sul-mato-grossenses destinaram cerca de 16% (dezesseis por cento) dos seus orçamentos totais para o exercício de 2021, para as ações e serviços públicos de saúde.

Os números apresentados nesse tópico servem, além de contextualizar o

ambiente no qual está inserida a pesquisa, também para evidenciar a materialidade quantitativa relacionada ao objeto, aqui entendida como o volume de recursos financeiros transacionados com a saúde pública no Estado de Mato Grosso do Sul. Para mais, importante salientar que para completar a determinação da materialidade faz-se necessário conhecer e entender outras variáveis tais como natureza e contexto. As Normas Brasileiras de Auditoria do Setor Público (NBASP) trazem uma definição para o conceito que contribui para o entendimento da importância dos dados apresentados para a determinação da materialidade do objeto de pesquisa, conforme transcreve-se:

O conceito de materialidade inclui a natureza, o contexto e o valor. A materialidade pode focar em fatores quantitativos, como o número de pessoas ou entidades afetadas pelo objeto específico ou os valores monetários envolvidos, bem como no uso indevido de recursos públicos, independentemente do montante. A materialidade é muitas vezes considerada em termos de valor, mas a natureza ou as características inerentes de um item ou grupo de itens também podem tornar uma questão material (fatores qualitativos). (BRASIL, 2020, p. 30)

Dessa forma, a partir do conceito de materialidade estabelecido pelas NBASP, combinado com a natureza e o contexto no qual está inserida, infere-se a importância de trazer para a discussão o volume de recursos dispendidos para as ações e serviços públicos de saúde e fomentar o desenvolvimento das estruturas de controle disponíveis para fiscalizar a correta aplicação dos recursos.

2.2 A PANDEMIA CAUSADA PELO CORONAVÍRUS E IMPACTO NOS ORÇAMENTOS MUNICIPAIS

No dia 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde – OMS elevou ao status de pandemia, o estado da contaminação causada pelo novo coronavírus (COVID-19), que é uma doença respiratória altamente transmissível e de rápida disseminação geográfica. Desde então, boa parte dos governos do mundo tomaram providências no sentido de criar condições para o enfrentamento da pandemia (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

De acordo com dados da OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021), ao redor do mundo são 630.832.131 (seiscentos e trinta milhões oitocentos e trinta e dois mil cento e trinta e um) casos de confirmados de COVID-19 e 6.584.104 (seis milhões

quinhentos e oitenta e quatro mil cento e quatro) mortes¹. Desde a primeira confirmação oficial de infecção pelo novo coronavírus (COVID-19) no Brasil, ocorrida em 26 de fevereiro de 2020, o país registra a marca de 34.908.198 (trinta e quatro milhões novecentos e oito mil cento e noventa e oito) casos confirmados e 688.656 (seiscentos e oitenta e oito mil seiscentos e cinquenta e seis) mortes com uma taxa de letalidade de 2,0% (dois por cento)², segundo Brasil (2021). A pandemia causada pelo Covid-19 é uma das maiores da história recente da humanidade, pois se trata de uma doença de elevada transmissibilidade e distribuição global, como indicam os números.

Para De Jesus *et al* (2020), o elevado número de infectados e mortos pela doença exigiu medidas urgentes no tocante a área de saúde pública. Amplo acesso a equipamentos de proteção individual, ampliação da rede de atendimento tanto de tratamento intensivo quanto no tratamento ambulatorial e disponibilização de fármacos para tratamento dos efeitos da patologia, bem como leitos de urgência, foram providencias tomadas com vistas a controlar a pandemia.

No caso brasileiro, governos de todas as esferas envidaram esforços para mitigar os impactos da pandemia no cenário nacional. O Ministério da Economia elenca em seu sitio eletrônico, uma página com cerca de 100 (cem) medidas econômicas promovidas pelo Governo Federal, voltadas para a redução dos impactos da Covid-19 (BRASIL, 2020). Ademais, houve também certa falta de coordenação com os governos subnacionais, quais sejam, estados e municípios, porém também se verificou empenho por parte desses entes, no sentido de equipar os sistemas de saúde com novos leitos para atender casos mais graves, compra de equipamentos e materiais necessários para o combate ao flagelo. Em suma, todas as iniciativas somadas orbitam na ordem de 1 trilhão de reais (DE JESUS *et al*, 2020).

É dentro desta perspectiva que se encontram os municípios brasileiros, em especial os setenta e nove municípios do Estado do Mato Grosso do Sul, que são o escopo deste trabalho. Recém egressos do status pandêmico e com a destinação de cerca de 16% dos seus orçamentos totais para a saúde. Assim, a fiscalização da aplicação dos recursos destinados às ações e serviços de saúde pública, coloca os

¹ Números extraídos em 14/11/2022.

² Números extraídos em 14/11/2021, cuja última atualização se deu em 11/11/2022 às 17h40.

conselhos municipais de saúde, na qualidade de controle social, e os Tribunal de Contas, nesse caso especificamente o TCE-MS, como responsável pelo controle externo, numa posição de destaque. Para exercer o seu mister, necessitam de ferramentas e, como contribuição, esse trabalho fornecerá um levantamento do arcabouço jurídico que rege a matéria, para que consigam exercer o fim ao qual se destinam.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva pois os fenômenos serão observados sem a manipulação dos dados. A respeito dos procedimentos, a pesquisa foi documental, uma vez que utilizará documentos oficiais contidos na base de dados do TCE-MS(FIIRST&BEUREN,2021). O método de abordagem do problema será a descrição qualitativa.

A pesquisa é predominantemente descritiva, pois tem por objetivo levantar os pareceres emitidos pelos Conselhos Municipais de Saúde, buscando comparar, estabelecer relações e verificar sua estrutura. Para Gil (2008), pesquisas neste formato visam descrever características de populações, fenômenos ou estabelecer relações entre as variáveis, pois esta pesquisa caracteriza-se por observar, registrar, analisar e ordenar dados sem ou com pouca interferência do pesquisador e, ainda, procura descobrir a recorrência de determinados acontecimentos.

De acordo com Marconi e Lakatos (2003), a pesquisa documental caracteriza-se pela restrição da fonte de dados ao universo de documentos formais, escritos ou não. A autora chama de fontes primárias, que podem ser consultadas ao mesmo tempo que o fato ou fenômeno ocorre, ou em momento posterior. No caso desta pesquisa, os documentos serão analisados em momento posterior ao envio ao banco de dados do TCE-MS. Por força de comando de normativo interno do TCE-MS, os pareceres são enviados junto com as contas de saúde do município até o final de março do ano subsequente ao exercício financeiro que está sendo analisado (MATO GROSSO DO SUL, 2018).

Segundo Galvão (2017), nos métodos qualitativos os resultados não são generalizáveis, porém descrevem detalhadamente fenômenos inseridos em cenários de alta complexidade, focando em aprofundar o exame em poucos indivíduos. Ainda segundo Galvão (2017) a diferença entre o método qualitativo e o método quantitativo reside no fato das pesquisas quantitativas examinarem variáveis generalizáveis por meio de inferências estatísticas, focando em grades amostras. Dessa forma, a compreensão dos processos individuais restaria prejudicada.

Diante do exposto, a decisão pelo método se deu em virtude da impossibilidade de generalização dos resultados, uma vez que o tema está inserido em um cenário

social, econômico e político complexo e específico, com relações contendo particularidades locais, demandas praticamente infinitas na área da saúde e recursos insuficientes para atender a todas as necessidades (GALVÃO,2017).

É vasta a discussão na literatura acerca da possibilidade ou não da generalização dos resultados nas pesquisas qualitativas no campo da Administração. Sousa et al (2017) trazem uma ampla discussão acerca das reflexões sobre os limites e possibilidades da generalização dos resultados na pesquisa qualitativa no campo da Administração. Optou-se por não aprofundar o tema nesta pesquisa pois correria o risco de fuga do escopo e objetivo geral. Sendo assim, sugere-se o aprofundamento dessa parte da discussão para trabalhos futuros.

Godoy (1995a) ensina que pesquisas de abordagem qualitativa envolvem dados descritivos obtidos a partir do contato direto do pesquisador com a situação estudada, para compreender determinada situação na perspectiva dos participantes do estudo. A mesma autora, porém, em trabalho diverso, acrescenta que a pesquisa documental qualitativa o pesquisador deve se ater a três aspectos fundamentais: a escolha, o acesso e a análise dos documentos de onde se originarão os dados a serem analisados. A escolha não pode ocorrer por processos aleatórios, e sim em função de hipóteses ou ideias; as formas e possíveis limitação de acesso aos dados devem ser equacionadas; e quanto a análise, faz-se necessário aplicar um método capaz de desvendar o atingimento do objetivo proposto (GODOY,1995b).

A fundamentação teórica foi realizada por meio da pesquisa bibliográfica, definida como a realização de uma reunião dos principais trabalhos desenvolvidos sobre o tema, com vistas a planificar o estudo (MARCONI & LAKATOS, 2003). A partir de então, foram acessadas as bases de pesquisas que compõem o portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, de modo a entender o estado da arte do assunto, nos temas controle social, conselhos de saúde, avaliação de políticas públicas e requisitos mínimos para pareceres. Utilizou-se no campo assunto as seguintes *strings* de pesquisa: controle *AND* social; *conselhos AND saúde*; *avaliação AND políticas AND públicas* e *requisito AND mínimo AND parecer*. A pesquisa foi parametrizada para selecionar artigos no período compreendido entre o ano de 1995 e 2023.

Os resultados foram filtrados com base na área de atuação, excluindo-se os

alheios as áreas de administração pública e contabilidade e suas subdivisões como controle externo, políticas públicas e gestão pública. O resultado foram 225 artigos selecionados. O portfólio foi saneado a partir da leitura dos títulos combinados com os resumos, finalizando com 45 artigos que compuseram o referencial teórico e a base conceitual do tema.

3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

O delineamento da pesquisa foi de natureza documental. O escopo da pesquisa foi o Estado do Mato Grosso do Sul, cujos setenta e nove municípios estão sob a jurisdição do TCE-MS, havendo, portanto, a possibilidade de obter autorização para acessar os dados. Na sequência, serão levantados os pareceres emitidos pelos setenta e nove Conselhos Municipais de Saúde do Estado do Mato Grosso do Sul acerca das contas de saúde, referentes ao exercício financeiro de 2021, dos seus respectivos municípios.

Para obtenção dos dados, será realizada consulta ao banco de dados do Tribunal de Contas do Estado de Mato Grosso do Sul, mediante autorização prévia. O TCE-MS possui um sistema de trâmite processual, denominado Sistema *e-TCE*, que permite fazer consultas aos documentos que são inseridos no banco de dados pelas entidades jurisdicionadas, por força da Resolução TCE-MS nº 88/2018 (MATO GROSSO DO SUL, 2018). O sistema será acessado e solicitado o *download* de cada um dos setenta e nove pareceres emitidos pelos Conselhos Municipais de Saúde, referentes ao exercício de 2021 e enviados ao TCE-MS. Os pareceres estão anexados aos documentos relacionados com as prestações de contas anuais de saúde dos municípios.

Inicialmente, partindo da base conceitual e do referencial teórico abordado, serão levantadas as principais exigências que o arcabouço jurídico preconiza para Conselhos de Saúde, de modo a estabelecer os requisitos mínimos de avaliação para dos pareceres emitidos por essas entidades, acerca das contas de saúde. O levantamento resultará nos requisitos mínimos para avaliação dos documentos.

Com as exigências do arcabouço jurídico levantadas, chamou-se de requisitos mínimos e construído um roteiro avaliativo com os critérios de conformidade

necessários para balizamento da elaboração do parecer. O roteiro avaliativo e será comparado com os pareceres catalogados, com vistas a verificar a aderência. Aragão disserta acerca da importância do roteiro avaliativo para a efetividade das auditorias, conforme excerto abaixo:

A legislação de contratações públicas rege que os contratos sejam auditados pela Administração Pública, no entanto, não há parâmetros para que seja desenvolvido um roteiro avaliativo que venha atender as necessidades da administração e dos usuários. Porém, a efetividade da auditoria depende da forma na qual a mesma é realizada, sendo que um roteiro bem elaborado tende a ter um resultado mais efetivo (ARAGÃO, 2023, p.16).

Busca-se com isso contribuir para aumento da efetividade da atuação dos Conselhos Municipais de Saúde, aqui entendida como a capacidade de produção de resultados relacionados com o debate, decisão, influência e controle de determinada política pública (CUNHA,2007) e, ainda, avaliar a aderência ao arcabouço jurídico. Em suma, capacidade de cumprir com os fins para os quais foram propostos.

Por fim, de posse dos requisitos levantados a partir do arcabouço jurídico que rege a atuação dos conselhos, será possível propor um referencial de requisitos mínimos e o roteiro de avaliação para balizar a elaboração do parecer padrão, também proposto, com vistas a com as finalidades para as quais foi idealizado pelos legisladores.

3.2 MÉTODO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados se restringiu aos pareceres emitidos pelos Conselhos Municipais de Saúde do Estado do Mato Grosso do Sul, enviados e dispostos no banco de dados do TCE-MS. O método de coleta de dados utilizado foi a pesquisa documental envolvendo documentos externos, quais sejam, os pareceres dos Conselhos Municipais de Saúde acerca das prestações de contas de saúde dos respectivos municípios. Tais documentos compõem os bancos de dados do Tribunal de Contas do Estado do Mato Grosso do Sul, pois fazem parte do rol de documentos exigidos dos municípios jurisdicionados, por meio do Resolução TCE-MS nº 88/2018 (MATO GROSSO DO SUL,2018).

Yin (2001), elencou os pontos fortes de uma pesquisa documental, quais sejam: a sua estabilidade, pois pode ser revisada quantas vezes forem necessárias pelo

próprio pesquisador ou seus pares; ser exata, já que contém todas as informações e referências necessários ao estudo; e ampla cobertura em relação a quantidade de eventos e distinção entre os ambientes. Em contrapartida, o autor também considera alguns pontos francos neste método de coleta de dados, dentre eles: (i) baixa capacidade de recuperação; (ii) seletividade tendenciosa com possibilidade de reflexões preconcebidas por parte do pesquisador e (iii) possibilidade de acesso negado aos dados.

O trabalho se distanciará das fragilidades apontadas por Yin (2001), pois os dados são facilmente recuperáveis, dado que compõem o banco de dados permanente do TCE-MS e poderão ser revisitados por outros pesquisadores. Além disso, serão selecionados a totalidade de pareceres emitidos pelos Conselhos Municipais de Saúde, para o exercício de 2021 e serão comparados com um conjunto de critérios objetivos, afastando assim vieses e tendências esboçados pelo próprio pesquisador. Por fim, os pareceres que servirão de base para esse estudo são públicos, e mesmo estando sob a guarda do TCE-MS, foi autorizada a consulta.

3.3 MÉTODO DE ANÁLISE DOS DADOS

O método de análise de dados definido para os pareceres dos conselhos municipais de saúde, ponto nevrálgico desta pesquisa, foi a Análise de Conteúdo. As contribuições oferecidas por esse método estão presentes em grande parte dos estudos qualitativos realizados no Brasil, conforme afirmam Godim e Bendassoli (2014).

Várias são as definições encontradas na literatura para a análise de conteúdo. Método empírico formado por um conjunto de instrumentos metodológicos, para Bardin (2011). Godoy (1995) define análise de conteúdo como uma técnica aplicável a temas diversos, independente de qual seja a forma de comunicação e o instrumento que lhe dê suporte. Técnica que permite inferências objetivas e práticas acerca de determinado conteúdo, por meio das palavras que o compõem, buscando-se categorizar as unidades repetitivas, definição dada por Ceregnato e Mutti (2006).

