Universidade de Brasília

Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade
Departamento de Gestão de Políticas Públicas

ISABELA NÓBILE DA SILVA

EFETIVIDADE DELIBERATIVA DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE: UMA ANÁLISE DA DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES PARA AS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO ORÇAMENTO PÚBLICO FEDERAL

Brasília – DF
2015

ISABELA NÓBILE DA SILVA

EFETIVIDADE DELIBERATIVA DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE: UMA ANÁLISE DA DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES PARA AS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO ORÇAMENTO PÚBLICO FEDERAL

Monografia apresentada ao Curso de Gestão de Políticas Públicas como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Gestão de Políticas Públicas.

Professora Orientadora: Doutora Christiana Soares de Freitas.

Professor Co-orientador: Doutor Daniel Pitangueira de Avelino.

Brasília - DF

2015

ISABELA NÓBILE DA SILVA

EFETIVIDADE DELIBERATIVA DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE: UMA ANÁLISE DA DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES PARA AS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO ORÇAMENTO PÚBLICO FEDERAL

A Comissão Examinadora, abaixo identificada, aprova o Trabalho de Conclusão do Curso de Gestão de Políticas Públicas da Universidade de Brasília da aluna

Isabela Nóbile da Silva

Profª Dra. Christiana Soares de Freitas
Professora-Orientadora

Prof. Dr. Daniel Pitangueira de Avelino
Professor Co-Orientador

Profª Dra. Magda de Lima Lúcio
Professor-Examinador

Brasília, 2 de julho de 2015.

Aos meus pais, Marcelo e Vânia, minhas fontes infinitas de inspiração, dedicação, orgulho e amor.

RESUMO

A partir da Constituição Federal de 1988, houve a institucionalização de instâncias que marcaram uma nova relação entre Estado e sociedade no contexto de um regime democrático participativo, alterando os paradigmas da gestão pública e da distribuição dos recursos públicos, em especial os Conselhos de Políticas Públicas. O processo de formulação das políticas públicas passa a ser realizado com base em novas diretrizes, buscando-se a legitimidade e o controle social em relação à condução das ações do Estado e a absorção das reais demandas da população, em um processo participativo capaz de incluir diversos atores sociais e gerir os conflitos advindos dessa nova estruturação da gestão pública. No escopo do presente trabalho será analisado o Conselho Nacional de Saúde (CNS) em relação à efetividade deliberativa, entendida como sua capacidade de influenciar no processo de alocação de recursos do Orçamento Público Federal. Assim, utilizando uma pesquisa qualitativa, foram analisadas as atas das reuniões ordinárias do CNS do ano de 2013, a partir das quais são formulados atos normativos denominados Resoluções. Procedeu-se ao estudo da Resolução nº 467, de 11 de abril de 2013 do CNS, que estabelece prioridades em relação às ações e serviços de saúde a serem consideradas na formulação da Lei Orçamentária Anual de 2014 (LOA 2014). Não obstante a existência de limites e considerações a serem efetuadas em relação à análise, a partir da metodologia utilizada pôde-se verificar que há certa convergência entre as diretrizes estabelecidas na respectiva Resolução e a proposição de ações orçamentárias na LOA 2014, mostrando que há um potencial de efetividade das deliberações realizadas no âmbito da respectiva instância, uma vez que ela influencia, pela definição de prioridades a serem consideradas nas ações e serviços de saúde, a alocação de recursos públicos.

Palavras-chave: Conselho Nacional de Saúde. Efetividade Deliberativa. Lei Orçamentária Anual

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Diretrizes estabelecidas pelo artigo 1º da Resolução nº 467/2013 do CNS. 46
Quadro 2 – Relação entre as ações MAC e AB do Ministério da Saúde. 48
Quadro 3 – Diretrizes estabelecidas pelo artigo 2º da resolução nº 467/2013 do CNS..... 51

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Ações orçamentárias constantes na LOA de 2014. 47
Tabela 2 – Descrição das ações orçamentárias vetadas na Lei orçamentária de 2014..... 49

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CN – Congresso Nacional

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

COFIN – Comissão Intersetorial de Financiamento e Orçamento

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretariais Municipais de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

DOU – Diário Oficial da União

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

FNS – Fundo Nacional de Saúde

FUNASA – Fundação Nacional de Saúde

GP – Governança Pública

HEMOBRÁS – Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia

IPs – Instâncias Participativas

LC – Lei Complementar

LOA – Lei Orçamentária Anual

MAC – Média e Alta Complexidade

MRS – Movimento da Reforma Sanitária

MS – Ministério da Saúde

PLDO – Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias

SIOP – Sistema Integrado de Orçamento e Planejamento

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 9
1.1 – Contextualização 9
1.2 – Problema de Pesquisa 12
1.3 – Objetivos 13
1.3.1 – Objetivo Geral 13
1.3.2 – Objetivos Específicos 13
1.4 – Justificativa 13
2 REFERENCIAL TEÓRICO 17
2.1 – O exercício da democracia pelas Instâncias Participativas 17
2.2 – Políticas Públicas e Governança 19
2.3 – Participação Social 22
2.4 – Conselhos de Políticas Públicas 24
2.4.1 – Conselho Nacional de Saúde 26
2.4.2 – Limites ao Potencial Democratizante do Conselho de Saúde 28
2.5 – Efetividade deliberativa e alocação de recursos públicos 31
3 METODOLOGIA 36
3.1 – Tipologia e descrição geral dos métodos de pesquisa 36
3.2 – Caracterização e descrição do objeto de pesquisa 38
3.3 – Procedimentos adotados na coleta de dados 40
3.4 – Limitações da análise 43
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO 45
5 CONCLUSÕES 54
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 58
7 APÊNDICE 64
8 ANEXOS 73

1 INTRODUÇÃO

Esta seção traz uma breve explicitação do tema a ser analisado no decorrer do presente trabalho, sendo dividida em contextualização do assunto, formulação do problema de pesquisa, objetivos – geral e específico, e a justificativa da escolha do tema.

1.1 – Contextualização

Com a complexidade e diversidade da sociedade, velhos modelos organizacionais mostraram-se inadequados frente à nova dinâmica da sociedade em face à emergência de novos ideais, abrindo espaço para o movimento da Governança Pública (GP). Assim, novos modelos de gestão pública passam a surgir no contexto das reformas administrativas, consolidando novas práticas e estratégias para a condução das ações do Estado, dentre eles, práticas participativas, especialmente a institucionalização de Instâncias Participativas (IPs).

Essas IPs, segundo Avritzer (2008), seriam instrumentos de incorporação de atores sociais na construção e deliberação das políticas públicas em um processo de partilha de poder. Nesse contexto, essas instâncias surgem e multiplicam-se em todos os níveis governamentais e em várias temáticas, dentre eles, os Conselhos de Saúde.

Os Conselhos de Saúde são instâncias estabelecidas como um marco institucional para a participação social nas políticas públicas, tendo como base os movimentos sociais de luta por mudanças na estrutura do sistema de saúde brasileiro, como a 8ª Conferência Nacional de Saúde e a Reforma Sanitária Brasileira.

Esses movimentos, por sua vez, embasaram a consolidação da participação da comunidade como uma diretriz constitucional a ser seguida na formulação das ações e serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo fundamentais para a democratização do setor:

> O elemento que sobressai na VIII Conferência Nacional de Saúde é a combinação entre a reivindicação de um Estado mais ativista por parte do Movimento Sanitarista e de uma forma popular de controle público por parte dos movimentos populares. Esta combinação gerou a instituição participativa no Conselho como forma geral da participação na saúde (AVRITZER, 2008, p.53).

Dessa forma, como explicitado anteriormente, o Movimento da Reforma Sanitária (MRS) representou a expressão da sociedade civil em relação às necessidades de mudanças na estruturação do sistema de saúde, em especial na consolidação da saúde como um direito

universal, fato que foi levado a um debate a nível institucional por meio da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Esses movimentos contaram com a participação de diversos setores da sociedade, ampliando assim, a gama dos atores envolvidos na definição de prioridades em relação ao processo decisório do Estado ao incorporá-los no processo de formação da agenda governamental, o que é refletido na atual composição das instâncias colegiadas do SUS.

Assim, esses movimentos buscaram criar diretrizes para a reformulação do sistema de saúde pública brasileiro, elegendo princípios que seriam absorvidos pela Constituinte de 1988 em seu capítulo sobre a saúde:

> A ampla legitimidade conquistada ao longo do processo de mobilização em torno da Reforma Sanitária aliada à capacidade de elaborar propostas foram fatores cruciais para que o texto constitucional aprovado em 1988, assim como a Lei Orgânica da Saúde (Leis n. 8080/90 e n. 8142/90), contemplassem a maior parte das proposições da 8ª CNS e da MRS (CONASS, 2009, p.18).

Nesse contexto, com a promulgação da Constituição Federal de 1988, a estruturação do arranjo da saúde pública brasileira ganha novos contornos com a criação do SUS e com a delimitação de princípios organizativos que mudariam a relação entre Estado e sociedade e a forma de prestação dos serviços de saúde, sendo assim, previstos a descentralização das ações, o atendimento integral e a participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Nesse contexto, a Constituição Federal de 1988 institui um novo marco normativo para a gestão das políticas públicas, especialmente na área da saúde:

> A concepção da saúde inscrita na Constituição trouxe mudanças significativas nas relações de poder político e na distribuição de responsabilidades entre o Estado e a sociedade, e entre os distintos níveis de governo. Coerentes com essa concepção ampliaram-se os canais de participação dos gestores da área e dos usuários do sistema, instituindo-se Conferências de saúde e Conselhos de saúde em cada esfera de governo, como instâncias colegiadas para a participação social na gestão do Sistema Único de Saúde (ROCHA, 2008, p.139).

Assim, a Constituição Cidadã criou mecanismos de participação no processo decisório nos três níveis governamentais, fomentando a democracia participativa e servindo de base para a institucionalização dos Conselhos de Saúde, rompendo com as formas tradicionais de gestão pública ao criar novos espaços de deliberação das ações do Estado. O marco normativo desse novo modelo de gestão pode ser evidenciado especialmente no artigo 198 da Constituição Federal de 1998:

> Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:
> I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III – participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Dessa forma, a incorporação da participação da comunidade como diretriz pela Constituição Federal de 1988 refletiu sua importância como fator que possibilitasse a legitimação das políticas públicas, uma vez que as demandas da população teriam a potencialidade de serem incorporadas no processo decisório governamental. Assim, esse processo favoreceu o empoderamento dos cidadãos na medida em que o Estado passa a transferir parte do poder decisório e do controle sobre suas ações para a sociedade, permitindo maior efetividade, legitimidade e transparência na gestão pública.

Tendo como base os preceitos dos movimentos sociais e dos dispositivos legais e constitucionais, os Conselhos de Saúde mudaram seu caráter ao se tornarem instâncias deliberativas e permanentes com a participação social institucionalizada e regulamentada posteriormente pelas Leis Orgânicas de Saúde: A Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências e a Lei nº 8142, de 28 de setembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

A Lei nº 8080/90 coloca a participação da comunidade como um princípio estruturante do SUS e a Lei nº 8142/90 regulamenta essa participação ao prever a criação de duas instâncias colegiadas: As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde, instituídos em todas as esferas da Federação. Conforme disposição da Lei nº 8142/90, a principal atribuição do Conselho fundamenta-se na “formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros” (BRASIL, 1990), além disso, a partir dessa lei, os Conselhos de Saúde passam a ter representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais da saúde e usuários, em composição paritária em relação aos demais segmentos.

Esse caráter híbrido dos Conselhos, segundo Tatagiba e Almeida (2012, p.69) “torna o processo decisório mais permeável aos diversos interesses implicados na elaboração e execução das políticas públicas, favorecendo decisões mais justas e legítimas”.

No âmbito da efetivação da democracia, com a inclusão de novos atores sociais no ciclo das políticas públicas para além dos gestores e burocratas, os Conselhos de Políticas Públicas tornam-se instrumentos que consolidam a participação social em um nível institucionalizado. Neles houve a inclusão de diversos *stakeholders* como participantes ativos em debates, na formulação e na fiscalização das políticas públicas, objetivando maior transparência, legitimidade e efetividade.

Assim, a construção da saúde pública nos moldes atuais foi um processo marcado pela mobilização de atores sociais para a consolidação de um sistema que garantisse a saúde como pública e como um direito a ser efetivado pelo Estado. Esse processo tem como resultado a institucionalização de instâncias de participação social, especialmente dos Conselhos de Saúde como um dos principais instrumentos de participação social agindo diretamente na fiscalização, controle e definição de prioridades e na execução das políticas públicas na área de saúde.

1.2 – Problema de Pesquisa

O Brasil é um país de redemocratização recente, e não obstante a isso, conta com a institucionalização de diversas instâncias de participação popular, dentre eles os Conselhos de Políticas Públicas, que inserem em seu desenho institucional uma pluralidade de atores, permitindo a criação de uma relação mais horizontal entre representantes e representados, uma vez que a sociedade civil passa a ser um ator ativo na formulação da agenda governamental e na determinação das demandas que serão concretizadas em políticas públicas.

Entretanto, a existência e mesmo o acesso a essas instâncias não se consolida, necessariamente, em participação efetiva, na medida em que suas demandas podem permanecer inócuas, não conseguindo produzir o efeito esperado ou dispersas em meio a discursos técnicos e questões políticas, esvaziando seu caráter participativo e criando uma distância entre as competências estabelecidas e os impactos reais.

Desse modo, é cabível questionar se a construção desses espaços se dá como um mecanismo de participação direta e efetiva, ou se são apenas instrumentos para a legitimação de decisões que, de certa forma, já foram tomadas na cúpula do Estado antes mesmo de sua discussão nessas instâncias.

Assim, propõe-se analisar a efetividade do Conselho Nacional de Saúde em relação a sua capacidade de exercer influência sobre as ações e decisões do Estado no tocante à definição de prioridades para a alocação de recursos públicos, que poderão ser consolidados em políticas

públicas que atendam as demandas da população, atuando assim, na resolução de problemas de interesse coletivo.

Essa efetividade será medida em relação à capacidade deliberativa do CNS, entendida como sua função de "debater, decidir e controlar a política pública à qual estão vinculados, ou seja, que apresentem o potencial de propor e/ou alterar o formato e o conteúdo de políticas e, com isto, suas deliberações incidem diretamente sobre a (re) distribuição de recursos públicos" (ALMEIDA; CUNHA, 2011, p.109).

Dessa forma, a efetividade poderá ser evidenciada pela capacidade dessas instâncias em definir diretrizes para a alocação de recursos do Orçamento Público visando à provisão de serviços públicos de saúde considerados prioritários. Assim, propõe-se como pergunta norteadora do presente trabalho, o seguinte questionamento: Em que medida as deliberações do Conselho Nacional de Saúde em relação à definição de prioridades para as ações e serviços de saúde são consideradas pelo Poder Público na alocação dos recursos do Orçamento Federal?

1.3 – Objetivos

1.3.1 – Objetivo Geral: Averiguar a efetividade do Conselho Nacional de Saúde como instância capaz de influenciar na definição de prioridades para a alocação de recursos públicos do Orçamento Público Federal.

1.3.2 – Objetivos Específicos:

- Analisar o processo deliberativo do CNS a partir dos atos normativos formulados nas reuniões ordinárias ocorridas no ano de 2013, procurando identificar propostas relativas à alocação de recursos nas Leis Orçamentárias do ano de 2014;
- Identificar nesses atos normativos, em especial na Resolução nº 467/2013 do CNS, as prioridades definidas a serem seguidas como diretrizes para a formulação de ações e serviços públicos de saúde;
- Descrever a relação entre as prioridades definidas no processo deliberativo do CNS em relação às necessidades em termos de serviços de saúde pública e a proposição de ações orçamentárias e outras iniciativas que corroborem com as respectivas diretrizes estabelecidas pelo CNS.

1.4 – Justificativa

Os Conselhos de Políticas Públicas são canais institucionalizados de participação, marcando uma reconfiguração entre Estado e sociedade. Assim, segundo Carneiro (2006), constituem-se em um dos principais instrumentos de gestão social das políticas públicas e de fortalecimento da democracia e da cidadania.

Entretanto, apenas a institucionalização dessas instâncias, ou seja, da formalização de sua existência e de seu funcionamento, não assegura a participação plena e efetiva da sociedade, já que "apenas o fato de existir um Conselho para a gestão de políticas em determinado setor não significa que haverá uma redução no número de irregularidades ou na má gestão das políticas públicas" (SANTANA, 2011, p.67). Assim, no contexto do atual campo de estudos sobre instâncias participativas, a análise de sua efetividade coloca-se como imperativo frente à necessidade de aprimorar suas prerrogativas democráticas de forma a consolidar sua institucionalização.

O primeiro momento de análise das instituições participativas em geral, e dos Conselhos de Políticas Públicas em especial, insere-se no seu próprio surgimento, seu desenho institucional e suas potencialidades como um mecanismo capaz de promover o aprofundamento democrático e uma gestão pública mais transparente, focando assim, em uma defesa dessas instituições (SILVA, K., 2011). Assim,

> A primeira geração de estudos deste campo foi caracterizada, em grande medida, pela preocupação em defender as IPs enquanto instrumentos para o alcance de determinados objetivos político-normativos subjacentes ao processo de democratização brasileiro. Ao mesmo tempo, observa-se nessa geração uma disputa pela construção deste tema enquanto "objeto" científico legítimo, demarcando um espaço próprio perante outros campos mais consolidados e reconhecidos academicamente (SILVA, K. 2011, p.233).

Posteriormente, as atenções voltaram-se para uma análise mais crítica sobre os limites democratizantes dessas instâncias e os obstáculos a uma participação mais efetiva que, de fato, concretizasse os pressupostos que pretendiam em sua institucionalização. Assim, de acordo com Silva K. (2011) passam a surgir análises que enfocavam os *gaps* existentes entre as competências estabelecidas e o real alcance de suas prerrogativas democráticas.

Em um terceiro momento, o foco das análises passou a ser calcada na qualidade dos processos e resultados, passando ao estudo da efetividade democrática e em uma avaliação dos resultados gerados. Dessa forma "a participação deixou de ser tratada em termos de 'ter' ou 'não ter' e em que quantidade, para ser tratada em termos de qualidade do seu processo, isto é, 'o que a faz melhor ou pior'" (VAZ, 2011, p.92).

A importância dessa análise baseia-se no fato de que apenas quando os Conselhos são realmente efetivos, ou seja, "quando têm suas funções deliberativas e de fiscalização em pleno funcionamento" (SANTANA, 2011, p.61), é que eles se consolidam como canais importantes para o aumento da eficiência das políticas públicas, justificando sua existência.

Nesse contexto, a efetividade está relacionada com o "impacto social que procura identificar os efeitos produzidos sobre uma população alvo" (SANO; FILHO, 2013, p. 40), colocando-se como um indicador adequado para se analisar o alcance das ações do Estado, uma vez que evidencia se a consolidação de um determinado objetivo trouxe melhorias para a coletividade, sendo assim, o efeito das práticas implementadas. Portanto, a efetividade deliberativa pode ser percebida como:

> O questionamento se e sob que condições a introdução, a institucionalização e a ampla disseminação de processos participativos provocariam melhorias no funcionamento dos governos, na implementação de suas políticas públicas e nos resultados destas para a qualidade de vida e acesso a bens públicos por parte dos cidadãos brasileiros (PIRES *et al*., 2011, p.347).

Assim, passada a fase de análise da institucionalização e dos potenciais democratizantes das instâncias participativas e das críticas realizadas aos seus limites e fraquezas, torna-se necessário o exame de seu real impacto. A partir do exposto, nota-se que a efetividade das instâncias colegiadas, em especial dos Conselhos de Políticas Públicas na área da saúde, ainda necessita de reflexões que contribuam para a sua melhoria.

Dessa forma, o estudo desses mecanismos situa-se como um ponto relevante no atual debate sobre as instâncias participativas brasileiras como forma de entender o processo de consolidação da democracia participativa e da Governança Pública como possível modelo atual de gestão pública capaz de fornecer serviços públicos que atendam as reais necessidades dos cidadãos. Essa análise baseia-se na prerrogativa de que essas instâncias possam extrapolar o cumprimento de uma obrigação legal, revestindo-se de um caráter não apenas teórico e sendo, de fato, uma ferramenta capaz de efetivar o controle e a participação social, consolidando os preceitos constitucionais, legais e, dessa forma, os anseios da sociedade.

Além disso, a demonstração do impacto da efetividade dessas instâncias, como uma forma de aferir seu desempenho, é essencial para sua consolidação e permanência no cenário atual da gestão pública brasileira, já que elas se fortalecem na medida em que concretizam as demandas sociais, afetando positivamente este processo, ou se esvaziam uma vez constatado que não produzem alterações na consolidação das políticas públicas.

Desta forma, a partir da contextualização apresentada, justifica-se a relevância desse Trabalho de Conclusão de Curso como forma de contribuir com os estudos já desenvolvidos sobre a efetividade dos Conselhos de Políticas Públicas, em especial a do Conselho Nacional de Saúde e sua capacidade de influenciar nas ações e decisões do Estado no tocante à definição de prioridades para a alocação de recursos públicos.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Nesta parte do trabalho serão expostos os principais temas correlatos ao objeto de estudo e que servirão como base teórica para o mesmo, procedendo-se a uma revisão da literatura. Serão analisadas a democracia no contexto participativo; as políticas públicas no âmbito da Governança; a prática da participação social, a institucionalização dos Conselhos de Políticas Públicas, em especial o Conselho Nacional de Saúde, e por fim, a efetividade deliberativa e a alocação de recursos públicos no Orçamento Federal.

2.1 – O exercício da democracia pelas Instâncias Participativas

A democracia pode ser entendida como um regime político que prevê a garantia de direitos fundamentais e o sufrágio universal, sendo este exercido pelo povo ou por meio de representantes eleitos. Nesse regime político em sua vertente representativa, predominante no sistema político atual, segundo Faria (2012, p.37) "caberia ao povo tão somente eleger seus representantes de acordo com os melhores anseios e aptidões técnicas para, em seu nome, exercer o poder de decidir sobre os assuntos públicos".