Na análise de conteúdo, o exame dos dados é dividido em três fases, quais sejam: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. A primeira

fase consiste em uma organização dos dados. Para tanto, utiliza-se procedimentos como leitura flutuante, hipóteses, objetivos e elaboração de indicadores, de modo a encontrar fundamento para as interpretações que serão geradas. A segunda etapa, exploração do material, momento no qual os dados são codificados e registrados. E, por fim, na etapa tratamento dos resultados, é feita a categorização, classificação de acordo com suas semelhanças ou diferenças, com posterior reagrupamento em função das particularidades comuns (CAREGNATO; MUTTI, 2006).

O uso da análise de conteúdo pressupõe, ainda, a observação de cinco regras: (i) exaustividade, entendida como esgotamento da totalidade do assunto, ou seja, não é permitida nenhuma omissão; (ii) representatividade, que significa dizer que toda a população do estudo deverá ser analisada; (iii) homogeneidade, se refere aos processo e as técnicas de coleta, que devem ser as mesmas para todos os indivíduos da população analisada e, além disso, a análise deve tratar sempre do mesmo tema; (iv) pertinência, no que diz respeito ao tema central da pesquisa. Os dados analisados devem estar adequados ao conteúdo e objetivo da pesquisa; (v) exclusividade, que proíbe a classificação de um elemento em mais de uma categoria (CAMARA, 2013).

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Este capítulo se inicia com uma breve contextualização acerca da organização da fiscalização exercida pelo Tribunal de Contas do Mato Grosso do Sul. O Tribunal de Contas do Estado do Mato Grosso do Sul, tem sede na cidade de Campo Grande, capital do Estado e sua jurisdição abrange todo o território estadual. Anualmente os municípios abrangidos pela jurisdição necessitam enviar suas prestações de contas referentes a cada exercício financeiro (MATO GROSSO DO SUL, 2012).

O detalhamento da prestação de contas que recai sobre cada município é regida pelo documento denominado Manual de Peças Obrigatórias, aprovado pela Resolução TCE-MS n.º 88, de 03 de outubro 2018, que dispõe sobre a remessa de informações, dados, documentos e demonstrativos ao Tribunal de Contas do Estado de Mato Grosso do Sul e dá outras providências (MATO GROSSO DO SUL, 2018). Dentre outras disposições o normativo elenca o rol de documentos de envio obrigatório ao TCE-MS, o prazo para as remessas e os critérios para a organização e apresentação da prestação de contas anual dos administradores e demais responsáveis por qualquer movimentação de ordem contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial envolvendo recursos públicos. Além disso, o normativo traz importantes definições, das quais se destacam o conceito de prestação de contas anuais de gestão e unidade gestora, conforme excertos abaixo:

Prestação de Contas Anuais de Gestão: conjunto de informações individualizadas relativas a uma determinada unidade jurisdicionada (Unidade Gestora), sobre a execução do orçamento e dos atos administrativos correspondentes, passível de julgamento pelo Tribunal de Contas.

Unidade Gestora: a unidade orçamentária ou administrativa investida de poder para gerir créditos orçamentários ou recursos financeiros, próprios ou sob descentralização (MATO GROSSO DO SUL, 2018, p. 4-5).

Com relação aos Fundos Municipais de Saúde, que por força do comando constitucional disposto no ADCT art. 77, § 3º combinado com as definições propostas pelo TCE-MS no seu Manual de Peças, será a unidade gestora dos recursos financeiros destinados às ações e serviços públicos de saúde, cuja fiscalização será acompanhada e fiscalizada pelos Conselhos de Saúde sem prejuízo da atuação do controle interno de cada ente. Sendo assim, o responsável pela ordenação das despesas, no caso dos municípios, geralmente é a pessoa nomeada no cargo de Secretário Municipal de Saúde. Portanto, esse ou figura similar, é o responsável por

enviar a prestação de contas anual do fundo municipal de saúde ao TCE-MS. Finalmente chega-se à exigência do Parecer do Conselho Municipal de Saúde, um dos documentos que compõem a prestação de contas. O TCE-MS exige que o parecer esteja de acordo com a Lei Complementar nº 141/2012 e as disposições do ADCT art. 77, § 3º e certifique mensalmente a regularidade da receita e que as despesas realizadas sejam no âmbito da saúde (MATO GROSSO DO SUL, 2018). Contudo, o TCE-MS não detalha os que o parecer dos Conselhos de Saúde deve abordar, lacuna a qual este trabalho espera preencher.

Para o exercício financeiro referente ao ano de 2021, recorte selecionado para as investigações propostas neste trabalho, foram enviadas as prestações de contas da saúde pelos 79 e nove municípios do Estado de Mato Grosso do Sul. A documentação enviada compõe o banco de dados do TCE-MS. Com o acesso autorizado às informações, foram destacados os Pareceres enviados pelos Conselhos Municipais de Saúde, organizados de acordo com o tamanho das cidades, para as análises e atingimento dos resultados propostos.

A Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2013, em seu artigo 31 traz o seguinte comando:

Art. 31. Os órgãos gestores de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios darão ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, das prestações de contas periódicas da área da saúde, para consulta e apreciação dos cidadãos e de instituições da sociedade, com ênfase no que se refere a:

I - Comprovação do cumprimento do disposto nesta Lei Complementar;

II - Relatório de Gestão do SUS;

III - avaliação do Conselho de Saúde sobre a gestão do SUS no âmbito do respectivo ente da Federação.

Parágrafo único. A transparência e a visibilidade serão asseguradas mediante incentivo à participação popular e realização de audiências públicas, durante o processo de elaboração e discussão do plano de saúde (BRASIL, 2012).

Caso haja interesse e necessidade, os pareceres estarão disponíveis para consulta e revisão em pares, considerando que apesar de possuírem informações sensíveis, não são sigilosas. Inclusive, corrobora com tal afirmação, o excerto da Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2013, destacado acima.

4.1 ARCABOUÇO JURÍDICO-NORMATIVO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

O arcabouço normativo que rege o Sistema Único de Saúde e, por conseguinte os Conselhos de Saúde é bastante amplo e vasto, conforme foi possível analisar no tópico 2.5 Hierarquia das Normas Jurídicas, proposto na Fundamentação teórica desse trabalho. O Quadro 1 retoma o arcabouço jurídico-normativo que regulamenta a atuação dos Conselhos de Saúde. Os normativos apresentados apresentam obrigações de fazer, de fiscalizar e acompanhar visando a correta aplicação dos recursos destinados à saúde pública.

Quadro 1: Arcabouço Jurídico-Normativo atuação dos Conselhos de Saúde

| | Normativo | Descrição e Hierarquia |
|---|--|---|
| 1 | Constituição Federal de 1988 | Carta Constitucional/Lei maior |
| 2 | Lei nº 8.080/1990 | Lei Orgânica da Saúde – Regulamenta o SUS |
| 3 | Lei nº 8.142/1990 | Lei que regulamenta a participação da Comunidade no SUS |
| 4 | Lei Complementar nº 141/2012 | Lei das Finanças das Saúde |
| 5 | Decreto nº 7.508/2011 | Regulamenta a Lei nº 8080/1990 |
| 6 | Resolução Ministério da Saúde nº 453/2012 | Aprovar as seguintes diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde |
| 7 | Cartilha TCU Orientação para Conselheiros de Saúde | Guia prático, de forma a solidificar a formação de Conselheiros |

Fonte: elaborado pelo próprio autor

A partir desse ponto do trabalho serão detalhados os comandos que cada um dos normativos supracitados determina para que os Conselhos executem, fiscalizem ou acompanhem e que servirão de balizamento para a elaboração do referencial mínimo para o Parecer a ser elaborado pelos Conselhos.

4.1.1 Constituição Federal de 1988

A obrigatoriedade do acompanhamento e fiscalização dos recursos destinados às ações e serviços públicos de saúde pelos Conselhos de Saúde é oriundo da Constituição Federal. O comando proposto pela Carta Constitucional está descrito no Quadro 2.

Quadro 2: Comandos da Constituição Federal de 1988

| Fundamento Normativo | Artigo | Texto Constitucional |
|-----------------------------|-------------------------|--|
| CF 88 | ADCT Art. 77 § 3º | § 3º Os recursos dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinados às ações e serviços públicos de saúde e os transferidos pela União para a mesma finalidade serão aplicados por meio de Fundo de Saúde que será acompanhado e fiscalizado por Conselho de Saúde, sem prejuízo do disposto no art. 74 da Constituição Federal. |

Fonte: elaborado pelo próprio autor

Portanto, a CF88 é pedra fundamental da atuação dos conselhos de saúde e da elaboração dos pareceres.

4.1.2 Lei nº 8.080/1990

A Lei nº 8.080/1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, traz os seguintes comandos para os Conselhos de Saúde (Quadro 3):

Quadro 3: Comandos da Lei nº 8.080/1990

| Fundamento Normativo | Artigo | Texto Legal |
|-----------------------------|------------------|--|
| Lei nº 8.080/1990 | Art. 14. A I | I - Decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde; |
| Lei nº 8.080/1990 | Art. 19- H | As populações indígenas terão direito a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tais como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, quando for o caso. |
| Lei nº 8.080/1990 | Art.19- P-III | no âmbito de cada Município, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores municipais do SUS, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada no Conselho Municipal de Saúde. |
| Lei nº 8.080/1990 | Art. 33. | Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde. |
| Lei nº 8.080/1990 | Art. 37 | O Conselho Nacional de Saúde 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. |

Fonte: elaborado pelo próprio autor

O exposto no quadro supracitado são os comandos da Lei nº 8.080/1990 que

balizam a atuação do Conselho Municipal de Saúde e servem de parâmetro para as abordagens que constarão no parecer a ser emitido.

4.1.3 Lei nº 8.142/1990

A Lei nº 8.142/1990, que regulamentou a participação da Comunidade no SUS, traz os seguintes comandos para os Conselhos de Saúde:

Quadro 4: Comandos da Lei nº 8.142/1990

| Fundamento Normativo | Artigo | Texto Legal |
|-----------------------------|-----------------------|--|
| Lei nº 8.142/1990 | Art. 1º § 1º | A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde. |
| Lei nº 8.142/1990 | Art. 1º § 2º | O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. |
| Lei nº 8.142/1990 | Art. 1º § 4º | A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos. |
| Lei nº 8.142/1990 | Art. 1º § 5º | As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho. |
| Lei nº 8.142/1990 | Art. 3º cc Art. 4º II | Os recursos referidos no inciso IV do art. 2º desta lei serão repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal, de acordo com os critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Para receberem os recursos, de que trata o art. 3º desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com: Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990; |

Fonte: elaborado pelo próprio autor

O exposto no quadro supracitado são os comandos da Lei nº 8.142/1990 que balizam a atuação do Conselho Municipal de Saúde e servem de parâmetro para as abordagens que constarão no parecer a ser emitido.

4.1.4 Lei Complementar nº 141/2012

A Lei Complementar nº 141/2012, conhecida como Lei das Finanças da Saúde, traz os seguintes comandos para os Conselhos de Saúde:

Quadro 5: Comandos da Lei Complementar nº 141/2012

| Fundamento Normativo | Artigo | Texto Legal |
|------------------------------|--------------|---|
| Lei Complementar nº 141/2012 | Art. 3º VI | Observadas as disposições do art. 200 da Constituição Federal, do art. 6º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e do art. 2º desta Lei Complementar, para efeito da apuração da aplicação dos recursos mínimos aqui estabelecidos, serão consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde as referentes a: VI saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pelo Conselho de Saúde do ente da Federação financiador da ação e esteja de acordo com as diretrizes das demais determinações previstas nesta Lei Complementar; |
| Lei Complementar nº 141/2012 | Art. 17 § 1º | O Ministério da Saúde definirá e publicará, anualmente, utilizando metodologia pactuada na comissão intergestores tripartite e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, os montantes a serem transferidos a cada Estado, ao Distrito Federal e a cada Município para custeio das ações e serviços públicos de saúde. |
| Lei Complementar nº 141/2012 | Art.17 § 3º | O Poder Executivo, na forma estabelecida no inciso I do caput do art. 9º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, manterá os Conselhos de Saúde e os Tribunais de Contas de cada ente da Federação informados sobre o montante de recursos previsto para transferência da União para Estados, Distrito Federal e Municípios com base no Plano Nacional de Saúde, no termo de compromisso de gestão firmado entre a União, Estados e Municípios. |
| Lei Complementar nº 141/2012 | Art. 19 § 1º | Os Planos Estaduais de Saúde deverão explicitar a metodologia de alocação dos recursos estaduais e a previsão anual de recursos aos Municípios, pactuadas pelos gestores estaduais e municipais, em comissão intergestores bipartite, e aprovadas pelo Conselho Estadual de Saúde. |

Quadro 5: Comandos da Lei Complementar nº 141/2012

| Fundamento Normativo | Artigo | Texto Legal |
|------------------------------|--------------|--|
| Lei Complementar nº 141/2012 | Art.19 § 2º | O Poder Executivo, na forma estabelecida no inciso II do caput do art. 9º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, manterá o respectivo Conselho de Saúde e Tribunal de Contas informados sobre o montante de recursos previsto para transferência do Estado para os Municípios com base no Plano Estadual de Saúde. |
| Lei Complementar nº 141/2012 | Art. 20 | As transferências dos Estados para os Municípios destinadas a financiar ações e serviços públicos de saúde serão realizadas diretamente aos Fundos Municipais de Saúde, de forma regular e automática, em conformidade com os critérios de transferência aprovados pelo respectivo Conselho de Saúde. |
| Lei Complementar nº 141/2012 | Art. 21 | Parágrafo único. A modalidade gerencial referida no caput deverá estar em consonância com os preceitos do Direito Administrativo Público, com os princípios inscritos na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e na Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005, e com as normas do SUS pactuadas na comissão Inter-gestores tripartite e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. |
| Lei Complementar nº 141/2012 | Art. 22 I II | Art. 22. É vedada a exigência de restrição à entrega dos recursos referidos no inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal na modalidade regular e automática prevista nesta Lei Complementar, os quais são considerados transferência obrigatória destinada ao custeio de ações e serviços públicos de saúde no âmbito do SUS, sobre a qual não se aplicam as vedações do inciso X do art. 167 da Constituição Federal e do art. 25 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Parágrafo único. A vedação prevista no caput não impede a União e os Estados de condicionarem a entrega dos recursos: à instituição e ao funcionamento do Fundo e do Conselho de Saúde no âmbito do ente da Federação; e à elaboração do Plano de Saúde. |
| Lei Complementar nº 141/2012 | Art. 30 § 4º | Os órgãos gestores de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios darão ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, das prestações de contas periódicas da área da saúde, para consulta e apreciação dos cidadãos e de instituições da sociedade, com ênfase no que se refere a: Os planos plurianuais, as leis de diretrizes orçamentárias, as leis orçamentárias e os planos de aplicação dos recursos dos fundos de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios serão elaborados de modo a dar cumprimento ao disposto nesta Lei Complementar. Caberá aos Conselhos de Saúde deliberar sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades. |

(Continua)

Quadro 5: Comandos da Lei Complementar nº 141/2012

| Fundamento Normativo | Artigo | Texto Legal |
|------------------------------|---------------|--|
| Lei Complementar nº 141/2012 | Art. 31 III | Os órgãos gestores de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios darão ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, das prestações de contas periódicas da área da saúde, para consulta e apreciação dos cidadãos e de instituições da sociedade, com ênfase no que se refere a: avaliação do Conselho de Saúde sobre a gestão do SUS no âmbito do respectivo ente da Federação. |
| Lei Complementar nº 141/2012 | Art. 36. § 1º | A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão comprovar a observância do disposto neste artigo mediante o envio de Relatório de Gestão ao respectivo Conselho de Saúde, até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira, cabendo ao Conselho emitir parecer conclusivo sobre o cumprimento ou não das normas estatuídas nesta Lei Complementar, ao qual será dada ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, sem prejuízo do disposto nos arts. 56 e 57 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. |
| Lei Complementar nº 141/2012 | Art.36 § 2º | Os entes da Federação deverão encaminhar a programação anual do Plano de Saúde ao respectivo Conselho de Saúde, para aprovação antes da data de encaminhamento da lei de diretrizes orçamentárias do exercício correspondente, à qual será dada ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público. |
| Lei Complementar nº 141/2012 | Art.36 § 3º | Anualmente, os entes da Federação atualizarão o cadastro no Sistema de que trata o art. 39 desta Lei Complementar, com menção às exigências deste artigo, além de indicar a data de aprovação do Relatório de Gestão pelo respectivo Conselho de Saúde |
| Lei Complementar nº 141/2012 | Art.36 § 4º | O Relatório de que trata o caput será elaborado de acordo com modelo padronizado aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, devendo-se adotar modelo simplificado para Municípios com população inferior a 50.000 (cinquenta mil habitantes) |

(Continua)

(Continuação)

Quadro 5: Comandos da Lei Complementar nº 141/2012

| Fundamento Normativo | Artigo | Texto Legal |
|------------------------------|-----------------|--|
| Lei Complementar nº 141/2012 | Art. 38. | O Poder Legislativo, diretamente ou com o auxílio dos Tribunais de Contas, do sistema de auditoria do SUS, do órgão de controle interno e do Conselho de Saúde de cada ente da Federação, sem prejuízo do que dispõe esta Lei Complementar, fiscalizará o cumprimento das normas desta Lei Complementar, com ênfase no que diz respeito: I - à elaboração e execução do Plano de Saúde Plurianual; II - ao cumprimento das metas para a saúde estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias; III - à aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde, observadas as regras previstas nesta Lei Complementar; IV - às transferências dos recursos aos Fundos de Saúde; V - à aplicação dos recursos vinculados ao SUS; VI - à destinação dos recursos obtidos com a alienação de ativos adquiridos com recursos vinculados à saúde |
| Lei Complementar nº 141/2012 | Art. 39 § 5º | O Ministério da Saúde, sempre que verificar o descumprimento das disposições previstas nesta Lei Complementar, dará ciência à direção local do SUS e ao respectivo Conselho de Saúde, bem como aos órgãos de auditoria do SUS, ao Ministério Público e aos órgãos de controle interno e externo do respectivo ente da Federação, observada a origem do recurso para a adoção das medidas cabíveis. |
| Lei Complementar nº 141/2012 | Art. 41. | Os Conselhos de Saúde, no âmbito de suas atribuições, avaliarão a cada quadrimestre o relatório consolidado do resultado da execução orçamentária e financeira no âmbito da saúde e o relatório do gestor da saúde sobre a repercussão da execução desta Lei Complementar nas condições de saúde e na qualidade dos serviços de saúde das populações respectivas e encaminhará ao Chefe do Poder Executivo do respectivo ente da Federação as indicações para que sejam adotadas as medidas corretivas necessárias. |
| Lei Complementar nº 141/2012 | Art. 43 § 1º | A cooperação técnica consiste na implementação de processos de educação na saúde e na transferência de tecnologia visando à operacionalização do sistema eletrônico de que trata o art. 39, bem como na formulação e disponibilização de indicadores para a avaliação da qualidade das ações e serviços públicos de saúde, que deverão ser submetidos à apreciação dos respectivos Conselhos de Saúde. |
| Lei Complementar nº 141/2012 | Art. 44. | No âmbito de cada ente da Federação, o gestor do SUS disponibilizará ao Conselho de Saúde, com prioridade para os representantes dos usuários e dos trabalhadores da saúde, programa permanente de educação na saúde para qualificar sua atuação na formulação de estratégias e assegurar efetivo controle social da execução da política de saúde, em conformidade com o § 2º do art. 1º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. |

Fonte: elaborado pelo próprio autor

O exposto no quadro supracitado são os comandos da Lei Complementar nº

141/2012. A Lei das Finanças da Saúde é o normativo que mais tem atribuições para os conselhos. Sua importância reside na parametrização dos aspectos financeiros, orçamentários e contábeis que balizam a atuação do Conselho Municipal de Saúde.

4.1.5 Decreto nº 7.508/2011

O Decreto nº 7.508/2011, que regulamentou a Lei nº 8.080/1990, traz os seguintes comandos para os Conselhos de Saúde:

Quadro 6: Comandos do Decreto nº 7.508/2011

| Fundamento Normativo | Artigo | Texto Normativo |
|-----------------------------|---------------|---|
| Decreto nº 7.508/2011 | Art. 15 | O processo de planejamento da saúde será ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros. |
| Decreto nº 7.508/2011 | Art.15 § 3º | O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, de acordo com as características epidemiológicas e da organização de serviços nos entes federativos e nas Regiões de Saúde. |
| Decreto nº 7.508/2011 | Art. 32 I | aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, de acordo com a definição da política de saúde dos entes federativos, consubstanciada nos seus planos de saúde, aprovados pelos respectivos conselhos de saúde; |
| Decreto nº 7.508/2011 | Art. 41 | Aos partícipes caberá monitorar e avaliar a execução do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde, em relação ao cumprimento das metas estabelecidas, ao seu desempenho e à aplicação dos recursos disponibilizados. Parágrafo único. Os partícipes incluirão dados sobre o Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde no sistema de informações em saúde organizado pelo Ministério da Saúde e os encaminhará ao respectivo Conselho de Saúde para monitoramento. |

Fonte: elaborado pelo próprio autor

O exposto no quadro supracitado são os comandos do Decreto nº 7.508/2011 que balizam a atuação do Conselho Municipal de Saúde e servem de parâmetro para as abordagens que constarão no parecer a ser emitido.

4.1.6 Resolução Ministério da Saúde nº453/2012

A Resolução nº 453/2012, do Ministério da Saúde, que aprovou as diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde, traz os seguintes comandos:

Quadro 7: Comandos da Resolução Ministério da Saúde nº453/2012

| Fundamento Normativo | Artigo | Texto Normativo |
|----------------------|-------------------|---|
| Resolução nº453/2012 | Segunda Diretriz | A instituição dos Conselhos de Saúde é estabelecida por lei federal, estadual, do Distrito Federal e municipal, obedecida a Lei no 8.142/90. Parágrafo único. Na instituição e reformulação dos Conselhos de Saúde o Poder Executivo, respeitando os princípios da democracia, deverá acolher as demandas da população aprovadas nas Conferências de Saúde, e em consonância com a legislação. |
| Resolução nº453/2012 | Terceira Diretriz | I - O número de conselheiros será definido pelos Conselhos de Saúde e constituído em lei. II - Mantendo o que propôs as Resoluções nos 33/92 e 333/03 do CNS e consoante com as Recomendações da 10a e 11a Conferências Nacionais de Saúde, as vagas deverão ser distribuídas da seguinte forma: a) 50% de entidades e movimentos representativos de usuários; b)25% de entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde; c)25% de representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos. |

(Continua)

Quadro 7: Comandos da Resolução Ministério da Saúde nº453/2012

| Fundamento Normativo | Artigo | Texto Normativo |
|----------------------|-----------------|---|
| Resolução nº453/2012 | Quarta Diretriz | <p>as três esferas de Governo garantirão autonomia administrativa para o pleno funcionamento do Conselho de Saúde, dotação orçamentária, autonomia financeira e organização da secretaria-executiva com a necessária infraestrutura e apoio técnico:</p> <p>I - cabe ao Conselho de Saúde deliberar em relação à sua estrutura administrativa e o quadro de pessoal;</p> <p>II - o Conselho de Saúde contará com uma secretaria-executiva coordenada por pessoa preparada para a função, para o suporte técnico e administrativo, subordinada ao Plenário do Conselho de Saúde, que definirá sua estrutura e dimensão;</p> <p>III - o Conselho de Saúde decide sobre o seu orçamento;</p> <p>IV - o Plenário do Conselho de Saúde se reunirá, no mínimo, a cada mês e, extraordinariamente, quando necessário, e terá como base o seu Regimento Interno. A pauta e o material de apoio às reuniões devem ser encaminhados aos conselheiros com antecedência mínima de 10 (dez) dias;</p> <p>V - as reuniões plenárias dos Conselhos de Saúde são abertas ao público e deverão acontecer em espaços e horários que possibilitem a participação da sociedade;</p> <p>VI - o Conselho de Saúde exerce suas atribuições mediante o funcionamento do Plenário, que, além das comissões intersetoriais, estabelecidas na Lei no 8.080/90, instalará outras comissões intersetoriais e grupos de trabalho de conselheiros para ações transitórias. As comissões poderão contar com integrantes não conselheiros;</p> <p>VII - o Conselho de Saúde constituirá uma Mesa Diretora eleita em Plenário, respeitando a paridade expressa nesta Resolução;</p> <p>VIII - as decisões do Conselho de Saúde serão adotadas mediante quórum mínimo (metade mais um) dos seus integrantes, ressalvados os casos regimentais nos quais se exija quórum especial, ou maioria qualificada de votos;</p> |

(Continua)

Quadro 7: Comandos da Resolução Ministério da Saúde nº453/2012

| Fundamento Normativo | Artigo | Texto Normativo |
|----------------------|-----------------|---|
| Resolução nº453/2012 | Quinta Diretriz | <p>I - fortalecer a participação e o Controle Social no SUS, mobilizar e articular a sociedade de forma permanente na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS;</p> <p>II - elaborar o Regimento Interno do Conselho e outras normas de funcionamento;</p> <p>III - discutir, elaborar e aprovar propostas de operacionalização das diretrizes aprovadas pelas Conferências de Saúde;</p> <p>IV - atuar na formulação e no controle da execução da política de saúde, incluindo os seus aspectos econômicos e financeiros, e propor estratégias para a sua aplicação aos setores público e privado;</p> <p>V - definir diretrizes para elaboração dos planos de saúde e deliberar sobre o seu conteúdo, conforme as diversas situações epidemiológicas e a capacidade organizacional dos serviços;</p> <p>VI - anualmente deliberar sobre a aprovação ou não do relatório de gestão;</p> <p>VII - estabelecer estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados, a exemplo dos de seguridade social, meio ambiente, justiça, educação, trabalho, agricultura, idosos, criança e adolescente e outros;</p> <p>VIII - proceder à revisão periódica dos planos de saúde;</p> <p>IX - deliberar sobre os programas de saúde e aprovar projetos a serem encaminhados ao Poder Legislativo, propor a adoção de critérios definidores de qualidade e resolutividade, atualizando-os face ao processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos na área da Saúde;</p> <p>X - a cada quadrimestre deverá constar dos itens da pauta o pronunciamento do gestor, das respectivas esferas de governo, para que faça a prestação de contas, em relatório detalhado, sobre andamento do plano de saúde, agenda da saúde pactuada, relatório de gestão, dados sobre o montante e a forma de aplicação dos recursos, as auditorias iniciadas e concluídas no período, bem como a produção e a oferta de serviços na rede assistencial própria, contratada ou conveniada, de acordo com a Lei Complementar no 141/2012.</p> |

Fonte: elaborado pelo próprio autor

O quadro acima detalha os comandos da Resolução nº 453/2012 balizam a atuação do Conselho Municipal de Saúde. O referido normativo tem por objetivo fortalecer a participação da comunidade na gestão das políticas públicas de saúde e oportunizou a inserção ativa de sujeitos no contexto da promoção da saúde (LIMA & LOHRA, 2017). Ademais, traz o detalhamento do funcionamento e da operacionalização dos Conselhos de Saúde.

4.1.7 Cartilha TCU Orientação para Conselheiros de Saúde

Por fim, da Cartilha de Orientação para Conselheiros de Saúde, elaborada pelo TCU, traz também interessantes comandos que sevem de guia para operacionalização dos Conselhos de Saúde.

Quadro 8: Comandos da Cartilha de Orientação para Conselheiros de Saúde

| Fundamento | Tópico | Texto Orientativo |
|-------------------|--------------------------------|---|
| Cartilha TCU | Fundo Municipal de Saúde (FMS) | <p>verificar se os recursos estão sendo repassados pelos três níveis de Governo (Federal, Estadual e Municipal) de acordo com o Plano de Saúde;</p> <p>acompanhar a aplicação dos recursos do Fundo Municipal de Saúde, verificando documentos contábeis, principalmente notas fiscais e recibos.</p> <p>verificar se existem contas bancárias específicas para a movimentação dos recursos do fundo</p> |
| | Secretaria de Saúde | conhecer quais são as ações de prevenção em saúde que estão sendo executadas no município |
| | Convênios | <p>analisar plano de trabalho;</p> <p>acompanhar se o cronograma físico financeiro está sendo cumprido e se os gastos estão sendo realizados de acordo com o programado;</p> <p>verificar se o dinheiro do convênio está sendo movimentado em uma só conta corrente (a legislação sobre convênio obriga que seja assim);</p> <p>verificar se a Secretaria de Saúde está aplicando sua contrapartida (pagamentos de despesas do convênio feitos com dinheiro do município ou estado);</p> <p>fazer a conciliação bancária das despesas: verificar notas fiscais e recibos para assegurar que o dinheiro do convênio está sendo gasto somente com o objeto do convênio e conferir extratos bancários da conta corrente do convênio para checar se os valores lançados coincidem com os valores das notas/recibos;</p> <p>lembrar que o dinheiro repassado por meio de convênio não pode ser utilizado para finalidade diferente daquela que foi combinada</p> |

(Continua)

(Continuação)