Entretanto, a complexidade e a pluralidade das demandas da sociedade contemporânea passam a evidenciar a necessidade de melhor interação entre os representantes do Poder Público e a sociedade civil na gestão das políticas públicas, dada a participação limitada do povo nas decisões políticas uma vez que "o papel primordial do cidadão em relação ao Estado concentrar-se-ia principalmente na participação das eleições, sendo o voto a expressão máxima de controle sobre os representantes, profissionais experientes em políticas públicas" (FARIA, 2012, p.32).

Esses novos arranjos fazem com que o modelo representativo de democracia não mais se legitimasse, dado que o Estado passa a não ser capaz de atender às variadas demandas da sociedade de forma plena, levando assim, a uma situação desfavorável do ponto de vista da efetividade das políticas públicas e do processo decisório governamental. Esse processo gerou uma crise de representação que passou a questionar o regime político vigente:

> A partir da segunda metade do Século XX, as relações entre Estado e sociedade mudaram profundamente e a dinâmica social impôs novos comportamentos e posturas aos atores individuais e coletivos. Nessa conjuntura, as correlações de força se alteraram e a democracia representativa passou a ser questionada como método capaz de responder às demandas materiais, culturais e por participação da sociedade (JÚNIOR; GERSCHMAN, 2013, p.8).

Essa crise do modelo de democracia representativa abre espaço para o surgimento de novos arranjos institucionais e novas formas de democracia, uma vez que, segundo Júnior e Gerschman (2013), nesse regime político haveria "considerável déficit de legitimidade, demasiada distância entre representantes e representados, escassez de mecanismos do que se convencionou chamar, tempo depois, de *accountability*" (p.127).

Assim, segundo Faria (2012), dessas críticas ao modelo anterior surgem duas correntes de democracia que pretendem inserir instrumentos que possibilitassem dar maior legitimidade ao processo decisório no âmbito do Estado: A corrente participacionista e a deliberativa. A primeira tem como base uma "maior atuação da esfera civil no universo político durante o exercício dos mandatos" (FARIA, 2012, p.32), já a segunda vertente dá ênfase à "necessidade de participação da sociedade em formatos e objetivos específicos de debate que valorizem a busca da 'razão pública'" (Idem, p. 33).

Em relação à corrente deliberativa Cunha (2009) explicita que:

> A associação entre democracia e deliberação passou a identificar a legitimidade democrática não mais com a agregação de preferências ou interesses por meio do voto e com a representação, mas com a possibilidade de que os indivíduos, submetidos a uma decisão coletiva, pudessem estar engajados numa deliberação autêntica sobre tal decisão e que esta só deveria ser aceita se considerada suficientemente convincente. Ou seja, há uma valorização dos processos de decisão coletiva que possibilitam reflexão e debate e, em decorrência, melhoram a qualidade das decisões (p. 76).

Esses novos modelos possibilitariam a inserção de instituições capazes de legitimar as decisões políticas, uma vez que as demandas da sociedade civil seriam, de alguma forma, absorvidas pelo processo de formulação e implementação de políticas públicas. Isso aumentaria a qualidade e efetividade das respostas do Estado aos problemas e questões de interesse público, uma vez que envolvem os cidadãos no processo de tomada de decisão e fortalecem o controle da gestão pública.

De acordo com Avritzer (2002) na Constituição Federal de 1988 foram incluídas propostas de fortalecimento do poder de influência dos atores sociais. Assim, observa-se a institucionalização de várias iniciativas de consolidação da participação social, criando-se movimentos e instâncias que objetivam a ampliação da democracia no âmbito de suas tendências mais atuais surgidas a partir da inadequação do modelo tradicional de democracia representativa.

Nesse contexto, novos modelos de democracia se consolidam e surgem as instâncias participativas, como os Conselhos de Políticas Públicas. Essa relação entre a institucionalização

dessas instâncias e o fortalecimento de novos paradigmas da democracia é explicitado por Tatagiba (2005), já que segundo a autora, elas constituíram-se em "uma das principais experiências de democracia participativa no Brasil contemporâneo [...], representando uma conquista inegável do ponto de vista da construção de uma institucionalidade democrática" (p.1), além de "apostar na intensificação e na institucionalização do diálogo entre governo e sociedade – em canais públicos e plurais – como condição para uma alocação mais justa e eficiente dos recursos públicos" (Ibidem, p.1).

Assim, os Conselhos de Políticas Públicas constituem-se novas formas de relacionamento entre sociedade e Estado no contexto de um regime político mais participativo, possibilitando a aproximação dos cidadãos no processo decisório governamental. Eles são mecanismos que fortalecem a legitimação das políticas públicas e a consolidação da democracia participativa, já que "os Conselhos são, ao mesmo tempo, resultado do processo de democratização do país e pressupostos para a consolidação dessa democracia" (JÚNIOR; GERSCHMAN, 2013, p.8).

2.2 – Políticas Públicas e Governança

Com o aprofundamento do regime democrático, especialmente no âmbito dos novos modelos que surgem no cenário da gestão pública brasileira, as responsabilidades do Estado se diversificaram, voltando-se à garantia do bem-estar da sociedade e à absorção das demandas sociais, o que é concretizado por meio do desenvolvimento de ações do Estado que se voltam às necessidades da sociedade.

Esse processo é realizado por meio da formulação de políticas públicas que, segundo Deubel (2002, tradução nossa), existiriam quando instituições estatais assumem a tarefa de alcançar objetivos estimados como desejáveis ou necessários por meio de um processo destinado a mudar um estado de coisas percebido como problemático; sendo assim, ações que se desenvolvem para e por meio de atores sociais com o propósito de alterar uma realidade socialmente insatisfatória.

A formulação dessas políticas constitui-se na forma de promover o bem-estar da sociedade por meio de programas e atividades que objetivam a alocação de recursos para a solução de problemas de interesse público, constituindo-se ferramentas de decisão do Estado objetivando a consolidação de direitos, conforme explicita Bucci (1997):

> O fundamento mediato das políticas públicas, o que justifica o seu aparecimento, é a própria existência dos direitos sociais – aqueles,

> dentre o rol de direitos fundamentais do homem, que se concretizam por meio de prestações positivas do Estado. [...] A função estatal de coordenar as ações públicas (serviços públicos) e privadas para a realização de direitos dos cidadãos – à saúde, à habitação, à previdência, à educação – legitima-se pelo convencimento da sociedade quanto à necessidade de realização desses direitos sociais (p.90).

O processo de formulação das políticas públicas pode ser visto como um procedimento cíclico, não linear, e composto de várias fases, assim denominado ciclo de políticas públicas, tipologia a qual "vê a política pública como um ciclo deliberativo, formado por vários estágios e constituindo um processo dinâmico e de aprendizado" (SOUZA, 2006, p.29).

As fases desse ciclo propostas por Frey (2000) são: A percepção e definição de problemas; a formação da agenda (*agenda-setting*); a elaboração de programas e decisão, implementação de políticas e a avaliação das políticas e a correção da ação. O processo é iniciado, segundo Frey (2000) a partir da percepção de um fato como um problema por atores sociais, fazendo com que ele seja relevante politicamente, gerando o *policy cycle*.

Na etapa seguinte, denominada formação da agenda, os principais problemas a serem tratados pelo governo serão realmente definidos, já que há a necessidade de priorizar as questões em termos de relevância, dada a abundância e complexidade das demandas em face aos recursos escassos necessários para sua concretização. Assim, "somente na fase do 'agenda setting' se decide se um tema efetivamente vem sendo inserido na pauta política atual ou se o tema deve ser excluído ou adiado para uma data posterior, e isso não obstante a sua relevância de ação" (FREY, 2000, p.227).

Posteriormente, buscam-se soluções para os problemas identificados; sendo assim, a elaboração de programas é seguida da escolha da alternativa de ação mais apropriada a ser empreendida para a solução do problema. Esse processo é seguido pela implementação da escolha feita, transformando o que foi planejado em uma ação e, por fim, avalia-se se o processo de fato atendeu aos objetivos que foram delimitados, procedendo-se a possíveis correções se os impactos efetivos da política não corresponderem aos efeitos planejados. Assim, essa fase:

> Trata-se de indagar os déficits de impacto e os efeitos colaterais indesejados para poder deduzir consequências para ações e programas futuros. A avaliação ou controle de impacto pode, no caso de os objetivos do programa terem sido alcançados, levar ou à suspensão ou ao fim do ciclo político, ou, caso contrário, à iniciação de um novo ciclo (FREY, 2000, p.228).

Segundo a definição de Easton (1968 apud RUA, 1998), as políticas públicas podem ser vistas como um sistema, havendo uma relação entre o processo de formulação anteriormente descrito, os resultados e o ambiente, uma vez que os atores sociais demarcariam os *inputs*, que

seriam processados pelo sistema político e transformados em *outputs*. Esse mecanismo objetiva, assim, satisfazer as demandas que são apresentadas pelos atores sociais ou pelos agentes do sistema político ao Estado (RUA, 1998).

Assim, segundo Dye (2009), por meio desse modelo de análise, as políticas públicas seriam o resultado de um processamento, através do sistema político, das demandas sociais por meio das quais os grupos da sociedade, reagindo às necessidades e problemas identificados, tentam influenciar o processo decisório e assim, transformar essas demandas em respostas do Estado a elas.

O modelo de Governança Pública pretende aprofundar a absorção dessas demandas sociais pelo processo que as concretiza em políticas públicas, ao ampliar a inserção e a participação de novos atores sociais na definição da agenda governamental, priorizando determinados *inputs* e considerando-os como relevantes na alocação de recursos. Esse cenário abre espaço para o surgimento de uma relação mais horizontal entre Estado e sociedade e novos modelos de gestão, como a Governança Pública, definida por Secchi (2009) como "um resgate da política dentro da administração pública, diminuindo a importância de critérios técnicos nos processos de decisão e um reforço de mecanismos participativos de deliberação na esfera pública" (p.359).

Nesse contexto, a sociedade passa, efetivamente, a ter canais que possibilitem a participação no processo decisório e no ciclo das políticas públicas, já que a sua formulação e implementação deixam de ser uma prerrogativa exclusiva do Estado, passando a ser algo compartilhado por diversos atores em um processo participativo.

Dessa forma, a Governança Pública surge como um novo modelo de gestão pública ao possibilitar a inserção de novos atores no processo decisório governamental fazendo com que as fronteiras entre Estado e sociedade se atenuassem, criando articulações e relações mais fluidas, gerando ganhos de efetividade, legitimidade e controle das ações do Estado.

Assim, de acordo com Secchi (2009) esse novo paradigma de gestão denotaria pluralismo, uma vez que diversos atores sociais passam a ter prerrogativa de influenciar no processo de formulação de políticas públicas. Esse cenário, segundo o referido autor traduzir-se-ia em "uma mudança do papel do Estado (menos hierárquico e menos monopolista) na solução de problemas públicos" (p.358-9), com a introdução de elementos da democracia deliberativa no cenário da gestão de políticas públicas, culminando posteriormente com a criação de instâncias participativas.

> A GP disponibiliza plataformas organizacionais para facilitar o alcance de objetivos públicos tais como o envolvimento de cidadãos na construção de

> políticas, fazendo uso de mecanismos de democracia deliberativa e redes de políticas públicas (SECCHI, 2009. p.360).

Esse processo de institucionalização de instâncias participativas geraria um círculo virtuoso, uma vez que "uma maior participação social na Administração Pública garantiria maior legitimidade aos governos, que continuariam a desenvolver políticas públicas efetivas" (SANTANA, 2011, p.61).

2.3 – Participação Social

O Brasil foi considerado um país com reduzida cultura cívica até o processo de redemocratização, uma vez que havia a predominância de "formas verticais de organização da sociabilidade política decorrentes de um processo de colonização que constituiu uma esfera pública fraca e ampliadora da desigualdade social" (AVRITZER, 2006, p.1).

A partir da década de 1970 começa a consolidar-se no Brasil uma sociedade civil organizada em torno de princípios democráticos, impulsionada pelo crescimento exponencial das associações civis, da reavaliação da ideia de direitos, da defesa da ideia de autonomia organizacional em relação ao Estado e de formas públicas de apresentação de demandas e de negociação com o Estado (AVRITIZER, 2006).

Segundo Rolim, Cruz e Sampaio (2013) após um longo período de regime militar e ditatorial no qual as decisões concernentes à condução das políticas do Estado eram monopolizadas, fortemente centralizadas e autoritárias, a redemocratização do país e a Constituinte de 1988 trouxeram novas diretrizes para o modelo de gestão então vigente visando uma aproximação entre o Estado e os cidadãos.

A partir das lutas e movimentos no âmbito da sociedade civil para a consolidação de direitos em diversas áreas, os atores sociais "direcionaram suas energias para a construção e defesa de políticas públicas universais e garantidoras dos direitos [...] por meio da criação de sistemas descentralizados e participativos nas políticas públicas" (CICONELLO, 2013, p. 22). Assim, a Constituinte de 1988 pretendeu consolidar esses direitos ao prever a participação social na formulação das políticas públicas e o controle social, especialmente por meio da criação de instâncias participativas.

Com a mobilização da sociedade pela reestruturação do arranjo do Estado, por novos modelos de gestão das políticas públicas e da necessidade de uma nova perspectiva em relação à prática democrática, a participação da sociedade no processo decisório governamental passa a ser institucionalizada como forma de buscar a legitimação das ações do Estado. Há assim, a

criação de novos espaços de participação social que dão voz às demandas dos cidadãos como forma de consolidar a prática da democracia participativa no país.

> A criação desses espaços baseou-se na crença de que eles impulsionariam a democratização das relações sociais e dos processos políticos e, simultaneamente, proporcionariam maior eficácia à gestão das políticas públicas. O potencial democratizante dessas instituições estava diretamente relacionado à capacidade inclusiva desses espaços uma vez que deveriam promover e abrigar a participação de novos atores e novas temáticas (FARIA; RIBEIRO, 2011, p.125).

Nesse contexto, os cidadãos passam a ser atores sociais com capacidade de influenciar na definição de prioridades na agenda governamental e na formulação das políticas públicas. Esse processo faz com que a participação social seja um instrumento de governança, podendo ser definida como "a possibilidade de indivíduos e coletivos fortalecerem sua capacidade de percepção, opinarem e participarem efetivamente na implantação e gestão dos serviços públicos, adotando a perspectiva de empoderamento" (COTTA; CAZAL; MARTINS, 2010, p.8).

A participação social passa então a ser um mecanismo legitimador das decisões do Estado, uma vez que as diretrizes do processo decisório são desenhadas no interior de instâncias participativas formadas por membros da sociedade, público alvo das ações e serviços públicos, levando a ganhos de efetividade e melhorando a qualidade das políticas públicas. Assim, "a inclusão de um espectro mais amplo de cidadãos na vida pública [...] amplia a supervisão do processo político e promove um debate público mais consistente, o que presumivelmente resultaria em políticas públicas mais eficazes e mais equitativas" (COELHO, 2011, p.279).

Nesse contexto, a prática participativa levaria a consolidação da democracia e da cidadania, uma vez que, de acordo com Lavalle (2011, p. 38) "geraria efeitos distributivos quando realizada no marco de instituições incumbidas de orientar as políticas e as prioridades do gasto público", além de "contribuir para a racionalização e eficiência das políticas sujeitas ao controle social" (Ibidem, p. 38).

Dessa forma, as instâncias participativas seriam espaços capazes de aumentar a efetividade da alocação dos recursos públicos, uma vez que as receitas públicas seriam empenhadas de acordo com as demandas dos cidadãos coletadas via canais institucionalizados, fazendo com que o Estado redirecione os gastos para as reais necessidades da sociedade. Assim, dado seu potencial democratizante e legitimador, as instâncias participativas passam a ser canais cada vez mais presentes na estrutura institucional do país, marcando um novo modelo de relação entre Estado e sociedade.

2.4 – Conselhos de Políticas Públicas

Com a abertura democrática, a partir da década de 1980, como exposto anteriormente, postulou-se a necessidade de revisão do modelo de gestão das políticas públicas vigente, abrindo espaço para propostas que objetivassem a ampliação da participação e do controle social.

Nesse contexto, diversos espaços participativos foram criados e institucionalizados como ferramentas de decisão das políticas, dentre eles o Conselho de Políticas Públicas, definido pelo Decreto nº 8243, de 23 de maio de 2014, como "instância colegiada temática permanente, instituída por ato normativo, de diálogo entre a sociedade civil e o governo para promover a participação no processo decisório e na gestão das políticas públicas" (BRASIL, 2014).

Assim, esses espaços constituem-se em:

> Exemplos paradigmáticos deste processo recente de reconfiguração nas práticas políticas no País, enquanto espaços que trazem novos desafios e perspectivas para a teoria democrática, não apenas porque estão assentados na ideia de participação, mas também por instituírem novas práticas e atores no campo da representação política (BORBA; LUCHMANN, 2010, p.232).

Nesse contexto, em consonância com as novas demandas da sociedade civil que passava a se organizar em torno de um ideal democrático mais participativo, dada a crise de legitimidade da representação política e da insatisfação geral em torno das políticas sociais, são criadas essas instâncias participativas, especialmente na área da saúde, conforme exposto por Rolim, Cruz e Sampaio (2013):

> Tendo em vista que os mecanismos de representação social não eram mais suficientes para garantir o exercício da democracia e os interesses dos cidadãos, criaram-se os Conselhos de saúde [...] O princípio que inspirou a criação dessas instâncias foi a constatação de que a atividade político eleitoral era insuficiente para representar uma análise, fiscalização e julgamento dos governos (p.142).

Os Conselhos de Políticas Públicas, como instrumentos de controle social, permitem que os atores sociais tenham um papel a desempenhar em relação à formulação das políticas públicas e ao processo decisório governamental, uma vez que segundo Carneiro (2006) eles seriam "canais de participação política, de controle público sobre a ação governamental, de deliberação legalmente institucionalizada e de publicização das ações do governo" (p.151) constituindo-se em um ideal da governança democrática e de *accountability* societal.

Esses espaços constituem-se assim, em fóruns em que os participantes discutem questões pertinentes e apresentam propostas, ajudando no processo de definição de prioridades para o setor. Posteriormente, cabe ao Estado transformar esses *inputs* em políticas públicas que sejam condizentes com as diretrizes elaboradas nessas instâncias e que sejam respostas efetivas aos problemas e prioridades definidas no processo deliberativo.

Assim, por meio desses espaços de participação social, é possibilitado aos cidadãos o exercício do controle social, definido por Rolim, Cruz e Sampaio (2013, p.141) como as ações exercidas para "monitorar, fiscalizar, avaliar e interferir na gestão estatal", tendo esse mecanismo, de um lado, um sentido de vigilância e responsabilização, de outro, de efetividade e compromisso com a gestão das coisas do Estado (Idem, 2013).

Como espaços plurais que inserem novos atores, os Conselhos constituem-se em canais de representação de demandas sociais ao articular sociedade civil e Estado, de modo a influenciar no ciclo das políticas públicas. Assim, de acordo com Borba e Luchmann (2010), são "instâncias de definição, decisão e controle das principais diretrizes e metas governamentais nas diferentes áreas sociais [...]. Podem (e devem) obrigar o Estado a seguir diretrizes elaboradas em cogestão com a sociedade civil" (p.230).

Nesse contexto, os Conselhos constituem-se em espaços que possibilitam a criação de interações mais diretas entre as demandas da sociedade e o processo político, auxiliando na alocação mais efetiva de recursos públicos e na maior aceitação por parte dos cidadãos da implementação das políticas públicas, uma vez que elas passam por um processo de legitimação dentro destes canais participativos.

Além da participação, outros princípios são elencados por Cunha (2009) como norteadores para a institucionalização desses espaços:

> Os Conselhos de política, portanto, foram instituídos a partir dos seguintes princípios: Participação – ampliação dos canais de participação política da sociedade; representação – possibilidade de que diferentes concepções (defendidas por atores sociais e estatais) sobre a amplitude e a direção dos direitos de cidadania se expressem; deliberação – as decisões sobre a política pública devem ser precedidas por debates inclusivos e públicos; publicidade – transparência quanto às posições dos atores, aos debates e às decisões que têm efeito vinculante; autonomia – possibilidade de construírem as regras de seu funcionamento e os seus critérios de decisão (p.129).

Assim, o Estado passa a institucionalizar canais que possibilitassem um diálogo maior com os cidadãos, de forma a aumentar a qualidade dos serviços prestados e a efetividade das políticas públicas. Nesse âmbito, os Conselhos de Políticas surgem em diversas áreas sociais e em todos os níveis da Federação como forma de legitimar a ação estatal.

Os Conselhos de Políticas Públicas da área da saúde caracterizam-se por sua natureza deliberativa, evidenciando sua prerrogativa inerente de decidir sobre quais estratégias serão usadas nas políticas públicas de saúde, fazendo com que o Conselho passe a ser, segundo Silva F. (2011), um espaço de construção argumentativa de propostas e de espaço de decisão, dando a ele, seu caráter deliberativo. Assim:

> O exercício do caráter deliberativo dos Conselhos está diretamente associado à sua capacidade de superar a posição de mero espaço de passagem daqueles fluxos para se constituir num espaço legítimo e efetivo de sua interpelação segundo as exigências públicas da justiça e dos direitos (TATAGIBA, 2012, p.83).

De acordo com Almeida e Cunha (2011), a natureza deliberativa dos Conselhos indica que eles possuem a função normativa de "debater, decidir e controlar a política pública à qual estão vinculados, [...] apresentem o potencial de propor e/ou alterar o formato e o conteúdo das políticas, e, com isto, suas deliberações incidem diretamente sobre a redistribuição de recursos públicos" (p.109). Assim, a qualidade do processo deliberativo poderia ser verificada a partir da efetividade deliberativa.

> [...] Os Conselhos de saúde foram criados como instâncias permanentes e possuem caráter deliberativo. Essa característica deliberativa os diferencia dos demais Conselhos de outros segmentos sociais, bem como de instâncias de participação em saúde de diversos países, com natureza apenas consultiva. Também, o formato da composição dos Conselhos constitui-se em importante fator de fortalecimento da democracia. A principal inovação corresponde à paridade entre representantes dos usuários e demais segmentos, o que concede à representação dos atores sociais metade dos assentos do Conselho (JÚNIOR; GERSCHMAN, 2013, p.13).