Quadro 8: Comandos da Cartilha de Orientação para Conselheiros de Saúde

| Fundamento Normativo | Artigo | Texto Normativo |
|----------------------|-----------------------------|--|
| | Unidades de Saúde/Hospitais | <p>visitar periodicamente todas as unidades de saúde públicas e conveniadas, juntamente com funcionários da Vigilância Sanitária (municipal e estadual);</p> <p>conversar com usuários, trabalhadores de saúde e direção da Unidade para conhecer os problemas e para saber a opinião deles sobre a qualidade dos serviços;</p> <p>acompanhar os serviços em todas as unidades de saúde públicas e conveniadas, observando: o cumprimento de horários pelos funcionários, a qualidade do atendimento (cordialidade, tempo de espera, emissão dos resultados) e as condições de acesso por parte dos usuários, propondo sugestões para simplificação e melhoria do atendimento; quantos atendimentos são realizados mensalmente na unidade; quais as especialidades consultadas e o número de consultas por especialidade; quantos leitos hospitalares da rede pública e particular/conveniada com o SUS existem nos municípios e qual é a procura por esses leitos; em quais casos os pacientes são direcionados para outro municípios; para tratamento e para quais cidades vão; existência de transporte da Prefeitura para transportar esses pacientes para outras cidades;</p> |
| Cartilha TCU | Medicamentos | <p>visitar o local de armazenagem dos medicamentos, observando: o estoque de vacinas ou recibo de compra de vacinas e o número de crianças vacinadas;</p> <p>quais medicamentos estão em falta, há quanto tempo, o motivo para estarem em falta e a previsão de solução do problema;</p> <p>acompanhar a entrada das compras no almoxarifado da Secretaria de Saúde e também a saída dos materiais e o consumo nas unidades de saúde; De vez em quando, solicitar o controle de estoque e proceder a contagem das mercadorias estocadas, verificando se o controle eletrônico reflete o estoque físico;</p> <p>verificar as condições de armazenamento e as datas de validade dos produtos; confrontar o estoque com a média de consumo para verificar se a quantidade de produtos estocados é suficiente ou exagerada, evitando sua falta ou compras desnecessárias</p> |
| | Licitações e Contratos | <p>verificar se a Secretaria de Saúde realiza licitações regularmente;</p> <p>checar se foi dada publicidade à licitação, ou seja, se foi divulgada através dos meios de comunicação;</p> <p>verificar se o preço contratado está de acordo com o preço praticado para o mesmo produto/serviço na sua região (preço de mercado);</p> |

| | | |
|--|---|--|
| | | <p>verificar se há a participação de poucas empresas nas licitações e se sempre as mesmas empresas são vencedoras (o certo é que empresas diferentes participem das licitações, e, por consequência, em licitações diferentes, empresas diferentes devem vencer a licitação);</p> <p>Verificar se as empresas que participam da licitação têm boa reputação e se de fato existem; É interessante que o conselho presencie a entrega das compras para ter certeza que os produtos serão entregues de acordo com o que foi contratado;</p> <p>o conselho deve pedir justificativas da Secretaria de Saúde sempre que não for realizada licitação para contratação de produtos/serviços (a Lei de Licitações permite que, em alguns casos, não se faça a licitação);</p> <p>verificar se a Secretaria de Saúde está realizando várias compras pequenas para não precisar licitar (fracionamento indevido das compras) quando poderia realizar uma compra maior, com maior economia para a Administração, por meio de um processo licitatório;</p> <p>procurar saber se há algum indício de que a contratação não será, de fato, a mais vantajosa para a administração pública (em termos de preço, de qualidade e quantidade do item, da forma de aquisição etc.); verificar se há, de alguma forma, o favorecimento de um dos concorrentes, em prejuízo de outro, ou se a licitação foi conduzida de modo a direcionar a vitória a determinado participante.</p> |
| | Obras | participar do planejamento da localização das obras (hospitais/unidades de saúde) a serem construídas; quando a obra for entregue, verificar se está de acordo com o que foi planejado e se atende às necessidades da população. |
| | Credenciamento ao SUS de novos serviços e Unidades de Saúde | conhecer os serviços/unidades que irão ser conveniados ao SUS, a proposta dessas unidades e a qualidade dos serviços ali prestados; aprovar os credenciamentos (o conselho precisa aprovar o credenciamento para que ele possa ser efetivado); |
| | Contratação de pessoal | visitar unidades para saber se os funcionários cumprem o horário de trabalho previsto; |
| | | confrontar folha de pagamento das unidades com o número de funcionários que realmente trabalham na unidade (folha de ponto); |
| | | verificar se as especialidades profissionais contratadas atendem realmente às necessidades da unidade de saúde. |

Fonte: elaborado pelo próprio autor

O quadro acima elenca as boas práticas sugeridas pelo Tribunal de Contas da União (TCU) no sentido de orientar a atuação dos Conselhos de Saúde, servindo de importante ferramenta pedagógica para auxiliar o cumprimento da missão que lhes foi

atribuída.

Importante frisar que o documento emitido pelo TCU não tem caráter normativo, servindo apenas de guia e reforçando o caráter pedagógico daquele órgão.

4.2 REFERENCIAL MÍNIMO PARA O PARECER DOS CONSELHOS

De conhecimento de todo o arcabouço jurídico normativo que rege a formulação e operacionalização dos Conselhos de Saúde, foi possível elaborar um referencial mínimo, que é um resumo das principais atribuições específicas, dadas pela legislação aos conselhos, conforme apresentado no Quadro 9:

Quadro 9: Referencial Mínimo para o parecer dos Conselhos Municipais de Saúde

| Fundamento Normativo | Artigo | Texto Legal |
|-----------------------------|---------------|--|
| Lei nº 8.080/1990 | Art. 14. A I | I - decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde; |
| Lei nº 8.080/1990 | Art.19-P-III | no âmbito de cada Município, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores municipais do SUS, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada no Conselho Municipal de Saúde. |
| Lei nº 8.080/1990 | Art. 33. | Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde. |
| Lei nº 8.142/1990 | Art. 1º § 1º | A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde. |

(Continua)

Quadro 9: Referencial Mínimo para o parecer dos Conselhos Municipais de Saúde

| Fundamento Normativo | Artigo | Texto Normativo |
|------------------------------|--------------------------|---|
| Lei nº 8.142/1990 | Art. 3º cc Art. 4º II | Os recursos referidos no inciso IV do art. 2º desta lei serão repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal, de acordo com os critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Para receberem os recursos, de que trata o art. 3º desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com: Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990; |
| Lei Complementar nº 141/2012 | Art. 3º VI | Observadas as disposições do art. 200 da Constituição Federal, do art. 6º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e do art. 2º desta Lei Complementar, para efeito da apuração da aplicação dos recursos mínimos aqui estabelecidos, serão consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde as referentes a: VI saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pelo Conselho de Saúde do ente da Federação financiador da ação e esteja de acordo com as diretrizes das demais determinações previstas nesta Lei Complementar; |
| Lei Complementar nº 141/2012 | Art.17 § 3º | O Poder Executivo, na forma estabelecida no inciso I do caput do art. 9º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, manterá os Conselhos de Saúde e os Tribunais de Contas de cada ente da Federação informados sobre o montante de recursos previsto para transferência da União para Estados, Distrito Federal e Municípios com base no Plano Nacional de Saúde, no termo de compromisso de gestão firmado entre a União, Estados e Municípios. |
| Lei Complementar nº 141/2012 | Art. 19 § 1º | Os Planos Estaduais de Saúde deverão explicitar a metodologia de alocação dos recursos estaduais e a previsão anual de recursos aos Municípios, pactuadas pelos gestores estaduais e municipais, em comissão intergestores bipartite, e aprovadas pelo Conselho Estadual de Saúde. |
| Lei Complementar nº 141/2012 | Art.19 § 2º | O Poder Executivo, na forma estabelecida no inciso II do caput do art. 9º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, manterá o respectivo Conselho de Saúde e Tribunal de Contas informados sobre o montante de recursos previsto para transferência do Estado para os Municípios com base no Plano Estadual de Saúde. |
| Lei Complementar nº 141/2012 | Art. 20 | As transferências dos Estados para os Municípios destinadas a financiar ações e serviços públicos de saúde serão realizadas diretamente aos Fundos Municipais de Saúde, de forma regular e automática, em conformidade com os critérios de transferência aprovados pelo respectivo Conselho de Saúde. |
| Lei Complementar nº 141/2012 | Art. 21 | Parágrafo único. A modalidade gerencial referida no caput deverá estar em consonância com os preceitos do Direito Administrativo Público, com os princípios inscritos na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e na Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005, e com as normas do SUS pactuadas na comissão intergestores tripartite e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. |

Quadro 9: Referencial Mínimo para o parecer dos Conselhos Municipais de Saúde

| Fundamento Normativo | Artigo | Texto Normativo |
|------------------------------|------------------|--|
| Lei Complementar nº 141/2012 | Art. 30 § 4º | Os órgãos gestores de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios darão ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, das prestações de contas periódicas da área da saúde, para consulta e apreciação dos cidadãos e de instituições da sociedade, com ênfase no que se refere a: Os planos plurianuais, as leis de diretrizes orçamentárias, as leis orçamentárias e os planos de aplicação dos recursos dos fundos de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios serão elaborados de modo a dar cumprimento ao disposto nesta Lei Complementar. Caberá aos Conselhos de Saúde deliberar sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades. |
| Lei Complementar nº 141/2012 | Art. 31 III | Os órgãos gestores de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios darão ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, das prestações de contas periódicas da área da saúde, para consulta e apreciação dos cidadãos e de instituições da sociedade, com ênfase no que se refere a: avaliação do Conselho de Saúde sobre a gestão do SUS no âmbito do respectivo ente da Federação |
| Lei Complementar nº 141/2012 | Art. 36. § 1º | A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão comprovar a observância do disposto neste artigo mediante o envio de Relatório de Gestão ao respectivo Conselho de Saúde, até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira, cabendo ao Conselho emitir parecer conclusivo sobre o cumprimento ou não das normas estatuídas nesta Lei Complementar, ao qual será dada ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, sem prejuízo do disposto nos arts. 56 e 57 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. |
| Lei Complementar nº 141/2012 | Art.36 § 2º | Os entes da Federação deverão encaminhar a programação anual do Plano de Saúde ao respectivo Conselho de Saúde, para aprovação antes da data de encaminhamento da lei de diretrizes orçamentárias do exercício correspondente, à qual será dada ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público. |
| Lei Complementar nº 141/2012 | Art. 38. | O Poder Legislativo, diretamente ou com o auxílio dos Tribunais de Contas, do sistema de auditoria do SUS, do órgão de controle interno e do Conselho de Saúde de cada ente da Federação, sem prejuízo do que dispõe esta Lei Complementar, fiscalizará o cumprimento das normas desta Lei Complementar, com ênfase no que diz respeito: I - à elaboração e execução do Plano de Saúde Plurianual; II - ao cumprimento das metas para a saúde estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias; III - à aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde, observadas as regras previstas nesta Lei Complementar; IV - às transferências dos recursos aos Fundos de Saúde; V - à aplicação dos recursos vinculados ao SUS; VI - à destinação dos recursos obtidos com a alienação de ativos adquiridos com recursos vinculados à saúde. |

Quadro 9: Referencial Mínimo para o parecer dos Conselhos Municipais de Saúde

| Fundamento Normativo | Artigo | Texto Normativo |
|------------------------------|-------------------|---|
| Lei Complementar nº 141/2012 | Art. 41. | Os Conselhos de Saúde, no âmbito de suas atribuições, avaliarão a cada quadrimestre o relatório consolidado do resultado da execução orçamentária e financeira no âmbito da saúde e o relatório do gestor da saúde sobre a repercussão da execução desta Lei Complementar nas condições de saúde e na qualidade dos serviços de saúde das populações respectivas e encaminhará ao Chefe do Poder Executivo do respectivo ente da Federação as indicações para que sejam adotadas as medidas corretivas necessárias. |
| Lei Complementar nº 141/2012 | Art. 44. | No âmbito de cada ente da Federação, o gestor do SUS disponibilizará ao Conselho de Saúde, com prioridade para os representantes dos usuários e dos trabalhadores da saúde, programa permanente de educação na saúde para qualificar sua atuação na formulação de estratégias e assegurar efetivo controle social da execução da política de saúde, em conformidade com o § 2º do art. 1º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. |
| Resolução nº 453/2012 | Terceira Diretriz | <p>I - O número de conselheiros será definido pelos Conselhos de Saúde e constituído em lei.</p> <p>II - Mantendo o que propôs as Resoluções nos 33/92 e 333/03 do CNS e consoante com as Recomendações da 10a e 11a Conferências Nacionais de Saúde, as vagas deverão ser distribuídas da seguinte forma:</p> <p>a) 50% de entidades e movimentos representativos de usuários; b) 25% de entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde;</p> <p>c) 25% de representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos.</p> |

Quadro 9.4: continuação: Referencial Mínimo para o parecer dos Conselhos Municipais de Saúde

| Fundamento Normativo | Artigo | Texto Normativo |
|-----------------------|-----------------|---|
| Resolução nº 453/2012 | Quarta Diretriz | <p>As três esferas de Governo garantirão autonomia administrativa para o pleno funcionamento do Conselho de Saúde, dotação orçamentária, autonomia financeira e organização da secretaria-executiva com a necessária infraestrutura e apoio técnico:</p> <p>I - cabe ao Conselho de Saúde deliberar em relação à sua estrutura administrativa e o quadro de pessoal;</p> <p>II - o Conselho de Saúde contará com uma secretaria-executiva coordenada por pessoa preparada para a função, para o suporte técnico e administrativo, subordinada ao Plenário do Conselho de Saúde, que definirá sua estrutura e dimensão;</p> <p>III - o Conselho de Saúde decide sobre o seu orçamento;</p> <p>IV - o Plenário do Conselho de Saúde se reunirá, no mínimo, a cada mês e, extraordinariamente, quando necessário, e terá como base o seu Regimento Interno. A pauta e o material de apoio às reuniões devem ser encaminhados aos conselheiros com antecedência mínima de 10 (dez) dias;</p> <p>V - as reuniões plenárias dos Conselhos de Saúde são abertas ao público e deverão acontecer em espaços e horários que possibilitem a participação da sociedade;</p> <p>VI - o Conselho de Saúde exerce suas atribuições mediante o funcionamento do Plenário, que, além das comissões intersetoriais, estabelecidas na Lei no 8.080/90, instalará outras comissões intersetoriais e grupos de trabalho de conselheiros para ações transitórias. As comissões poderão contar com integrantes não conselheiros;</p> <p>VII - o Conselho de Saúde constituirá uma Mesa Diretora eleita em Plenário, respeitando a paridade expressa nesta Resolução;</p> <p>VIII - as decisões do Conselho de Saúde serão adotadas mediante quórum mínimo (metade mais um) dos seus integrantes, ressalvados os casos regimentais nos quais se exija quórum especial, ou maioria qualificada de votos;</p> |

Quadro 9.5: continuação: Referencial Mínimo para o parecer dos Conselhos Municipais de Saúde

| Fundamento Normativo | Artigo | Texto Normativo |
|----------------------|-----------------|---|
| Resolução nº453/2012 | Quinta Diretriz | <p>I - fortalecer a participação e o Controle Social no SUS, mobilizar e articular a sociedade de forma permanente na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS;</p> <p>II - elaborar o Regimento Interno do Conselho e outras normas de funcionamento;</p> <p>III - discutir, elaborar e aprovar propostas de operacionalização das diretrizes aprovadas pelas Conferências de Saúde;</p> <p>IV - atuar na formulação e no controle da execução da política de saúde, incluindo os seus aspectos econômicos e financeiros, e propor estratégias para a sua aplicação aos setores público e privado;</p> <p>V - definir diretrizes para elaboração dos planos de saúde e deliberar sobre o seu conteúdo, conforme as diversas situações epidemiológicas e a capacidade organizacional dos serviços;</p> <p>VI - anualmente deliberar sobre a aprovação ou não do relatório de gestão;</p> <p>VII - estabelecer estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados, a exemplo dos de seguridade social, meio ambiente, justiça, educação, trabalho, agricultura, idosos, criança e adolescente e outros;</p> <p>VIII - proceder à revisão periódica dos planos de saúde;</p> <p>IX - deliberar sobre os programas de saúde e aprovar projetos a serem encaminhados ao Poder Legislativo, propor a adoção de critérios definidores de qualidade e resolutividade, atualizando-os face ao processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos na área da Saúde;</p> <p>X - a cada quadrimestre deverá constar dos itens da pauta o pronunciamento do gestor, das respectivas esferas de governo, para que faça a prestação de contas, em relatório detalhado, sobre andamento do plano de saúde, agenda da saúde pactuada, relatório de gestão, dados sobre o montante e a forma de aplicação dos recursos, as auditorias iniciadas e concluídas no período, bem como a produção e a oferta de serviços na rede assistencial própria, contratada ou conveniada, de acordo com a Lei Complementar no 141/2012.</p> |

Fonte: elaborado pelo próprio autor

O exposto no quadro supracitado é uma síntese do que um Conselho Municipal de Saúde deve abordar para balizar sua atuação e parametrizar as abordagens que constarão no parecer a ser emitido. O referencial mínimo proposto não limita, tampouco desencoraja a utilização de outros testes baseados nos demais critérios normativos aplicáveis e apresentados no item 5.1 do Arcabouço Jurídico-Normativo dos Conselhos de Saúde. Portanto, não há prejuízo na utilização de outras

abordagens também previstas na legislação ou em outros dispositivos como, por exemplo, a Cartilha de Orientação para Conselheiros de Saúde do Tribunal de Contas da União. O material do TCU não entrou na lista dos requisitos mínimos, por não ser de aplicação obrigatória, porém exerce um interessante direcionamento para a atuação dos Conselhos Municipais de Saúde e também pode ser utilizado.