2.4.1 – Conselho Nacional de Saúde

A institucionalização de instâncias participativas nos moldes atuais, constituindo-se em mecanismos híbridos de diálogo entre a sociedade e o Estado em um contexto de Governança Pública, é prevista na Constituição Federal de 1988, uma vez que a participação da comunidade foi colocada como diretriz a ser seguida nas ações e serviços de saúde. Posteriormente, a participação foi regulamentada pelas Leis Orgânicas da Saúde, em especial a Lei nº 8142/90 que prevê a criação dos Conselhos de Saúde como instâncias colegiadas e deliberativas em cada esfera de governo.

O Conselho Nacional de Saúde (CNS), no período anterior à década de 1990, era um órgão de natureza meramente consultiva do Ministério da Saúde, limitando-se à discussão de questões internas, sendo seus membros indicados pelo respectivo Ministro. Assim,

caracterizava-se como um “colegiado formado por especialistas em assuntos de saúde pública, com caráter consultivo e normativo [...] estabelecendo normas e diretrizes técnicas e emitindo pareceres sempre que convocado” (BRASIL, 2015).

Assim, a partir da década de 1990, foi institucionalizado um novo Conselho Nacional de Saúde, com base nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde estabelecidos na Constituição Federal de 1988: “Além de congregar diversos segmentos da sociedade, este novo CNS possui caráter deliberativo: pode analisar e deliberar sobre assuntos de saúde pública, através de resoluções, que devem ser adotadas pelo Ministério da Saúde” (BRASIL, 2015).

O Conselho Nacional de Saúde em seus moldes atuais é um órgão permanente e colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, sendo a instância máxima de deliberação do SUS e composto por representantes de vários segmentos da sociedade. Ele atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros e na deliberação, fiscalização, acompanhamento e monitoramento das políticas públicas, sendo competente ainda para aprovar o orçamento da saúde e para acompanhar a sua execução orçamentária (BRASIL, 2015).

Destacam-se as seguintes competências do Plenário, segundo seu Regimento Interno, definido pela Resolução nº 407 de 2008 do CNS:

> IV – aprovar a proposta setorial da saúde, no Plano Plurianual, Lei de Diretrizes Orçamentárias e no Orçamento Geral da União e participar da consolidação do Orçamento da Seguridade Social, após análise anual dos planos de metas, compatibilizando-a com os planos de metas previamente aprovados, observado o princípio do processo de planejamento e orçamento ascendente. [...] VIII – definir diretrizes e fiscalizar a movimentação e aplicação dos recursos financeiros do SUS, em âmbito federal, com base no cumprimento dos percentuais definidos na Resolução CNS nº 322, de 8 de maio de 2003, na Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000, e na legislação vigente sobre o tema (BRASIL, 2008).

Assim, o CNS se apresenta como uma ferramenta que altera a interação entre sociedade e Estado ao empoderar os cidadãos colocando-os como participantes do processo decisório relativo à formulação de políticas públicas de saúde a nível federal. Esses atores passam a ter poder de intervir na formação da agenda governamental uma vez que influenciam, por meio da deliberação nessa instância, a definição de prioridades em relação à alocação de recursos, evidenciando os temas de interesse público que serão debatidos abrindo a possibilidade de sua consolidação posterior em ações e serviços de saúde.

Nesse contexto, têm-se como marco delimitador dessa competência as prerrogativas estabelecidas pela Lei Complementar (LC) nº 141, de 13 de janeiro de 2012, cabendo ao CNS

definir prioridades para a alocação de recursos relativos às ações e serviços de saúde nas Leis Orçamentárias.

> [...] Art. 30. 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. § 4º Caberá aos Conselhos de Saúde deliberar sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades (BRASIL, 2012).

Dessa forma, o Conselho Nacional de Saúde é a instância a nível federal que possibilita a participação da população no processo de gestão das políticas públicas com o objetivo de criar diretrizes e estabelecer estratégias para a definição de prioridades em termos de ações e serviços de saúde e para a deliberação das demandas em termos de políticas públicas em consonância com os preceitos legais e constitucionais, sendo assim, um instrumento essencial para a consolidação da prática da democracia participativa e da efetividade em relação à alocação de recursos públicos.

2.4.2 – Limites ao Potencial Democratizante do Conselho de Saúde

Segundo a Lei nº 8142/90, para a efetivação da descentralização dos recursos do Fundo Nacional de Saúde, os entes subnacionais deverão contar, dentre outros requisitos, com a instituição do Conselho de Saúde com composição paritária.

> No processo de formalização dos Conselhos foram utilizadas distintas estratégias de indução do governo federal para a adoção da ideia pelos governos locais. Geralmente é exigida a instalação de Conselhos gestores para que se efetive a descentralização de boa parte dos recursos para determinado setor (LUBAMBO e COUTINHO, 2004 apud SANTANA, 2011, p.67).

Dessa forma, houve criação de Conselhos de Saúde nos três níveis da federação, dada a obrigatoriedade de sua institucionalização para o repasse de recursos necessários à consecução das ações de saúde, fazendo com que eles fossem dependentes do Estado. Assim, não obstante a importância dessas instâncias como mecanismos capazes de consolidar o processo de democratização e o controle social, essas funções podem esvaziar-se, fazendo com que eles sejam meramente um discurso participativo, não conseguindo consolidar suas prerrogativas na prática.

Vaz (2011) aponta que os Conselhos de Políticas Públicas seriam apenas uma forma de representação de grupo, já que os representantes da sociedade não são cidadãos comuns, e

sim, representantes de organizações específicas. Nesse contexto, “a legitimidade da representação exercida por atores da sociedade civil estaria ligada muito mais a uma representação de temas do que a uma representação de pessoas e/ou perspectivas específicas” (AVRITZER, 2007 apud VAZ, 2011, p.102).

Segundo Martins *et al* (2008) observa-se ainda ingerências políticas na escolha dos conselheiros, especialmente dos representantes dos cidadãos, fazendo com que eles não sejam capazes de representar os reais interesses dos usuários comuns, já que “em muitos casos, mesmo que a presença quantitativa dos representantes da população seja assegurada pelo requisito jurídico da paridade, não se observa correspondência direta da capacidade de intervenção desse grupo” (MARTINS *et al.*, 2008, p.111).

Ainda em relação à representação, segundo Martins *et al* (2008) em alguns casos nota-se que os membros do Conselho apresentam um conhecimento insatisfatório sobre seu papel, o que é utilizado por alguns gestores como pretexto para reforçar a imagem de que os representantes dos usuários são tecnicamente despreparados, justificando a atuação de representantes do governo no controle das atividades do órgão. Assim:

> Os Conselhos acabam sendo interpretados como instâncias meramente homologatórias das decisões do gestor, atendendo muito mais a uma formalidade legal do sistema do que propondo formas de alterações nas relações de poder entre sociedade e Estado (OLIVEIRA; GUSMÃO, 2004 apud MARTINS *et al.*, 2008, p.112).

De acordo com Fonseca (2011) essa assimetria de informações levaria a uma tendência de burocratização dos processos e de concentração de poder no segmento governamental, uma vez que os gestores teriam o domínio da linguagem técnica e dos conhecimentos especializados para a deliberação das políticas públicas. Nesse contexto, de acordo com Silva F. (2011):

> Baseando-se na análise empírica do funcionamento de IPs já mais bem consolidadas revelaram-se desilusões quanto a inúmeros aspectos embutidos nos pressupostos da primeira fase, tais como: excessivo poder de agenda do governo em relação à sociedade civil; presença de linguagem excessivamente técnica nas reuniões, com a exclusão de alguns setores sociais do pleno engajamento nos processos deliberativos; ou colonização dos ambientes e processos deliberativos por “participantes de ofício” (p.187).

Essa desigual distribuição de recursos, como conhecimento, informação e competência especializada, poderia induzir a uma “pseudoparticipação social” (SANTANA, 2011, p.63), uma vez que, segundo Santana (2011) há a institucionalização de canais de participação capazes de promover um debate público amplo permitindo o acesso de diversos atores sociais ao

processo decisório, mas que acabariam tendo suas prerrogativas esvaziadas já que esses atores não possuem capacidade de influenciar, de fato, no curso das ações.

Além disso, o desenho institucional dessas instâncias pode levar a uma justaposição de competências para os conselheiros, uma vez que eles "encaminham e ao mesmo tempo deliberam sobre as demandas sociais; exercem o controle social e são objeto desse controle; são responsáveis pelo controle e, muitas vezes, pela execução das políticas" (TATAGIBA; ALMEIDA, 2012, p.76).

Assim, cria-se a dificuldade de se efetivar o controle das ações do Estado por uma instância inserida dentro da estrutura organizacional do próprio Estado:

> A ampla abrangência de competências do Conselho também influência na limitação da participação. Aos Conselhos competem numerosas tarefas internas e externas que sobrecarregam demasiadamente o trabalho dos conselheiros. Atividades como deliberar sobre a política de saúde, acompanhar sua implementação e fiscalizar os aspectos econômicos e financeiros do setor requerem conhecimentos específicos e uma disponibilidade de tempo incompatível para a maioria dos conselheiros (JÚNIOR; GERSCHMAN, 2013, p.13).

Ademais, a prática participativa institucionalizada no país ainda é recente fazendo com que a cultura cívica e associativa da população brasileira, apesar de crescente, seja ainda limitada, trazendo velhos vícios da sociedade brasileira no âmbito das deliberações das instâncias, uma vez que "práticas clientelistas, nepotismo, oligarquização das cúpulas, autoritarismo, pouca transparência nas decisões e na prestação de contas não são realidades distante de boa parte dos Conselhos" (JÚNIOR; GERSCHMAN, 2013, p.13).

Ainda nesse contexto, segundo Wampler (2011) a continuidade da participação dos cidadãos é baseada na percepção da eficácia das instituições participativas como mecanismos efetivos de mudança, sendo sua própria efetividade um limite a essas instâncias. Uma vez que não há a percepção de impactos reais gerados pela participação nesses espaços, a própria participação esvazia-se:

> Se as IPs não produzem mudanças significativas ou se elas não são percebidas como propiciadoras de processos de mudança, então se torna menos provável que os participantes continuem a investir nelas. Isto é verdade tanto para os representantes do governo, quanto para os cidadãos e demais representantes da sociedade civil (WAMPLER, 2011, p.43).

Dessa forma, essas limitações de cunho institucional, técnico ou histórico podem colocar em xeque a efetividade dessas instâncias, consubstanciando-se em um obstáculo à concretização de suas prerrogativas democráticas, fazendo com que elas sejam apenas teóricas,

não conseguindo permear o campo prático e assim, não trazendo efeitos reais ao processo de formulação das políticas públicas.

2.5 – Efetividade deliberativa e alocação de recursos públicos

A efetividade de uma ação governamental relaciona-se, segundo Facchini (2008), com as modificações introduzidas por uma intervenção no cotidiano daqueles que são afetadas por ela, sendo assim, a medida de alcance dessas intervenções: "[...] a efetividade é adequada para avaliar o cumprimento de objetivos, metas e funções das ações programáticas institucionais da Atenção Básica à Saúde" (FACHINI, 2008, p.160).