4.3 ROTEIRO AVALIATIVO PARA PARAMETRIZAÇÃO DO PARECER DO CMS

De posse do referencial mínimo que rege a atuação dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS), disposto no tópico anterior, foi possível criar um roteiro avaliativo para parametrização do Parecer do CMS, que vai nortear a atuação dos conselheiros no sentido de elaborar um parecer que atenda a todos os anseios que os legisladores desejavam para os Conselhos de Saúde. Além disso, com o roteiro proposto será possível preencher o modelo de parecer padrão proposto neste trabalho. De posse do roteiro avaliativo também será possível direcionar as capacitações aplicadas aos conselheiros de saúde, melhorando a atuação e tornando os pareceres mais relevantes e capazes de contribuir com o controle os recursos destinados a saúde pública.

O Quadro 10, abaixo, traz as questões do Roteiro Avaliativo para Aplicação do Referencial Mínimo para elaboração do Parecer dos Conselhos Municipais de Saúde:

Quadro 10: Roteiro Avaliativo para Aplicação do Referencial Mínimo Para Elaboração do Parecer dos Conselhos Municipais de Saúde

| | CRITÉRIO AVALIATIVO | Resposta | | |
|--|--|----------|-----|---------------|
| | | Sim | Não | Não se Aplica |
| DA LEI Nº 8.080/1990 | | | | |
| 1. | O Conselho Municipal de Saúde aprovou a política consubstanciada no Plano de Saúde do Município? | | | |
| 2. | O Conselho Municipal de Saúde participou da pactuação e da responsabilização pelo fornecimento de medicamentos? | | | |
| 3. | Os recursos financeiros do SUS foram depositados em conta especial e o Conselho acompanhou a movimentação da conta? | | | |
| DA LEI Nº 8.142/1990 | | | | |
| 4. | O Conselho Municipal de Saúde tem composição paritária que habilita o Município a receber recursos do Fundo Nacional de Saúde? | | | |
| DA LEI COMPLEMENTAR Nº 141/2012 | | | | |
| 5. | O Conselho Municipal de Saúde aprovou as ações e serviços públicos de saúde referentes a saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades? | | | |

| | | | | |
|-----|---|--|--|--|
| 6. | O Conselho Municipal de Saúde recebeu informações sobre o montante de recursos previstos para transferência da União para o município, com base Plano Nacional de Saúde? | | | |
| 7. | O Conselho Municipal de Saúde aprovou a metodologia explicitada no Plano Estadual de Saúde, acerca da alocação dos recursos estaduais e a previsão anual de recursos aos Municípios, pactuadas pelos gestores estaduais e municipais, em comissão intergestores bipartite? | | | |
| 8. | O Conselho Municipal de Saúde recebeu informações sobre o montante de recursos previstos para transferência do Estado para o município, com base Plano Estadual de Saúde? | | | |
| 9. | O Conselho Municipal de Saúde aprovou os critérios de transferência dos Estados para o Município destinadas a financiar ações e serviços públicos de saúde? | | | |
| 10. | Existem Consórcios ou outras formas de cooperativismo para a execução conjunta de ações e serviços de saúde e cumprimento da diretriz constitucional de regionalização e hierarquização da rede de serviços? | | | |
| 11. | Em caso positivo houve remanejamento de parcelas dos recursos do Fundo de Saúde? | | | |
| 12. | O Conselho Municipal de Saúde aprovou a modalidade gerencial pactuada entre os envolvidos? | | | |
| 13. | O Conselho Municipal de Saúde deliberou sobre o estabelecimento de prioridades do plano plurianual, as leis de diretrizes orçamentárias, as leis orçamentárias e os planos de aplicação dos recursos do fundo municipal de saúde? | | | |
| 14. | O órgão gestor de saúde do Município dá ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, das prestações de contas periódicas da área da saúde, para consulta e apreciação dos cidadãos e de instituições da sociedade? | | | |
| 15. | O órgão gestor de saúde do Município dá ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, das prestações de contas periódicas da área da saúde, para consulta e apreciação dos cidadãos e de instituições da sociedade, com ênfase no que se refere a: avaliação do Conselho de Saúde sobre a gestão do SUS no Município? | | | |
| 16. | O órgão gestor de saúde do Município envia o Relatório de Gestão ao Conselho Municipal de Saúde, até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira? | | | |
| 17. | O Conselho Municipal de Saúde opinou sobre o cumprimento ou não das normas estatuídas Lei Complementar nº 141/2012? | | | |
| 18. | O órgão gestor de saúde do Município encaminhou a programação anual do Plano de Saúde ao Conselho Municipal de Saúde, para aprovação antes da data de encaminhamento da lei de diretrizes orçamentárias do exercício correspondente? | | | |
| 19. | O órgão gestor de saúde do Município deu ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, ao Plano de Saúde Municipal? | | | |
| 20. | O Conselho Municipal de Saúde fiscalizou: A elaboração e execução do Plano de Saúde Plurianual; | | | |
| 21. | O Conselho Municipal de Saúde fiscalizou: O cumprimento das metas para a saúde estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias; | | | |
| 22. | O Conselho Municipal de Saúde fiscalizou: A aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde, observadas as regras previstas na Lei Complementar nº141/2012; | | | |
| 23. | O Conselho Municipal de Saúde fiscalizou: As transferências dos recursos aos Fundos de Saúde; | | | |
| 24. | O Conselho Municipal de Saúde fiscalizou: A aplicação dos recursos vinculados ao SUS; | | | |

Quadro 10: Roteiro Avaliativo para Aplicação do Referencial Mínimo Para Elaboração do Parecer dos Conselhos Municipais de Saúde

| Nº | Critério Avaliativo | Resposta | | |
|--|--|----------|-----|---------------|
| | | Sim | Não | Não se aplica |
| 1. | O Conselho Municipal de Saúde fiscalizou: A destinação dos recursos obtidos com a alienação de ativos adquiridos com recursos vinculados à saúde. | | | |
| 2. | O Conselho Municipal de Saúde avaliou o relatório consolidado do resultado da execução orçamentária e financeira no âmbito da saúde e o relatório do gestor da saúde sobre a repercussão da execução da Lei Complementar nº141/2012, nas condições de saúde e na qualidade dos serviços de saúde das populações respectivas? | | | |
| 3. | O Conselho Municipal de Saúde encaminhou ao Chefe do Poder Executivo as indicações para que sejam adotadas as medidas corretivas necessárias para o cumprimento da pergunta 26? | | | |
| 4. | O órgão gestor de saúde do Município disponibilizou programa permanente de educação na saúde para qualificar sua atuação na formulação de estratégias e assegurar efetivo controle social da execução da política de saúde? | | | |
| DA RESOLUÇÃO MINISTÉRIO DA SAÚDE Nº453/2012 | | | | |
| 5. | O número de conselheiros foi definido pelo próprio Conselho Municipal de Saúde? | | | |
| 6. | O número de conselheiros foi instituído em Lei? | | | |
| 7. | As vagas de conselheiro estão distribuídas de acordo com a paridade propostas na Resolução nº453/2012 | | | |
| 8. | O Conselho Municipal de Saúde possui autonomia financeira e administrativa, dotação orçamentária e secretaria executiva com infraestrutura necessária? | | | |
| 9. | O órgão gestor de saúde do Município acolhe as demandas da população aprovadas nas Conferências de Saúde? | | | |
| 10. | O Conselho Municipal de Saúde discutiu, elaborou e aprovou as propostas de operacionalização das diretrizes aprovadas pelas Conferências de Saúde? | | | |
| 11. | O Conselho Municipal de Saúde atuou na formulação e no controle da execução da política de saúde, incluindo os seus aspectos econômicos e financeiros, e propor estratégias para a sua aplicação aos setores público e privado? | | | |
| 12. | O Conselho Municipal de Saúde definiu diretrizes para elaboração dos planos de saúde e deliberar sobre o seu conteúdo, conforme as diversas situações epidemiológicas e a capacidade organizacional dos serviços? | | | |
| 13. | O Conselho Municipal de Saúde estabeleceu estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do SUS? | | | |

A partir das respostas obtidas com a aplicação do roteiro avaliativo para aplicação do referencial mínimo para elaboração do parecer dos Conselhos

Municipais de Saúde será possível preencher as lacunas do modelo de Parecer do Conselho Municipal de Saúde, proposto no Quadro 12, a seguir:

Quadro 11: Modelo de Parecer do Conselho Municipal de Saúde

| Parecer do Conselho Municipal de Saúde do Município de XXXXX | | |
|---|--|---|
| 1.INTRODUÇÃO | | |
| <p>O Conselho Municipal de Saúde do Município de XXX no uso de suas competências atribuídas pelo arcabouço jurídico que rege a matéria, apresenta o seu parecer acerca das contas da saúde do Município.</p> <p>O presente parecer utiliza como critérios de avaliação as seguintes normas:</p> | | |
| | Normativo | Descrição e Hierarquia |
| 1 | Constituição Federal de 1988 | Carta Constitucional/Lei maior |
| 2 | Lei nº 8.080/1990 | Lei Orgânica da Saúde – Regulamenta o SUS |
| 3 | Lei nº 8.142/1990 | Lei que regulamenta a participação da Comunidade no SUS |
| 4 | Lei Complementar nº 141/2012 | Lei das Finanças das Saúde |
| 5 | Decreto nº 7.508/2011 | Regulamenta a Lei nº 8080/1990 |
| 6 | Resolução Ministério da Saúde nº453/2012 | Aprovar as seguintes diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde |
| 2.DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 | | |
| <p>O Conselho Municipal de Saúde do Município de XXX, instituído pela <i>nº do normativo que regulamenta o conselho</i>, atua de forma regular, fiscalizando os recursos destinados a saúde, nos termos do Art. 77 § 3º do ADCT da CF88.</p> | | |
| 3.DAS LEIS Nº 8.080/1990 E 8.142/1990 | | |
| <p>O Conselho Municipal de Saúde do Município de XXX <i>tem/não tem</i> composição paritária e o município <i>está/não está</i> apto a receber os recursos do Fundo Nacional de Saúde para cobertura das ações e serviços de saúde. <i>Foi/não</i> aprovada a política consubstanciada no Plano de Saúde do Município e o Conselho <i>participou/não participou</i> da pactuação e da responsabilização pelo fornecimento de medicamentos.</p> <p>Ademais, o Conselho Municipal de Saúde do Município de XXX <i>acompanhou/não acompanhou</i> a movimentação da conta única onde foram depositados os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS).</p> | | |
| 4.DA LEI COMPLEMENTAR Nº 141/2012 | | |
| <p>O Conselho Municipal de Saúde do Município de XXX <i>recebeu/não recebeu</i> as informações sobre o montante dos recursos transferidos da União para o município e <i>estão/não estão</i> de acordo como Plano Nacional de Saúde. A metodologia explicitada no Plano Estadual de Saúde, a alocação dos recursos estaduais e a previsão anual de recursos ao Municípios, pactuadas pelos gestores estaduais e municipais, em comissão intergestores bipartite <i>foi/não foi</i> aprovada.</p> <p><i>Foi/não foi</i> constatada a existência de Consórcios ou outras formas de cooperativismo para execução conjunta das ações e serviços, com/sem remanejamento de parcelas dos recursos do Fundo de Saúde.</p> <p>O Conselho Municipal de Saúde do Município de XXX <i>deliberou/não deliberou</i> sobre o estabelecimento de prioridades do plano plurianual, as leis de diretrizes orçamentárias, as leis orçamentárias e os planos de aplicação dos recursos do fundo municipal de saúde.</p> <p>A Secretaria Municipal de Saúde <i>deu/não deu</i> ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, do Plano de Saúde, das prestações de contas periódicas da área da saúde, para consulta e apreciação dos cidadãos e de instituições da sociedade, com ênfase no que se refere a avaliação do Conselho Municipal de Saúde sobre a gestão do SUS. Além disso, foi</p> | | |

encaminhada a programação anual do Plano de Saúde para aprovação e o Relatório de Gestão dentro dos prazos estipulados em lei.

O Conselho Municipal de Saúde do Município de XXX fiscalizou e aprovou os seguintes itens: i) a elaboração e execução do Plano de Saúde Plurianual; (ii) o cumprimento das metas para a saúde estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias; (iii) a aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde, observadas as regras da Lei Complementar nº 141/2012; (iv) as transferências dos recursos aos Fundos de Saúde; (v) a aplicação dos recursos vinculados ao SUS; (vi) a destinação dos recursos obtidos com a alienação de ativos adquiridos com recursos vinculados à saúde.

5.DA RESOLUÇÃO MS Nº 453/2012

As vagas do Conselho Municipal de Saúde do Município de XXX *estão/não estão* distribuídas de acordo com a paridade proposta na Resolução nº 453/2012, o número de conselheiros *foi/não foi* definido pelo próprio Conselho e instituído em lei. O Conselho *possui/não possui* autonomia financeira e administrativa, *possui/não possui* dotação orçamentária e *possui/não possui* secretaria executiva com a infraestrutura necessária para o seu funcionamento.

O Conselho Municipal de Saúde do Município de XXX *dispõe/ não dispõe* de canal para acolher as demandas da população que foram aprovadas nas Conferências de Saúde.

Foi/não foi discutida, elaborada e aprovada as propostas de operacionalização das diretrizes aprovadas nas Conferências de Saúde e *foram/não foram* definidas as diretrizes para elaboração dos planos de saúde e *foi/não foi* deliberado sobre o seu conteúdo, conforme as diversas situações epidemiológicas e a capacidade organizacional dos serviços.

Por fim, Conselho Municipal de Saúde do Município de XXX *atuou/não atuou* na formulação e no controle da execução da política de saúde, incluindo os seus aspectos econômicos e financeiros, e propor estratégias para a sua aplicação aos setores público e privado e *estabeleceu/não estabeleceu* estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do SUS.

É o parecer
Município, data.

O modelo de Parecer mínimo para os Conselhos Municipais de Saúde visa balizar a atuação dos conselheiros de saúde. Com a apresentação do arcabouço jurídico e do roteiro avaliativo realizado com base no referencial mínimo, acredita-se que o cumprimento da missão institucional e normativa dos Conselhos será facilitada. Com isso, a relevância e a efetividade tendem a aumentar de modo a tornar a atuação dos Conselhos Municipais de Saúde mais significativa dentro da gestão dos recursos destinados às ações e serviços públicos de saúde.