Essa medida de desempenho relaciona-se ao impacto de determinada ação governamental na realidade prática de seu público alvo como resultado da absorção das demandas da população pelas instâncias decisórias, gerando um potencial para serem concretizadas em melhorias expressivas na vida da sociedade, sendo assim, um indicador do Estado Social.

Assim, a efetividade pode ser avaliada de acordo com a função de fiscalização, delineada com o propósito de "aumentar a probabilidade de que os recursos e o tempo de trabalho dos funcionários públicos sejam utilizados efetivamente no desenho de políticas e de normativas para a área" (WAMPLER, 2011, p.45) ou de acordo com a função deliberativa, a qual "permite aos cidadãos e às lideranças comunitárias identificar os tipos de programas que acreditam ser mais benéficos para as suas respectivas comunidades" (Idem, p.46).

No contexto das instâncias participativas de caráter deliberativo, a efetividade pode ser entendida como o efeito do processo deliberativo sobre a formulação, implementação e/ou avaliação das políticas públicas, de maneira que o processo decisório seja capaz de concretizar as diretrizes e prioridades definidas no âmbito dessas instâncias em ações e serviços públicos consonantes com as demandas sociais. Assim, Cunha (2009) define a efetividade deliberativa como a:

> Capacidade efetiva de se influenciar, controlar e decidir sobre determinada política pública, o que se expressa na institucionalização dos procedimentos, na pluralidade da composição, na deliberação pública e inclusiva, na proposição de novos temas, no controle e na decisão sobre as ações públicas, na igualdade deliberativa entre os participantes (p.188).

Dessa forma, a efetividade é medida pela capacidade de se exercer influência sobre as ações e decisões do Estado em relação à definição de prioridades a serem consideradas na alocação de recursos públicos, e assim, gerando um potencial de provisão de serviços públicos

para o suprimento das reais demandas da população e a resolução de problemas de interesse coletivo.

Diante do exposto, a análise da alocação dos recursos públicos pode ser usada como instrumento para a avaliação da efetividade das instâncias participativas, uma vez que, "como as IPs se concentram na formulação de políticas, as interações entre os atores concentram em como os recursos e a autoridade do Estado podem ser aproveitados para produzir melhores resultados das políticas" (WAMPLER, 2011, p.49).

Nesse contexto, segundo Riani (2011), a alocação de recursos públicos constitui-se na principal peça de atuação do governo, uma vez que por meio do gasto público o Estado estabelece prioridades em relação à prestação de serviços públicos e aos investimentos a serem realizados:

> Os gastos públicos podem, em última instância, ser conceituados como uma escolha política dos governos no que se refere aos diversos serviços que prestam à sociedade. Representam o custo da quantidade e da qualidade dos serviços e bens oferecidos pelo governo (p.54).

Segundo Giacomoni (2010), "a atividade estatal na alocação de recursos justifica-se naqueles casos em que não houver a necessária eficiência por parte do mecanismo de ação privada" (p.23), destacando-se nesse caso, a provisão de bens públicos e bens meritórios, como é o caso da saúde. Devido às externalidades positivas advindas da provisão da saúde como pública, ela foi inserida no rol de direitos sociais como uma obrigação do Estado, devendo contar para isso, com o aporte de recursos públicos necessários à sua consecução, os quais são estabelecidos no Orçamento Público.

Dessa forma, segundo Salvador (2010) a Constituição Federal de 1988 contemplou avanços em alguns aspectos relacionados aos direitos da cidadania, incluindo o direito à saúde. Entretanto, de acordo com o autor, para que essas conquistas sejam efetivadas deve haver um aporte prioritário de recursos no Orçamento Público, devendo ser alocados de forma progressiva para a concretização desses direitos.

> Assim, além da necessidade de marcos normativos, leis, instituições legítimas e sistema judicial, as políticas públicas no âmbito dos direitos, para serem implementadas, necessitam de recursos financeiros. O Orçamento Público é um instrumento de realização desses direitos, devendo assegurar e expressar os requisitos de cumprimento dos direitos, refletindo as prioridades definidas pelo governo na execução e na escolha das políticas públicas (SALVADOR, 2010, p.180).

A alocação desses recursos deve seguir parâmetros estabelecidos no Orçamento Público, um instrumento de planejamento das decisões políticas que reflete os interesses

envolvidos na distribuição dos recursos públicos: “O dimensionamento desses gastos permite compreender e mensurar a importância dada a cada política pública no contexto histórico da conjuntura econômica, social e política vivenciada no país” (Salvador, 2010, p.172). Assim, segundo Salvador (2010) o Orçamento Público não se limita a uma peça técnica e formal, sendo um mecanismo de cunho político, uma vez que orienta as discussões em relação ao financiamento das ações do Estado e como ele é usado como mecanismo de direcionamento dos gastos.

Dessa forma, o Orçamento Público é um instrumento fundamental no planejamento estatal já que possibilita a consolidação desses direitos, uma vez que define as estratégias e prioridades a serem seguidas na alocação de recursos, e assim, no funcionamento do Estado, na formulação de políticas públicas e na provisão de serviços públicos. Nesse contexto:

> O Orçamento representa além do que simples demonstrativo previsor da arrecadação e dos gastos de um país num lapso temporal, tratando-se de um verdadeiro instrumento político, uma vez que não é possível dissociar o Orçamento dos interesses sociais. Trata-se, portanto, de um plano governamental, que representa a vontade do povo, que é representado pelos membros do Poder Legislativo (HARADA, 1997, p.60).

A peça orçamentária define como o Estado implementará suas ações por meio dos gastos públicos, sendo assim, um instrumento de gestão, o que é regido por princípios administrativos. Pelo princípio orçamentário da totalidade há a coexistência de múltiplos orçamentos: O Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), que devem sofrer consolidação de forma a permitir uma visão geral do conjunto das finanças públicas, devendo haver a harmonia e consonância entre eles (BRASIL, 2015).

De acordo com a Constituição Federal de 1988, a lei que instituir o PPA deverá estabelecer, de forma regionalizada, as diretrizes, objetivos e metas da Administração Pública Federal para as despesas de capital e outras delas decorrentes e para as relativas aos programas de duração continuada. Assim:

> Como uma das principais novidades do novo marco constitucional, o PPA passa a se constituir na síntese dos esforços de planejamento de toda a Administração Pública, orientando a elaboração dos demais planos e programas de governo, assim como do próprio orçamento anual (GIACOMONI, 2010, p. 219).

Já a LDO compreende as metas e prioridades da Administração Pública Federal, incluindo as despesas de capital para o exercício financeiro subsequente, além de orientar a elaboração da LOA, dispor sobre as alterações na legislação tributária, estabelecer a política de

aplicação das agências financeiras oficiais de fomento, dentre outras competências (BRASIL, 1998).

A LOA determina o orçamento fiscal, de investimento das empresas e da seguridade social, que abrange as entidades e órgãos a ela vinculados, incluindo a previdência e assistência social e a saúde (BRASIL, 1998). A respectiva Lei constitui-se em um instrumento de planejamento de curto prazo que "operacionaliza os programas setoriais e regionais de médio prazo, os quais [...] cumprem o marco fixado pelos planos nacionais em que estão definidos os grandes objetivos e metas, os projetos estratégicos e as políticas básicas" (GIACOMONI, 2010, p.217).

Nesse contexto, os recursos públicos previstos no Orçamento são alocados no processo decisório para a implementação de políticas públicas que estejam em consonância com as demandas sociais. A decisão da alocação desses recursos quando efetuada no interior de instâncias participativas, sendo norteada pelas prioridades definidas em seu âmbito, torna-se mais efetiva, uma vez que gerará efeitos mais próximos dos desejados tendo um impacto maior nos problemas percebidos e nas necessidades latentes daquela população alvo.

Entretanto, é necessário observar a natureza da Lei Orçamentária brasileira, uma vez que o Orçamento Público é uma lei em sentido formal, já que passa pelo processo legislativo, todavia, não é uma lei em sentido material, não gerando obrigação de seu cumprimento em geral, impossibilitando que haja a exigência, por parte da população, da concretização plena das ações orçamentárias designadas na Lei.

De tal modo, o Orçamento seria um pré-requisito para a realização de despesas e consequentemente da implementação das políticas públicas, entretanto, em geral, não garante que haja a concretização das ações lá estabelecidas. Assim, o fato de haver ações orçamentárias previstas nas Leis Orçamentárias não assegura que essas ações serão convertidas em programas e serviços públicos:

> A legislação e a execução prática do orçamento da União, no Brasil, consideram a despesa fixada na lei orçamentária como uma "autorização para gastar", e não como uma "obrigação de gastar". Isso abre espaço para que o Poder Executivo não realize algumas despesas previstas no orçamento. Trata-se do chamado "orçamento autorizativo", no qual parte das despesas pode ser "contingenciada" (MENDES; DIAS, 2014, p.1).

Diante do exposto, a efetividade deliberativa das IPs pode ser definida como a capacidade de transformar as deliberações realizadas em seu âmbito em recursos do Orçamento Público a serem alocados de acordo com as prioridades definidas em seu processo deliberativo, gerando o potencial de serem concretizados posteriormente em uma política pública que

consiga atender aos anseios de seu público alvo, já que os gastos públicos definem a direção e a forma de ação do Estado evidenciando as prioridades em termos de políticas públicas, não obstante à natureza apenas autorizativa do Orçamento Público brasileiro.

3 METODOLOGIA

Na metodologia serão descritos os métodos e técnicas de pesquisa utilizadas para se obter os dados que subsidiarão a discussão posterior como forma de se responder ao problema de pesquisa, evidenciando, assim, como a pesquisa foi operacionalizada.

A seguinte sessão é dividida em quatro partes: Tipologia e descrição geral dos métodos de pesquisa; procedimentos adotados na coleta de dados, caracterização e descrição do objeto de pesquisa e considerações em relação às limitações da análise.

3.1 – Tipologia e descrição geral dos métodos de pesquisa

A produção do conhecimento científico, que segundo Fachin (2003 apud Dalfovo; Lana; Silveira, 2008, p.1) seria o "resultado de uma investigação que segue uma metodologia baseada na realidade de fatos e fenômenos capazes de analisar, descobrir, concluir e resolver problemas" inicia-se a partir de questionamentos sobre o mundo social, procurando entender e propor soluções para essa problemática.

Assim, Dalfovo, Lana e Silveira (2008) colocam o problema como o propulsionador de um estudo científico, sendo ele o motivador de uma pesquisa científica fazendo dela um instrumento fundamental para a resolução de problemas coletivos quando aplicada às ciências sociais: "Só se inicia uma pesquisa se existir uma pergunta, uma dúvida para a qual se quer buscar a resposta. Pesquisar, portanto, é buscar ou procurar resposta para alguma coisa" (Gerhardt e Souza, 2009, p.12).

Buscando analisar se as instâncias participativas, especificamente o Conselho Gestor de Saúde em seu âmbito federal é, de fato, um espaço capaz de influenciar no processo de definição de prioridades a serem consideradas na alocação de recursos públicos e, assim, constituindo-se um instrumento efetivo de participação social, procedeu-se a realização do seguinte trabalho.

Os passos seguidos para a obtenção dessas respostas denominam-se metodologia, definida como o conjunto de abordagem que envolve o método, o tipo de pesquisa e o "conjunto de técnicas que possibilitam coletar e analisar informações sobre a realidade social que está sendo estudada" (Zanella, 2009, p.61), sendo assim, "o estudo dos caminhos a serem percorridos para se realizar uma pesquisa" (Ibidem, p.61).

Já o método é a "forma que o cientista escolhe para ampliar o conhecimento sobre determinado objeto, fato ou fenômeno. É uma série de procedimentos intelectuais e técnicos

adotados para atingir determinado conhecimento" (ZANELLA, 2009, p. 57), sendo assim, a forma de pensamento que o pesquisador escolhe para desenvolver a pesquisa.

Quanto à natureza, esse trabalho será uma pesquisa aplicada, uma vez que, "não obstante a finalidade prática da pesquisa, ela pode contribuir teoricamente com novos fatos para o planejamento de novas pesquisas ou mesmo para a compreensão teórica de certos setores do conhecimento" (FERRARI, 19882 p.171 apud Zanella 2009, p.72), sendo assim, baseada na solução de problemas concretos e práticos.

A abordagem de pesquisa utilizada no presente trabalho será a qualitativa, tendo ela, segundo Trivinos (1987 apud Zanella, 2009, p.75) "o ambiente natural como fonte direta dos dados", já que esses estudos "possuem como preocupação básica o mundo empírico em seu ambiente natural" (Ibidem, p.75), descrevendo os fenômenos por meio dos significados que o ambiente manifesta.

Dessa forma, a preocupação principal não é a representatividade numérica, mas sim o aprofundamento da compreensão de um grupo inserido no contexto da sociedade, conforme explicitam Silveira e Córdova (2009, p.32): "A pesquisa qualitativa preocupa-se, portanto, com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais".

Assim, "na metodologia qualitativa aplicada à saúde, emprega-se a concepção trazida das Ciências Humanas, segundo as quais não se buscam estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas" (TURATO, 2005, p.509). Nesse contexto, a abordagem da pesquisa qualitativa foi considerada a mais adequada para atingir a consecução dos objetivos propostos, a partir da seleção e análise de dados empíricos e documentais, possibilitando, desta forma, caracterizar e analisar o objeto de investigação em seu contexto político e histórico.

Quanto aos objetivos, a pesquisa pode ser considerada descritiva, uma vez que, segundo Gil (2008, p. 28), visa à "descrição das características de determinada população ou fenômeno", buscando ainda descobrir a existência de correlações entre variáveis no objeto estudado, o que, trazendo para o escopo deste trabalho, seria a relação entre as deliberações do CNS e a definição de prioridades a serem consideradas nas ações orçamentárias como forma de mensurar a efetividade desta instância.

> Esse tipo de pesquisa, segundo Selltiz *et al*. (1965), busca descrever um fenômeno ou situação em detalhe, especialmente o que está ocorrendo, permitindo abranger, com exatidão, as características de um indivíduo, uma

> situação, ou um grupo, bem como desvendar a relação entre os eventos (OLIVEIRA, 2011, p. 22).

3.2 – Caracterização e descrição do objeto de pesquisa

De acordo com a Lei nº 8.142/90, o CNS é um órgão vinculado ao Ministério da Saúde, com caráter permanente e deliberativo, devendo suas decisões serem homologadas pelo Ministro da Saúde. Segundo seu regimento interno, estabelecido pela Resolução nº 407, de 12 de setembro de 2008, as deliberações do CNS são realizadas pelo Plenário, fórum de deliberação plena e conclusiva formado pelos representantes de usuários, governo e prestadores da área da saúde e profissionais de saúde.

É a partir da natureza deliberativa estabelecida para o CNS que este trabalho se baseia, uma vez que, a partir dessa prerrogativa é possível analisar se as discussões realizadas nas reuniões conseguem extrapolar os limites de seu desenho organizacional e chegar à sociedade, influenciando na definição de prioridades a serem consideradas na alocação de recursos públicos para as ações e serviços de saúde.

As reuniões ordinárias ocorrem mensalmente e as extraordinárias são convocadas pelo Presidente do CNS ou por deliberação do Plenário, sendo ainda registradas em atas, que são documentos que descrevem esse processo. Assim:

> Dentro da análise documental, as atas das reuniões têm se apresentado como um importante recurso e fonte de dados. Por serem documentos que registram os atos de fala e os discursos políticos produzidos pelos atores no processo deliberativo, que sinalizam posições políticas, conflitos, consensos e propostas [...], as atas permitem analisar o processo argumentativo, central na teoria deliberativa (ALMEIDA; CUNHA, 2009, p.271).

Essa prerrogativa pode ser evidenciada pelas normativas estabelecidas no Regimento Interno do CNS, de acordo com a Resolução nº 407, de 12 de setembro de 2008.

> Art. 43 As reuniões do Plenário devem ser gravadas e das atas devem constar:
> I – A relação dos participantes, seguida do nome de cada membro com a menção da titularidade, titular ou suplente, e do órgão ou entidade que representa;
> II – Resumo de cada informe, onde conste de forma sucinta o nome do Conselheiro e o assunto ou sugestão apresentada;
> III – relação dos temas abordados na ordem do dia com indicação dos responsáveis pela apresentação e a inclusão de alguma observação quando expressamente solicitada por Conselheiro;
> IV – As deliberações tomadas, inclusive quanto à aprovação da ata da reunião anterior, aos temas a serem incluídos na pauta da reunião seguinte,

> registrando-se o número de votos contrários e favoráveis e as abstenções, incluindo a votação nominal quando solicitada;
> V – Inteiro teor de manifestações em Plenário transcritas, caso haja solicitação de Conselheiro (BRASIL, 2008).

Nesse contexto, as atas das reuniões são documentos que apresentam, de forma completa, as deliberações realizadas no âmbito do Conselho, sendo uma importante fonte para a análise das discussões arroladas nas reuniões e que servem de base para a proposição das Resoluções. Assim, as deliberações no âmbito do CNS são consubstanciadas, dentre outros atos, em Resoluções, sendo um ato geral, de caráter normativo e quando devidamente homologado pelo Ministro de Estado da Saúde é publicado no Diário Oficial da União – DOU (BRASIL, 2015).

De acordo com o Regimento Interno do CNS, não obstante as Resoluções necessitarem da homologação do respectivo Ministro para sua publicação no Diário Oficial da União, sendo assim, sua condição de eficácia e produção de efeitos jurídicos, é prerrogativa do Plenário do próprio Conselho a aceitação, revogação ou modificação das Resoluções, fazendo com que se mantenha o poder deliberativo dessa instância. Conforme em seu artigo 58:

> § 3° A Resolução aprovada pelo CNS que não for homologada pelo Ministro de Estado da Saúde, no prazo de até trinta dias após sua aprovação, deverá retornar ao Plenário do CNS na reunião seguinte, acompanhada de justificativa e proposta alternativa, se de sua conveniência, para avaliação do Pleno que poderá acatar as justificativas revogando, modificando ou mantendo a Resolução que, nos dois últimos casos, será reencaminhada ao Ministro para homologação;
> § 4° Se novamente o Ministro de Estado da Saúde não homologar a Resolução, nem se manifestar sobre esta em até trinta dias após o seu recebimento, ela retornará ao Plenário do CNS para os devidos encaminhamentos;
> § 5º As Resoluções do Conselho Nacional de Saúde somente poderão ser revogadas pelo Plenário (BRASIL, 2008).

Dentro de sua estrutura organizacional, o CNS conta ainda com as Comissões, organismos de assessoria do Plenário que “fornecem subsídios de discussão para deliberar sobre a formulação da estratégia e controle da execução de políticas públicas de saúde” (BRASIL, 2015). No âmbito deste trabalho destaca-se a Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento (COFIN), a qual tem por finalidade “subsidiar o CNS em suas atividades de promotor e apoiador do processo de controle social, especialmente na disseminação das atividades relativas à questão orçamentária e financeira” (Idem, 2015). Além disso, a COFIN tem a prerrogativa de acompanhar o processo de execução orçamentária do Ministério da Saúde

no contexto da Seguridade Social no âmbito do Orçamento Geral da União e colaborar na formulação de diretrizes para o processo de Planejamento e Avaliação do SUS.

Uma vez que o Conselho possui a função deliberativa estabelecida por Lei, ele se caracteriza por uma instância que não só apenas debate, como também decide sobre a forma e o conteúdo da política (AVTRIZER; ALMEIDA, 2009). Dessa forma, em uma perspectiva da efetividade deliberativa, o CNS tem, a priori, capacidade de efetivar as demandas discutidas em seu âmbito, por meio das reuniões, e influenciar no processo decisório relativo à alocação de recursos públicos através da definição de prioridades a serem consideradas na provisão de ações e serviços de saúde.

Assim, o potencial participacionista e democratizante do CNS será analisado pela ótica da deliberação, uma vez que esse processo é um canal para se chegar a decisões coletivas que devem ser justificadas por aqueles que são afetados por elas, uma vez que geram resultados que impactam a sua realidade.

3.3 – Procedimentos adotados na coleta de dados

No seguinte estudo foi utilizada uma pesquisa bibliográfica, definida por Marconi e Lakatos (2003) como um "apanhado geral sobre os principais trabalhos realizados, revestidos de importância por serem capazes de fornecer dados relevantes sobre o tema" (p.158), já que o estudo da literatura representa uma fonte essencial de informações, abrangendo toda bibliografia publicada em relação ao tema em estudo.

Segundo Silveira e Córdova (2009), esse tipo de pesquisa é feito a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas e publicadas, sendo assim, o ponto de partida de qualquer trabalho científico. Assim, foram consultados livros, artigos e legislações como forma de observar o Estado da Arte no estudo sobre os Conselhos e assim definir a pergunta de pesquisa, além de obter base para a análise dos dados e definição dos conceitos a serem utilizados ao longo do trabalho.

Além disso, a pesquisa documental, que se utiliza de fontes documentais, ou seja, de dados secundários, que já foram "coletados, tabulados, ordenados e sistematizados" (Zanella, 2009, p.83) também foi usada como procedimento de coleta de dados. Essa técnica de pesquisa envolve a análise de elementos relevantes ao estudo em documentos internos ou externos, sendo essa última a usada trabalho em questão, uma vez que a análise será feita a partir de documentos governamentais – Leis Orçamentárias e atos normativos expedidos pelo CNS, órgão integrante do Ministério da Saúde, em especial suas Resoluções.

Em relação à abordagem, o trabalho será um estudo de caso, uma vez que esse tipo de pesquisa segundo Dalfovo, Lana e Silveira (2008) “trabalha um aspecto específico de um fenômeno e suas decorrências” (p.5). Assim, procurando analisar os atos normativos de uma instituição em especial buscou-se estudar uma entidade bem definida visando examinar seu desenho institucional como forma de averiguar sua importância definidora de prioridades na alocação de recursos orçamentários, de acordo com a metodologia a ser seguida em um estudo de caso. A seguinte abordagem é definida por Zanella (2009) como:

> Uma forma de pesquisa que aborda com profundidade um ou poucos objetos de pesquisa, por isso tem grande profundidade e pequena amplitude, procurando conhecer em profundidade a realidade de uma pessoa, de um grupo de pessoas, de uma ou mais organizações, uma política econômica, um programa de governo, um tipo de serviço público, entre outros. Assim, a característica principal é a profundidade do estudo (p.86).