Outro ponto importante e fundamental para dar condições mais favoráveis aos conselheiros de saúde operacionalizarem o roteiro avaliativo e, por conseguinte, elevarem a efetividade de sua atuação, é a atenção aos relacionamentos institucionais com os demais órgãos da estrutura municipal. Destacam-se entre esse o Poder Executivo, representado pelo seu titular, o órgão gestor central de saúde do município, que na maioria dos casos é representado pela Secretaria Municipal de Saúde. Além desses, importante também é o relacionamento com o Poder Legislativo, na figura dos membros das Câmaras Municipais e com a sociedade civil não organizada, de maneira geral.

A relação com o Poder Executivo se dá principalmente com a disponibilização da estrutura para o correto e adequado funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde. A instituição do Conselho Municipal de Saúde por lei de iniciativa do Poder Executivo, a distribuição paritária das vagas de conselheiro e, o mais importante, o fornecimento de dotação orçamentária, autonomia financeira e administrativa, bem como secretaria executiva com toda a infraestrutura necessária para o seu funcionamento. Esses aspectos precisam estar em dia para que os Conselhos Municipais de Saúde tenham condições de atuar.

O órgão central gestor da saúde no município, geralmente representado pelas Secretárias Municipais de Saúde, é o principal ponto de relacionamento dos conselhos. A relação se dá principalmente com a fiscalização do Fundo Municipal de Saúde. As remessas oriundas do Fundo Nacional de Saúde e do Fundo Estadual de Saúde, bem como as pactuações bipartites e tripartites, e as políticas de saúde de modo amplo também são examinadas e fiscalizadas junto a este órgão. A participação na formulação e a avaliação da execução dos planos de saúde e do planejamento de anual de execução são elos importantes para que efetivar a atuação dos conselhos. Os relatórios de gestão elaborados pelos órgãos gestores da saúde também são fontes de informação importantes para os conselheiros atuarem. Dessa forma, é de fundamental importância o investimento no relacionamento institucional com os órgãos centrais de gestão da saúde.

O Poder Legislativo, representado no âmbito dos municípios pelas Câmaras Municipais, se relaciona com os Conselhos Municipais de Saúde na ocasião da elaboração das leis orçamentárias. O estabelecimento das prioridades para a saúde no plano plurianual, nas leis de diretrizes orçamentárias e na lei orçamentária anual devem ser observadas pelos conselheiros de saúde, junto com a adequação dessas leis aos planos de saúde e a programação de execução, elaborados pelos órgãos gestores da saúde, no município.

Por fim, mas não menos importante, é a relação com a sociedade civil não organizada, de onde virão as demandas e necessidade de assistência que devem ser organizadas e enviadas aos demais órgãos envolvidos com a saúde no município. Por ocasião das Conferências de Saúde, o conselho deve acompanhar se as demandas da população foram enviadas ao órgão gestor, além de aprovadas as propostas de operacionalização das demandas apresentadas. Ademais, a transparência tanto da

gestão da municipal na área da saúde quanto a operação e funcionamento do próprio Conselho são itens importantes e de interesse da sociedade civil não organizada, que deve ser fiscalizado pelos Conselhos Municipais de Saúde.

Face ao exposto, propõe-se que o roteiro avaliativo e o modelo de parecer para Conselhos de Saúde sigam para todos os órgãos da estrutura municipal envolvidos com a saúde pública, sendo eles o chefe do Poder Executivo Municipal, os titulares dos órgãos centrais de gestão da saúde nos municípios de Mato Grosso do Sul, membros do Poder Legislativo Municipal, em formato de formulário, para ser redigido pelos conselheiros e para conhecimento dos demais interessados. Ademais, para que os conselheiros consigam operacionalizar o roteiro avaliativo e, conseqüentemente, melhor a qualidade dos pareceres emitidos, os órgãos gestores da saúde nos municípios precisam fomentar a capacitação com base no conhecimento do arcabouço jurídico apresentado nos itens 5.1 e 5.2 desta pesquisa. Para facilitar o envio, o modelo de parecer foi individualizado no Apêndice 3 deste trabalho. Com as medidas, espera-se que as discussões realizadas no âmbito dos Conselhos Municipais de Saúde sejam direcionadas para a obtenção de uma maior aderência aos preceitos legais e normativos que regem a sua atuação e da correta aplicação dos recursos destinados às ações e serviços públicos de saúde.

4.4 ANÁLISE DOS PARECERES DOS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS DE MATO GROSSO DO SUL, NO ANO DE 2021

A próxima etapa da pesquisa, de posse dos pareceres do Conselhos Municipais de Saúde dos municípios do Mato Grosso do Sul referentes ao ano de 2021, foi compará-los com o arcabouço jurídico que rege a matéria, levantados nos itens anteriores desta pesquisa com objetivo de identificar se são aderentes ao e se demonstram a importância do controle social para a saúde. Os pareceres emitidos foram comparados com o modelo de parecer proposto com o objetivo de testar se abordam todos os requisitos exigidos pela legislação.

O primeiro ponto de avaliação foi o critério disposto na CF88 que é a própria existência do Conselho Municipal de Saúde. Dos 79 (setenta e nove) municípios do Estado de Mato Grosso do Sul, todos tem o Conselho instituído e em funcionamento.

O fato da existência do Conselho Municipal de Saúde ser um requisito para recebimento das transferências constitucionais para a saúde colabora para a instituição dessas entidades, não sendo um problema a ser enfrentado pelos municípios do Mato Grosso do Sul.

Após o exame do primeiro ponto, onde foi constatado que os conselhos municipais de saúde estão instituídos e em funcionamento, passou-se a examinar a aderência do arcabouço jurídico aos pareceres levantados. A hipótese empírica que motivou esta pesquisa, quais sejam a dificuldade de operacionalização e funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde restou evidenciada. Os pareceres exarados pelos conselhos raramente possuem o viés de contribuir com o controle das contas de saúde dos municípios.

Deparamo-nos com pareceres como o da figura abaixo, que se trata de um parecer real, enviado ao Tribunal de Contas do Estado do Mato Grosso do Sul, em obediência ao comando do Manual de Peças Obrigatórias, aprovado pela Resolução TCE-MS n.º 88, de 03 de outubro 2018, que dispõe sobre a remessa de informações, dados, documentos e demonstrativos ao Tribunal de Contas do Estado de Mato Grosso do Sul e dá outras providências (MATO GROSSO DO SUL, 2018).

II). PARECER:

As contas da execução orçamentária do Fundo Municipal de Saúde de , referente ao ano de 2021 apresentadas pela Secretaria Municipal de Finanças e a Secretaria Municipal de Saúde está de acordo com as normativas legais, cumprindo a aplicação obrigatória em percentual superior ao previsto na LC n.º 141/2012.

Registro ainda, que não foi analisado nenhum contrato de licitação, por falta de conhecimento técnico dos conselheiros, o que se faz necessário a nomeação de um técnico em contabilidade pública, para auxiliar os conselheiros na análise das contas. O que já foi solicitado, porém, sem que ainda tenha sido executado.

Isso se faz necessário, **considerando que os conselheiros em sua grande maioria são leigos em matéria de execução orçamentária e o controle fiscal** dos investimentos da saúde no município.

Fls.000673

A PAS de 2020 e 2021 constou a previsão **da contratação de um contador para a secretaria executiva do conselho, para auxiliar os conselheiros na análise das contas**, sem, contudo, ter sido concretizado até o exercício ora em análise.

4). RESSALVA:

4.a). Também foi verificado que a **gestão da Secretaria Municipal de Saúde, não está observando e nem justificando o não cumprimento da Resolução n.º 006/CMS/2020, de 10 de junho de 2020, do Conselho Municipal de Saúde**, no cumprimento das decisões dos processos judiciais que tramita na comarca de Três Lagoas, para a realização dos procedimentos médicos hospitalares em pacientes considerados prioritários pela justiça.

5). RECOMENDAÇÃO:

-

5.a). Que seja contratado e lotado na secretaria Executiva do Conselho **um contador com experiência em contabilidade pública na área de saúde**, para subsidiar os conselheiros na análise das contas do Fundo Municipal de Saúde (**art. 2º, art. 5º, § único do art. 8º, da Lei Municipal n.º**).

Figura 4: Exemplo 2 de Parecer de Conselho Municipal de Saúde

Fonte: extrato do Banco de Dados do TCE-MS, contendo um parecer real enviado por município do MS, com a omissão dos itens capazes de identificar o ente federativo e os conselheiros e servidores.

Continuando com a análise do conteúdo dos pareceres emitidos conclui-se que não apresentam um formato uniforme além de não demonstrarem as realizações dos testes propostos no arcabouço jurídico. A falta de padronização impediu a aplicação das técnicas de análise de conteúdo, propostas no referencial teórico. A pré análise que consiste na organização dos dados foi realizada. Os pareceres foram levantados e organizados. Buscou-se explorar o material com base na leitura flutuante, hipóteses, objetivos, com vistas a elaborar indicadores e verificar a aderência por meio da comparação com o roteiro avaliativo proposto. Novamente a precariedade e a pouca aderência ao arcabouço jurídico prejudicaram as conclusões e impediram a codificação e registros.

Dessa forma, face a praticamente nenhuma identificação de padrão entre os pareceres levantados, conclui-se que as hipóteses empíricas que motivaram a pesquisa foram, de forma objetiva, comprovadas e as questões puderam ser respondidas. Os pareceres dos Conselhos Municipais de Saúde, referentes às contas de saúde dos municípios do Mato Grosso do Sul, levantados para o exercício de 2021 não são relevantes e não demonstram a importância do controle social, haja vista que não abordam os principais aspectos do arcabouço jurídico que rege a matéria.

A principal característica que os pareceres do Conselhos Municipais de Saúde devem possuir para contribuir com o controle das contas de saúde é a aderência ao arcabouço jurídico que rege a matéria. Como esse arcabouço é muito vasto e complexo, conforme foi possível confirmar nos levantamentos aqui apresentados, a ideia de um referencial mínimo, apoiado em um roteiro avaliativo para a sua aplicação, resultando num modelo de parecer padrão tem o condão de nortear a atuação do controle social exercido pelos Conselhos Municipais de Saúde e, em consequência, aumentar o valor que estes órgãos agregam ao controle das constas de saúde e a contribuição com os demais órgãos de controle externo.

Esta pesquisa se propôs a apresentar os requisitos técnicos que devem estar contidos nos pareceres dos conselhos municipais para auxiliar o controle externo exercido pelos Tribunais de Contas Estaduais, por meio do referencial mínimo para atuação dos Conselhos Municipais de Saúde, o roteiro avaliador para balizar a aplicação do referencial e o modelo de parecer padrão para os Conselhos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo geral do presente trabalho foi a avaliação dos pareceres emitidos pelos Conselhos Municipais de Saúde, referentes às contas de saúde, nos setenta e nove municípios de Mato Grosso do Sul, emitidos no ano de 2021. Na sequência os pareceres foram comparados com as exigências mais relevantes dispostas no arcabouço jurídico que rege a matéria. Para tanto, foram levantadas e catalogadas as referidas exigências, o que formou uma lista aqui denominada de requisitos mínimos.

Para alcançar tal objetivo, inicialmente foi realizada uma pesquisa no sentido de trazer para a discussão conceitos acerca da saúde pública no Brasil e apresentar os caminhos percorridos até o Sistema Único de Saúde atingir a forma atualmente conhecida. Não seria possível tratar de controle social exercido na saúde, por meio dos Conselhos de Saúde sem abordar o volume de recursos dispendidos e o contexto no qual estão inseridos os municípios sul-mato-grossenses. Outra abordagem importante, sem a qual considerou-se impossível desenvolver o trabalho, foi sobre os aspectos do Controle da Administração Pública, com seus desdobramentos nas vertentes controle social, controle interno e controle externo. Finalmente, então, abordou-se os Conselhos de Saúde e o arcabouço jurídico que rege sua atuação e suas atribuições enquanto representantes do controle social na saúde.

Julgou-se importante estabelecer o caminho proposto na fundamentação teórica, pois a pesquisa iniciou a partir de observações trazidas do dia a dia das fiscalizações realizadas pelo TCE-MS, onde havia a seguinte conclusão empírica, que acabou sendo comprovada objetivamente no transcurso da pesquisa: os Conselhos Municipais de Saúde não exercem, na sua essência, o papel para o qual foram idealizados, tanto pelo legislador constituinte quanto pelos demais legisladores infraconstitucionais. Dessa forma, considerou-se importante trazer para as discussões acadêmicas essa percepção, com vistas a induzir outras contribuições científicas e produzir uma mudança no cenário.

Feito isso, o objetivo geral da pesquisa caminhou para o seu atingimento por meio dos objetivos específicos e das respostas às questões de pesquisa. Primeiramente foram identificados os principais requisitos e comandos normativos

para os Conselhos Municipais de Saúde, com o objetivo de desenvolver um referencial mínimo apoiado por um roteiro avaliativo que norteasse sua aplicação e desvendasse quais as características os pareceres dos conselhos municipais de saúde deveriam possuir para contribuir com o controle das contas de saúde. Depois o roteiro avaliativo foi comparado com os pareceres levantados para descobrir se são relevantes e de fato representam a importância atribuída ao controle social, se agregam valor para o controle das contas de saúde e se contribuem com o controle externo da Administração Pública. De posse dessas informações foi possível revelar as limitações dos pareceres e estabelecer o referencial com itens mínimos que um parecer deveria conter para auxiliar no controle das contas de saúde e desenvolver um modelo mínimo padrão para o parecer emitido pelo controle social e, assim, propor um modelo de parecer padrão para os Conselhos Municipais de Saúde.

O trabalho buscou entender o porquê os Conselhos Municipais de Saúde não estavam exercendo o seu potencial, haja vista que receberam dos legisladores amplas ferramentas normativas, dispostas em um vasto arcabouço jurídico. Concluiu-se que exatamente a ampla gama de leis e normativos não sistematizados e catalogados acabam por dificultar a atuação dos Conselhos de Saúde. Os membros desses conselhos, na maioria dos casos, não possuem a capacitação adequada para lidar com um universo tão complexo de legislações. Nesse sentido, este trabalho apresenta a sua contribuição no sentido de afirmar a importância do controle social na saúde, exercido pelos Conselhos Municipais de Saúde. E ainda amplia a discussão acerca dos normativos que regem a matéria, com a apresentação de um referencial mínimo e um roteiro avaliativo para elaboração dos pareceres elaborados pelos conselhos e a proposta de um modelo de parecer mínimo padrão.

A efetividade que os pareceres dos Conselhos Municipais de Saúde, se bem elaborados e abrangentes em termos de acompanhamento das contas de saúde dos municípios, podem subsidiar as ações de controle externo exercida pelos Tribunais de Contas, considerando que, no caso do TCE-MS, o parecer elaborado pelos conselhos de saúde é uma peça obrigatória para análise das contas de saúde. Outro ponto de contribuição importante é para a formulação das estratégias implementadas pelos gestores das políticas públicas de saúde, que poderão elevar a assertividade das decisões e alocações de recursos na saúde pública dos municípios e, conseqüentemente, atender melhor a população usuária dos serviços, caso se

utilizem das informações geradas nos pareceres dos Conselhos Municipais de Saúde.

Por fim, espera-se que a pesquisa inspire iniciativas similares em outros estados e municípios da federação, com vistas a tornar o controle social exercido pelos Conselhos de Saúde mais efetivo e capaz de cumprir com a finalidade para a qual foi idealizado em nível nacional. Além disso, os estudos podem se aprofundar na criação de uma ferramenta informatizada que automatize processo de fiscalização realizado pelos Conselhos Municipais de Saúde, com base no roteiro de avaliação e automatização do modelo de parecer proposto.

As pesquisas vindouras na área de controle social na saúde, exercido pelos Conselhos de Saúde podem também se debruçar sobre a estrutura e funcionamento desses organismos, bem como na formação dos seus membros. Combinando a contribuição deste trabalho com o levantamento dos requisitos mínimos, o roteiro avaliativo e o modelo mínimo padrão de parecer com um melhor funcionamento e capacitação dos conselheiros de saúde fecham-se importantes lacunas. De posse dos dados estruturados, gerados por um Conselho de Saúde melhor estruturado, capacitado, com suas atribuições e responsabilidade identificadas e catalogadas dentro do vasto arcabouço jurídico que os regem, será possível contribuir com o estabelecimento de diretrizes para uma melhor alocação, distribuição e fiscalização dos recursos destinados às ações e serviços públicos de saúde.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Z. N. Antecedentes Históricos do Sistema Único de Saúde: Breve História da Política de Saúde no Brasil. In: AGUIAR, Zenaide Neto (Org). **SUS - Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e detalhes**. São Paulo: Martinari, 2011.
- ARAGAO, T. F. **Framework para auditoria de contratos públicos em saúde no município de Goioerê-PR**. 2023. Dissertação (Mestrado em Inovações Tecnológicas) - Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Campo Mourão, 2023.
- BOBBIO, N. **Estado, Governo, Sociedade: para uma teoria geral da política**. 14. ed. São Paulo: Ed. Paz e Terra, 2004.
- BRAGA, J. C. S.; PAULA, S. G. **Saúde e previdência: estudos de política social**. São Paulo: Hucitec, 1986.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2003.
- BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Portal Cidade@**. Brasília, DF. Ministério da Economia, 2022a. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ms/panorama>. Acesso em: 14 nov 2022.
- BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Produto Interno Bruto - PIB**. Brasília, DF. Ministério da Economia, 2022b. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/explica/pib.php>. Acesso em: 14 set 2022.
- BRASIL. INSTITUTO RUI BARBOSA. **NORMAS BRASILEIRAS DE AUDITORIA DO SETOR PÚBLICO – NBASP 4000**. Brasília, DF. 2020. Disponível em: <https://nbasp.irbcontas.org.br/wp-content/uploads/2022/11/NBASP-4000-Norma-de-Auditoria-de-Conformidade.pdf>. Acesso em: 16 set 2023.
- BRASIL. **Lei Complementar nº 141/2012, de 13 de janeiro de 2012**: 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; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências, 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm> Acesso em: 11 jan 2024.

BRASIL. Lei Complementar nº 141/2012, de 28 de dezembro de 1990:

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; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências, 2012. Disponível em:<
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm> Acesso em: 16 nov 2020.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990: dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm> Acesso em: 30 mar 2022.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990: Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em:<
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 30 mar 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA ECONOMIA. Medidas econômicas voltadas para a redução dos impactos da Covid-19 (Coronavírus) — linha do tempo. Brasília, DF: Ministério da Economia, 2020. Disponível em: https://www.gov.br/economia/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/covid_19/timeline?b_start:int=240. Acesso em: 1 jul 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. A Prática do controle social: Conselhos de Saúde e financiamento do SUS / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. - Reimpressão. - Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em:<
https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/A_Pratica_Control_Social.pdf>
Acesso em: 13 nov 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012. Aprova as seguintes diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde: Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em:<
https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453_10_05_2012.html
>. Acesso em: 02 dez 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Painel Coronavírus - Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 14 nov 2022.

BRASIL. PRESIDENCIA DA REPÚBLICA. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível

em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm> Acesso em: 30 mar. 2022.

BRASIL. TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. **Orientações para conselheiros de saúde**. 2ª. ed. Brasília: TCU, Secretaria de Controle Externo da Saúde, 2015. Acesso em: 14 set. 2023.

BRITTO, C. A. A. **O regime jurídico do Ministério Público de Contas**. Palestra proferida na Cerimônia de Entrega da Medalha do Mérito Luís Eduardo Magalhães, TCM-BA, 2010. Disponível em:< <https://www.tcm.ba.gov.br/>> Acesso em: 31 jul. 2022.

CÂMARA, R. H. **Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações**. Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia, v. 6, nº 2, p.: 179-191, 2013. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v6n2/v6n2a03.pdf>> Acesso em: 11 nov 2022.

CAREGNATO, R. C. A; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 15, nº 4, p. 679-684, 2006.

CARVALHEIRO, J. da R.; MARQUES, M. C. C.; MOTA, A. A construção da saúde pública no Brasil no século XX e início do século XXI. In: ROCHA, A. A.; CESAR, C. L. G.; RIBEIRO, H. **Saúde pública: bases conceituais**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2013.

CARVALHO, G. **A saúde pública no Brasil. Estudos Avançados** [online], v. 27, n. 78 [Acessado 13 maio 2022], pp. 7-26, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S010340142013000200002>>. Epub 12 Jun 2015. ISSN 1806-9592. <https://doi.org/10.1590/S0103-40142013000200002>.

CARVALHO, Gilson de Cassia Marques. O momento atual do SUS: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. **Saúde e Sociedade**, v. 2, p. 9-24, 1993.

CARVALHO, J. M. **Cidadania no Brasil**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

CARVALHO, Rafael Souza. Pirâmide normativa de Kelsen: análise sob as teorias constitucionalistas de Ferdinand Lassale e Konrad Hesse. **Norte Científico**, v. 7, n. 1, p. 6, 2013.

CUNHA, Eleonora S. M. A efetividade deliberativa dos Conselhos Municipais de Saúde e de Criança e Adolescente no Nordeste. In: AVRITZER, Leonardo (org.). **A participação social no Nordeste**. 1 ed. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2007. p. 135-161.

DE JESUS, R. S. ET al. Os desafios do governo brasileiro para o enfrentamento da pandemia do coronavírus. **Revista Augustus**. Rio de Janeiro: v.25 n. 51, jul./out.

2020, p. 31-55; expostas. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2020. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/sistemas-de-saude/populacao-negra-e-covid-19-desigualdades-sociais-e- raciais-ainda-mais-expostas/46338/>. Acesso em: 14 nov 2022.

FARIA, Marcília Medrado. Movimentos Populares e o Surgimento do SUS no Estado de São Paulo. In: FARIA Marcília Medrado; JATENE, Adib Domingos (Orgs). **Saúde e os Movimentos Sociais: O SUS no Contexto da Revisão Constitucional de 1993**. São Paulo: Editora da Universidade Estadual de São Paulo, 1995.

FIIRST, C.; BEUREN, I. M. Influência de fatores contingenciais no desempenho socioeconômico de governos locais. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 55, n. 6, p. 1355–1368, 2021. DOI: 10.1590/0034-76120200827. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/85025>. Acesso em: 13 nov. 2022.

FONSECA, T. N. (2019). Nem indicação política nem cooperação: a importância da autonomia do TCU no controle de recursos públicos federais transferidos aos municípios. **Dados**, v. 62, nº 3, p. e20170150.

GALVAO, M. C. B.; PLUYE, P.; RICARTE, I. L. M. Métodos de pesquisa mistos e revisões de literatura mistas: conceitos, construção e critérios de avaliação. In: **CID: Revista de Ciência da Informação e Documentação**, [S. l.], v. 8, n. 2, p. 4-24, 2017. DOI: 10.11606/issn.2178-2075.v8i2p4-24.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6ª. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas da EAESP/FGV**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63, mar./abr. 1995a.

GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de Administração de Empresas** 35(4), 65-71 1995b. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rae/a/ZX4cTGrqYfVhr7LvVyDBgdb/?format=pdf&lang=pt> > Acesso em: 1 nov. 2022.

GONDIM, S. M. G.; BENDASSOLLI, P. F. Uma crítica da utilização da análise de conteúdo qualitativa em psicologia. **Psicologia em Estudo**, v. 19, nº 2, p: 191-199, 2014.

KELSEN, H. **Teoria Geral do Direito e do Estado**. 4ª.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

LIMA, D. F. Lima, LOHRAN A. O controle social no Sistema Único de Saúde: um olhar crítico à Resolução nº 453/2012. **Saúde em Debate [online]**. 2017, v. 41, n. 115, pp. 1168-1176. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711514>>. Acessado 16 novembro 2022.

LIMA, L. H. **Controle Externo**. 6ª. ed. Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: método, 2015.

LUZ, T. M. A saúde e as instituições médicas no Brasil. In: GUIMARÃES, R. (Org.). **Saúde e medicina no Brasil: contribuições para um debate**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978. p. 157-174.

MARCONI, M. A. LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. - 5. ed. - São Paulo: Atlas 2003.

MARTINS, M. F.; MARTINS, S.; OLIVEIRA, A. R. de; SOARES, J. B. Conselhos Municipais de Políticas Públicas: uma análise exploratória. **Revista do Serviço Público**, [S. l.], v. 59, n. 2, p. p. 151-185, 2014. DOI: 10.21874/rsp.v59i2.144. Disponível em: <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/144>. Acesso em: 1 nov. 2022.

MATO GROSSO DO SUL. **Lei Complementar nº 160 de 2 de janeiro de 2012**: Dispõe sobre o Tribunal de Contas do Estado de Mato Grosso do Sul, e dá outras providências. 2012. Disponível em < <https://portal-services.tce.ms.gov.br/portal-services/files/arquivo/nome/22185/ab6136a2abdb3420ccb840e335e8e1e7.pdf>> Acesso em: 11 set 2023.

MATO GROSSO DO SUL. T.C.E. **Resolução no 88, de 3 de outubro de 2018**: Dispõe sobre o manual de remessa de informações, dados, documentos e demonstrativos ao Tribunal de Contas do Estado de Mato Grosso do Sul e dá outras providências. TCE-MS, 2018. Disponível em < <https://portal-services.tce.ms.gov.br/portal-services/files/arquivo/nome/18522/25edc7810826a88ebb17b19adaa87258.pdf>> Acesso em: 11 jan 2024.

MENDES, E. V. **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

NORONHA, J. C.; PEREIRA, T. R. Princípios do sistema de saúde brasileiro. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro**: organização e gestão do sistema de saúde [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/IPEA/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3. pp. 19-32.

PACHECO, Hélder Freire et al. A *accountability* das Organizações Sociais no SUS: uma análise do papel institucional do Conselho Estadual de Saúde em Pernambuco. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online]. 2020, nº. 30, p. e300108. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300108>>. Epub 03 Jun 2020. ISSN 1809-4481. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300108>. 01 [Acessado 30 Agosto 2021]

PIOLA, Sérgio F. **Transferências de Recursos Federais do Sistema Único de Saúde para Estados, Distrito Federal e Municípios: os desafios para a implementação dos critérios da Lei Complementar nº 141/2012**. Texto para Discussão, 2017.

REIS, A. F.; DACORSO, A. L. R.; TENÓRIO, F. A. G. Influência do uso de tecnologias de informação e comunicação na prestação de contas públicas municipais-um estudo de caso no Tribunal de Contas dos Municípios do estado da Bahia. **Revista de Administração Pública**, v. 49, nº 1, p. 231-252, 2015.

THEÓPHILO, C. R.; MACEDO, M. R.; MARTINS, M. C. S. J. O processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) sob a perspectiva histórica dos movimentos sociais. **Caminhos da História**, [S. l.], v. 20, n. 1, p. 143–166, 2015. Disponível em: <https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/caminhosdahistoria/article/view/3182>. Acesso em: 13 maio. 2022.

ROCHA, E. **A Constituição cidadã e a institucionalização dos espaços de participação social: avanços e desafios**. 20 anos da constituição cidadã: avaliação e desafio da seguridade social. Brasília: ANFIP, 2008.

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. São Paulo, HUCITEC/Ed. UNESP, ABRASCO, 1994.

SANTOS JR., O. A.; RIBEIRO, L. C. Q.; AZEVEDO, S. **Governança democrática e poder local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, Fase, 2004.

SCHEVISBISKI, R. S. Os Conselhos Gestores e a lógica da institucionalização da participação política na esfera pública brasileira. **Anais do 7º seminário de pesquisa em ciências humanas**. Londrina: Eduel, 2008. Disponível em: <http://www.uel.br/eventos/sepech/sepech08/arqtxt/resumos-anais/RenataSchevisbiski.pdf>

SILVA, J. A. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 20. ed. São Paulo: Malheiros, 2001.

SOUSA, A. J.; CORRÊA, D. A.; NOBRE, F. C.; PADOVEZE, C. L.; CALIL, J. F. A generalização dos resultados da pesquisa qualitativa no campo da Administração: reflexão sobre seus limites e possibilidades. **Brazilian Journal of Development**, [S. l.], v. 3, n. 3, p. 465–480, 2017. DOI: 10.34117/bjdv3n3-52. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/52>. Acesso em: 2 mar. 2024.

TATAGIBA, L. Conselhos gestores de políticas públicas e democracia participativa: aprofundando o debate. **Revista de Sociologia e Política [online]**, n. 25, pp. 209-213, 2005. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-44782005000200017>>.

Epub 13 set. 2006. ISSN 1678-9873. <https://doi.org/10.1590/S0104-44782005000200017>.

THEÓPHILO, C.; MACEDO, R. M. O Processo de Construção do Sistema Único de Saúde (SUS) sob a Perspectiva Histórica dos Movimentos Sociais. **Caminhos da História**, nº 20; p. 143 a 163. 2015. Disponível em: <https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/caminhosdahistoria/article/download/3182/3108/11956>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Novel Coronavirus(2019-nCoV): situation report – 22 [Internet]**. Geneva: World Health Organization; 2020. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200211-sitrep-22ncov.pdf?sfvrsn=fb6d49b1_2.

YIN, R. T. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2ª. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

APÊNDICES

APÊNDICE A - SOMATÓRIO DOS ORÇAMENTOS TOTAIS DOS MUNICÍPIOS DO MATO GROSSO DO SUL, PARA 2021

| | MUNICÍPIO | ORÇAMENTO | | MUNICÍPIO | ORÇAMENTO |
|----|----------------------|------------------|----|-----------------------|------------------|
| 1 | CAMPO GRANDE | 4.651.921.451,00 | 41 | FATIMA DO SUL | 70.350.000,00 |
| 2 | DOURADOS | 1.164.000.000,00 | 42 | INOCENCIA | 68.262.108,00 |
| 3 | TRES LAGOAS | 730.000.000,00 | 43 | ANAUROLANDIA | 67.372.114,00 |
| 4 | CORUMBA | 645.187.345,00 | 44 | ARAL MOREIRA | 66.200.000,00 |
| 5 | PONTA PORA | 432.189.500,00 | 45 | CAMAPUA | 63.200.000,00 |
| 6 | NAVIRAI | 254.320.000,00 | 46 | IGUATEMI | 63.000.000,00 |
| 7 | MARACAJU | 237.536.699,91 | 47 | DOIS IRMAOS DO BURITI | 57.590.000,00 |
| 8 | SIDROLANDIA | 229.000.000,00 | 48 | PARANHOS | 57.525.243,00 |
| 9 | AMAMBAI | 228.910.410,00 | 49 | ELDORADO | 57.085.000,00 |
| 10 | NOVA ANDRADINA | 211.500.000,00 | 50 | CORONEL SAPUCAIA | 56.000.000,00 |
| 11 | SAO GABRIEL DO OESTE | 197.344.377,60 | 51 | BODOQUENA | 55.000.000,00 |
| 12 | RIO BRILHANTE | 195.300.000,00 | 52 | NIOAQUE | 54.351.900,00 |
| 13 | CHAPADAO DO SUL | 183.000.000,00 | 53 | LAGUNA CARAPA | 50.000.000,00 |
| 14 | PARANAIBA | 183.000.000,00 | 54 | ANGELICA | 49.100.000,00 |
| 15 | AQUIDAUANA | 181.690.000,00 | 55 | PARAISO DAS AGUAS | 47.430.000,00 |
| 16 | COSTA RICA | 168.660.000,00 | 56 | ALCINOPOLIS | 46.700.000,00 |
| 17 | CAARAPO | 148.200.000,00 | 57 | SANTA RITA DO PARDO | 45.264.600,00 |
| 18 | COXIM | 144.894.528,77 | 58 | JATEI | 45.250.000,00 |
| 19 | APARECIDA DO TABOADO | 124.000.000,00 | 59 | SETE QUEDAS | 45.000.000,00 |
| 20 | RIBAS DO RIO PARDO | 119.875.800,00 | 60 | TACURU | 43.500.000,00 |

APÊNDICE A.1 CONTINUAÇÃO - SOMATÓRIO DOS ORÇAMENTOS TOTAIS DOS MUNICÍPIOS DO MATO GROSSO DO SUL, PARA 2021

| | MUNICÍPIO | ORÇAMENTO | | MUNICÍPIO | ORÇAMENTO |
|----|----------------------|------------------|----|----------------------|------------------|
| 21 | NOVA ALVORADA DO SUL | 117.000.000,00 | 61 | GUIA LOPES DA LAGUNA | 43.000.000,00 |
| 22 | IVINHEMA | 116.545.000,00 | 62 | JAPORA | 42.128.417,00 |
| 23 | CASSILANDIA | 110.000.000,00 | 63 | BATAYPORA | 42.000.000,00 |

| | | | | | |
|----|-----------------------------|---------------|----|--------------------------|--------------------------|
| 24 | BONITO | 96.624.700,00 | 64 | VICENTINA | 40.600.000,00 |
| 25 | AGUA CLARA | 95.000.000,00 | 65 | DEODAPOLIS | 39.744.440,77 |
| 26 | JARDIM | 93.000.000,00 | 66 | GLORIA DE DOURADOS | 39.500.000,00 |
| 27 | BATAGUASSU | 91.875.000,00 | 67 | JARAGUARI | 39.256.000,00 |
| 28 | BELA VISTA | 91.533.000,00 | 68 | ANTONIO JOAO | 39.000.000,00 |
| 29 | PORTO MURTINHO | 89.500.000,00 | 69 | JUTI | 38.113.673,00 |
| 30 | RIO VERDE DE MATO GROSSO | 85.637.395,25 | 70 | BANDEIRANTES | 36.350.050,00 |
| 31 | BRASILANDIA | 84.298.000,00 | 71 | DOURADINA | 35.935.000,00 |
| 32 | ITAPORA | 83.500.000,00 | 72 | NOVO HORIZONTE DO SUL | 33.900.000,00 |
| 33 | TERENOS | 83.000.000,00 | 73 | CARACOL | 33.700.000,00 |
| 34 | SONORA | 82.740.980,64 | 74 | PEDRO GOMES | 32.500.000,00 |
| 35 | ANASTACIO | 80.394.000,00 | 75 | CORGUINHO | 31.500.000,00 |
| 36 | LADARIO | 79.000.000,00 | 76 | TAQUARUSSU | 31.238.000,00 |
| 37 | MIRANDA | 78.700.000,00 | 77 | FIGUEIRAO | 30.000.000,00 |
| 38 | SELVIRIA | 78.000.000,00 | 78 | ROCHEDO | 28.600.000,00 |
| 39 | MUNDO NOVO | 77.905.192,00 | 79 | RIO NEGRO | 25.000.000,00 |
| 40 | ITAQUIRAÍ | 73.600.000,00 | | | |
| | | | | TOTAL | 14.008.629.925,94 |

Fonte: elaborado pelo próprio autor com base em pesquisa no banco de dados do sistema e-TCE do TCE-MS.

APÊNDICE B - SOMATÓRIO DOS GASTOS COM SAÚDE DOS MUNICÍPIOS DO MATO GROSSO DO SUL, EM 2021

| | MUNICIPIO | GASTOS SAÚDE | | MUNICIPIO | GASTOS SAÚDE |
|----|-------------------------|-----------------|----|--------------------------|---------------|
| 1 | CAMPO GRANDE | 657.883.244,26 | 42 | ITAQUIRAI | 11.416.084,08 |
| 2 | TRES LAGOAS | 156.037.830,48 | 43 | DOIS IRMAOS DO BURITI | 11.381.317,38 |
| 3 | DOURADOS | 151.126.508,95 | 44 | IGUATEMI | 10.963.072,54 |
| 4 | CORUMBA | 98.517.815,06 | 45 | BODOQUENA | 10.908.300,19 |
| 5 | NAVIRAI | 46.892.060,32 | 46 | ELDORADO | 10.407.473,78 |
| 6 | SAO GABRIEL DO OESTE | 40.672.416,03 | 47 | ANGELICA | 10.370.913,78 |
| 7 | CHAPADAO DO SUL | 40.170.491,35 | 48 | DEODAPOLIS | 10.283.365,32 |
| 8 | PONTA PORA | 38.881.361,21 | 49 | PARAISO DAS AGUAS | 10.106.428,84 |
| 9 | SONORA | 38.072.767,56 | 50 | BANDEIRANTES | 9.525.137,64 |
| 10 | RIO BRILHANTE | 37.115.109,12 | 51 | CORONEL SAPUCAIA | 9.188.398,71 |
| 11 | MARACAJU | 36.910.391,27 | 52 | NIOAQUE | 9.173.034,01 |
| 12 | AMAMBAI | 36.774.917,38 | 53 | JATEI | 9.048.201,87 |
| 13 | NOVA ANDRADINA | 30.209.035,37 | 54 | LAGUNA CARAPA | 8.942.432,63 |
| 14 | SIDROLANDIA | 29.994.314,88 | 55 | ANAURILANDIA | 8.885.906,91 |
| 15 | COSTA RICA | 29.494.362,54 | 56 | ANTONIO JOAO | 8.798.029,55 |

| | | | | | |
|----|--------------------------|---------------|----|----------------------|--------------|
| 16 | AQUIDAUANA | 26.438.635,76 | 57 | FATIMA DO SUL | 8.779.065,77 |
| 17 | CAARAPO | 26.040.724,61 | 58 | ALCINOPOLIS | 8.660.173,20 |
| 18 | BONITO | 25.128.659,91 | 59 | BATAYPORA | 8.556.225,44 |
| 19 | RIO VERDE DE MATO GROSSO | 24.553.170,89 | 60 | PARANHOS | 8.459.758,27 |
| 20 | RIBAS DO RIO PARDO | 24.245.073,70 | 61 | SANTA RITA DO PARDO | 8.293.962,50 |
| 21 | NOVA ALVORADA DO SUL | 24.160.017,37 | 62 | SETE QUEDAS | 7.952.922,76 |
| 22 | AGUA CLARA | 24.042.472,03 | 63 | JARAGUARI | 7.882.790,66 |
| 23 | PARANAIBA | 22.624.593,71 | 64 | GUIA LOPES DA LAGUNA | 7.803.701,01 |

APÊNDICE B.1 CONTINUAÇÃO - SOMATÓRIO DOS GASTOS COM SAÚDE DOS MUNICÍPIOS DO MATO GROSSO DO SUL, EM 2021

| | MUNICIPIO | GASTOS SAÚDE | | MUNICIPIO | GASTOS SAÚDE |
|----|----------------------|---------------|----|-----------------------|-------------------------|
| 24 | IVINHEMA | 22.495.861,84 | 65 | TACURU | 7.788.182,39 |
| 25 | BATAGUASSU | 20.721.090,59 | 66 | FIGUEIRAO | 7.415.387,59 |
| 26 | APARECIDA DO TABOADO | 19.215.127,31 | 67 | JUTI | 7.003.102,64 |
| 27 | MIRANDA | 19.021.418,79 | 68 | LADARIO | 6.954.510,86 |
| 28 | COXIM | 18.226.968,83 | 69 | TAQUARUSSU | 6.686.346,21 |
| 29 | TERENOS | 17.810.909,00 | 70 | GLORIA DE DOURADOS | 6.383.669,94 |
| 30 | JARDIM | 16.892.898,57 | 71 | ROCHEDO | 6.040.804,76 |
| 31 | SELVIRIA | 15.994.313,73 | 72 | PEDRO GOMES | 5.999.187,94 |
| 32 | CASSILANDIA | 14.973.025,80 | 73 | VICENTINA | 5.892.819,69 |
| 33 | ANASTACIO | 13.285.193,61 | 74 | CARACOL | 4.949.847,90 |
| 34 | ITAPORA | 13.278.956,30 | 75 | RIO NEGRO | 4.772.275,88 |
| 35 | INOCENCIA | 12.960.329,69 | 76 | CORGUINHO | 4.669.099,98 |
| 36 | ARAL MOREIRA | 12.255.410,98 | 77 | DOURADINA | 4.532.457,15 |
| 37 | CAMAPUA | 12.027.394,77 | 78 | NOVO HORIZONTE DO SUL | 4.468.083,77 |
| 38 | PORTO MURTINHO | 11.957.487,57 | 79 | JAPORA | 4.227.226,87 |
| 39 | BELA VISTA | 11.845.915,39 | | | |
| 40 | BRASILANDIA | 11.722.282,83 | | | |
| 41 | MUNDO NOVO | 11.524.701,17 | | | |
| | | | | TOTAL | 2.245.764.960,94 |

Fonte: elaborado pelo próprio autor com base em pesquisa no banco de dados do sistema e-TCE do TCE-MS.

APÊNDICE C – MODELO DE PARECER DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Parecer do Conselho Municipal de Saúde do Município de XXXXX**1.INTRODUÇÃO**

O Conselho Municipal de Saúde do Município de XXX no uso de suas competências atribuídas pelo arcabouço jurídico que rege a matéria, apresenta o seu parecer acerca das contas da saúde do Município.

O presente parecer utiliza como critérios de avaliação as seguintes normas:

| | Normativo | Descrição e Hierarquia |
|---|--|---|
| 1 | Constituição Federal de 1988 | Carta Constitucional/Lei maior |
| 2 | Lei nº 8.080/1990 | Lei Orgânica da Saúde – Regulamenta o SUS |
| 3 | Lei nº 8.142/1990 | Lei que regulamenta a participação da Comunidade no SUS |
| 4 | Lei Complementar nº 141/2012 | Lei das Finanças das Saúde |
| 5 | Decreto nº 7.508/2011 | Regulamenta a Lei nº 8080/1990 |
| 6 | Resolução Ministério da Saúde nº453/2012 | Aprovar as seguintes diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde |

2.DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

O Conselho Municipal de Saúde do Município de XXX, instituído pela *nº do normativo que regulamenta o conselho*, atua de forma regular, fiscalizando os recursos destinados a saúde, nos termos do Art. 77 § 3º do ADCT da CF88.

3.DAS LEIS Nº 8.080/1990 E 8.142/1990

O Conselho Municipal de Saúde do Município de XXX *tem/não tem* composição paritária e o município *está/não está* apto a receber os recursos do Fundo Nacional de Saúde para cobertura das ações e serviços de saúde. *Foi/não* aprovada a política consubstanciada no Plano de Saúde do Município e o Conselho *participou/não participou* da pactuação e da responsabilização pelo fornecimento de medicamentos.

Ademais, o Conselho Municipal de Saúde do Município de XXX *acompanhou/não acompanhou* a movimentação da conta única onde foram depositados os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS).

APÊNDICE C.1 CONTINUAÇÃO – MODELOS DE PARECER DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

4.DA LEI COMPLEMENTAR Nº 141/2012

O Conselho Municipal de Saúde do Município de XXX *recebeu/não recebeu* as informações sobre o montante dos recursos transferidos da União para o município e *estão/não estão* de acordo como Plano Nacional de Saúde. A metodologia explicitada no Plano Estadual de Saúde, a alocação dos recursos estaduais e a previsão anual de recursos ao Municípios, pactuadas pelos gestores estaduais e municipais, em comissão intergestores bipartite *foi/não foi* aprovada.

Foi/não foi constatada a existência de Consórcios ou outras formas de cooperativismo para execução conjunta das ações e serviços, com/sem remanejamento de parcelas dos recursos do Fundo de Saúde.

O Conselho Municipal de Saúde do Município de XXX *deliberou/não deliberou* sobre o estabelecimento de prioridades do plano plurianual, as leis de diretrizes orçamentárias, as leis orçamentárias e os planos de aplicação dos recursos do fundo municipal de saúde.

A Secretaria Municipal de Saúde *deu/não deu* ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, do Plano de Saúde, das prestações de contas periódicas da área da saúde, para consulta e apreciação dos cidadãos e de instituições da sociedade, com ênfase no que se refere a avaliação do Conselho Municipal de Saúde sobre a gestão do SUS. Além disso, foi encaminhada a programação anual do Plano de Saúde para aprovação e o Relatório de Gestão dentro dos prazos estipulados em lei.

O Conselho Municipal de Saúde do Município de XXX fiscalizou e aprovou os seguintes itens: i) a elaboração e execução do Plano de Saúde Plurianual; (ii) o cumprimento das metas para a saúde estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias; (iii) a aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde, observadas as regras da Lei Complementar nº 141/2012; (iv) as transferências dos recursos aos Fundos de Saúde; (v) a aplicação dos recursos vinculados ao SUS; (vi) a destinação dos recursos obtidos com a alienação de ativos adquiridos com recursos vinculados à saúde.

5.DA RESOLUÇÃO MS N° 453/2012

As vagas do Conselho Municipal de Saúde do Município de XXX *estão/não estão* distribuídas de acordo com a paridade proposta na Resolução n° 453/2012, o número de conselheiros *foi/não foi* definido pelo próprio Conselho e instituído em lei. O Conselho *possui/não possui* autonomia financeira e administrativa, *possui/não possui* dotação orçamentária e *possui/não possui* secretaria executiva com a infraestrutura necessária para o seu funcionamento.

O Conselho Municipal de Saúde do Município de XXX *dispõe/ não dispõe* de canal para acolher as demandas da população que foram aprovadas nas Conferências de Saúde.

Foi/não foi discutida, elaborada e aprovada as propostas de operacionalização das diretrizes aprovadas nas Conferências de Saúde e *foram/não foram* definidas as diretrizes para elaboração dos planos de saúde e *foi/não foi* deliberado sobre o seu conteúdo, conforme as diversas situações epidemiológicas e a capacidade organizacional dos serviços.

Por fim, Conselho Municipal de Saúde do Município de XXX *atuou/não atuou* na formulação e no controle da execução da política de saúde, incluindo os seus aspectos econômicos e financeiros, e propor estratégias para a sua aplicação aos setores público e privado e *estabeleceu/não estabeleceu* estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do SUS.

É o parecer

Município, data.