Como técnica de análise optou-se pela análise de conteúdo, a qual tem como base o estudo de materiais escritos: “Textos que são resultados do processo de pesquisa [...], registros das observações, [...] textos que foram produzidos fora do ambiente de pesquisa e [...] livros e documentos internos e externos das organizações” (Zanella, 2009, p.128). No caso em concreto, a partir do conteúdo presente nas Resoluções, procedeu-se a comparação entre as prioridades deliberadas na instância em análise, concretizadas em diretrizes para as ações e serviços de saúde, com a proposição de ações orçamentárias presentes na Lei Orçamentária Anual e em outras fontes.

A coleta dos dados iniciou-se pela leitura e resumo das atas das reuniões ordinárias, buscando-se a análise das atas mais recentes como forma de proceder ao presente trabalho. Não há, até o presente momento, a publicação de atas do CNS referentes ao ano de 2015, fazendo com que a análise se volte para os anos anteriores.

A escolha da análise das atas como procedimento inicial para a coleta de dados deu-se por elas constituírem-se em atos normativos que “fornecem subsídios para analisar se os atores são capazes de chegar a decisões coletivas e quais a abrangência e importância das decisões, tendo em vista o público para o qual estão sendo direcionadas” (CUNHA *et al.*, 2011, p.306). A partir das Atas, é possível verificar nas reuniões a proposição e aprovação de Resoluções do CNS, que darão diretrizes a serem seguidas em relação à condução da política de saúde pública, em conformidade com a prerrogativa estabelecida pela LC nº 141/2012, sendo estes os elementos a serem examinados a posteriori.

Diante disso, foram analisadas as atas, resultado das deliberações que são desenvolvidas no âmbito do CNS, as quais levaram à formulação das Resoluções, que foram posteriormente comparadas com a Lei Orçamentária Anual, buscando verificar se houve a proposição de ações orçamentárias que visavam concretizar as prioridades lá estabelecidas.

Assim, a análise da efetividade deliberativa será feita por meio de uma metodologia qualitativa ao investigar as Resoluções e apontar nesses documentos propostas de definição de prioridades para a formulação das ações e serviços de saúde, concretizando-se em diretrizes a serem seguidas no processo decisório de alocação de recursos públicos, procedendo-se a análise de sua consolidação, ou não, em ações orçamentárias na Lei Orçamentária Anual do exercício financeiro seguinte.

Como o foco do trabalho é a análise da efetividade da deliberação do CNS em relação à alocação de recursos, procurou-se priorizar as deliberações da COFIN em que se estabelecem diretrizes a serem consideradas na elaboração das Leis Orçamentárias.

Dessa forma, foi analisada a Resolução nº 467 do CNS, de 11 de abril de 2013, aprovada na 244ª Reunião Ordinária, ocorrida em 2013 e publicada no Diário Oficial da União em 21 de janeiro de 2014.

Como deliberação na respectiva reunião foi aprovada, com duas abstenções, a respectiva Resolução que prevê diretrizes a serem consideradas pelo Ministério da Saúde no estabelecimento de prioridades para as ações e serviços públicos de saúde que integrarão o Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias (PLDO) para 2014 da União.

A partir das diretrizes estabelecidas pela Resolução, buscou-se compará-las com as ações orçamentárias designadas no Orçamento Federal, no Volume II do Orçamento Fiscal e da Seguridade Social que consolida os programas de governo, buscando analisar se há correspondência entre esses elementos. Foram analisados os Programas Temáticos, em especial o Programa 2015 – Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde.

As ações de outros programas temáticos também foram analisadas e seus dados coletados, uma vez que consolidavam ações orçamentárias que constavam como prioridades na Resolução e utilizavam recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS). Dentre os programas, destaca-se o Programa 2115 – Programa de Gestão e Manutenção do Ministério da Saúde e o Programa 2065 – Proteção e Promoção dos Direitos dos Povos Indígenas.

Além da Lei Orçamentária, como forma de enriquecer a análise, outras fontes de dados foram utilizadas para proceder ao estudo, uma vez que a respectiva Lei não contempla todo o conteúdo expresso nas diretrizes estabelecidas na Resolução. Assim, foram utilizadas informações constantes em sítios governamentais, além da ferramenta de consulta de

informações do orçamento e planejamento do Brasil, disponibilizada pelo SIOP (Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento).

3.4 – Limitações da análise

A análise do impacto das deliberações no âmbito de instâncias institucionalizadas de participação permite que haja uma espécie de avaliação de sua efetividade, conduzindo a identificação de falhas no processo e, assim, à proposição de melhorias para que sejam concretizadas as competências e potencialidades de participação e democratização estabelecidas.

Entretanto, a avaliação, por si só é uma etapa complexa no ciclo das políticas públicas, tornando difícil o estabelecimento de medidas exatas para a mensuração da dimensão de desempenho a ser analisada. Além disso, a aferição dos resultados torna-se mais precisa em um lapso temporal razoável, comparando-se diversas variáveis em médio e longo prazos, evidenciando a complexidade em seu exame.

Essa complexidade é explicita por Romão e Martelli (2013), uma vez que os autores afirmam que:

> A aferição de resultados é uma das empreitadas mais difíceis nas ciências sociais e no estudo das políticas públicas, existindo grande distância entre postular efeitos e aferi-los. No caso das IPs, isso se torna mais dramático a começar pela recente história do objeto, o que resulta num debate pouco desenvolvido entre participação e o campo prático teórico de avaliação de políticas públicas (p.132).

Destarte, esse cenário trouxe dificuldades para a realização do trabalho, dada a complexidade de averiguação de um conceito abrangente como a efetividade no contexto de instâncias participativas, considerando ainda que o campo de análise da efetividade no contexto do estudo das instâncias participativas ainda é recente, fazendo com que não haja instrumentos precisos para a avaliação dessa dimensão de desempenho. Dessa forma:

> Embora os Conselhos tenham sido amplamente estudados pela literatura [...] poucos estudos avançaram em relação à proposição de metodologias capazes de dar conta da avaliação dos resultados produzidos por essas instituições em termos de influência efetiva nas políticas públicas e de um panorama geral de seu funcionamento (CUNHA *et al*. 2011, p 298).

Não obstante a isso, procurou-se desenvolver uma maneira para que fosse viabilizado o estudo da efetividade da respectiva instância por meio da análise da alocação recursos

orçamentários, base para a concretização das políticas públicas formuladas, contribuindo assim, para o campo de análise ainda em construção. No caso concreto em análise, a primeira etapa do estudo sobre a efetividade do CNS seria a consideração das prioridades deliberadas em suas reuniões – formalizadas por meio das Resoluções – na alocação de recursos públicos e na formulação de ações orçamentárias, sendo assim, a etapa teórica do processo. Já a segunda etapa constituir-se-ia na análise dos estágios das despesas, verificando se houve o empenho, liquidação e pagamento destas despesas e assim, a provisão de serviços públicos, evidenciando na prática, a influência desta instância.

Dada a complexidade do tema e do estágio de maturação de instrumentos que possibilitem a aferição da efetividade de modo mais preciso, este estudo limitou-se a verificar a primeira etapa do processo de avaliação do impacto do CNS em relação à sua capacidade de influenciar na formulação de políticas públicas de saúde, especificamente, no processo de definição de prioridades e de alocação de recursos públicos na Lei Orçamentária Anual, deixando a análise de seus efeitos práticos para estudos posteriores.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta seção do trabalho serão analisados os dados obtidos a partir do exame comparativo entre as prioridades a serem consideradas na formulação das ações e serviços públicos de saúde estabelecidas na Resolução nº 467/2013 do CNS e as ações orçamentárias definidas na LOA de 2014, como forma de verificar a efetividade deliberativa da respectiva instância colegiada.

Procurando parâmetros para averiguar a efetividade do disposto na LC nº 141/2012 e assim, analisar a capacidade do CNS em influenciar o processo de alocação de recursos do Orçamento Federal por meio da definição de prioridades a serem consideradas na formulação das Leis Orçamentárias, foram analisadas as atas das reuniões ordinárias ocorridas no ano de 2013 como forma de procurar deliberações referentes à alocação desses recursos, especialmente as realizadas pela COFIN, as quais são concretizadas em Resoluções.

Na reunião nº 241, de janeiro de 2013, a COFIN estabeleceu como item a ser deliberado a análise sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades do SUS que integrarão o PLDO 2014 e a LOA 2014, as quais foram aprovadas e consolidadas na Resolução nº 467/2013, na reunião nº 244.

Uma vez que a LOA é elaborada de acordo com as diretrizes estabelecidas na LDO, foi feito um exame da LOA de 2014 em comparação com o determinado na referida Resolução do CNS que estabelece um norte para a alocação de recursos para o exercício financeiro seguinte, objetivando verificar se essas diretrizes foram concretizadas em ações orçamentárias.

Para fins de objeto desse estudo, a análise será realizada a partir da construção de dois quadros apresentando as diretrizes estabelecidas em cada artigo da Resolução nº 467/2013 do CNS e as correspondentes ações que procuraram corroborar com a concretização do que foi definido pelo ato normativo, conforme descrição a seguir.

O artigo 1º da Resolução nº 467/2013 estabelece prioridades para as ações e serviços de saúde que farão parte da LDO de 2014. A busca por ações que corroborem com as diretrizes elencadas pela Resolução será feita por meio de fontes variadas como forma de ampliar a análise, dado que não há uma correlação direta entre as diretrizes e as ações orçamentárias na LOA devido à especificidade dos incisos do artigo 1º.

Quadro 1: Diretrizes estabelecidas pelo artigo 1º da Resolução nº 467/2013 do CNS

Artigo 1º	**Para o estabelecimento de prioridades para as ações e serviços públicos de saúde que integrarão o Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias para 2014 da União, o Ministério da Saúde deverá observar as seguintes diretrizes:**
Incisos	
I	Priorizar a alocação de recursos orçamentários e financeiros públicos de saúde para o fortalecimento das unidades próprias de prestação de serviços no âmbito do SUS;
II	Ampliar a alocação de recursos orçamentários para as ações de Atenção Básica (AB) em saúde em proporção superior aos recursos destinados às ações de Média e Alta Complexidade (MAC), de modo que diminua a razão "MAC/AB" na programação orçamentária para 2014 comparativamente aos anos anteriores;
III	Criar dotação orçamentária específica para a aplicação, adicional ao mínimo exigido para ações e serviços públicos de saúde em 2014, dos valores de Restos a Pagar cancelados desde 2000, sendo 100% dos valores dos cancelamentos efetuados em 2013 acrescidos de um percentual correspondente aos valores acumulados dos cancelamentos de Restos a Pagar ocorridos em 2012 e anos anteriores;
IV	Ampliar o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e otimizar a aplicação dos recursos públicos mediante a ausência de contingenciamento orçamentário e financeiro das dotações que integrarem o Ministério da Saúde na Lei Orçamentária de 2014, com a efetiva disponibilização desses recursos;
V	Realizar em 2014 as etapas municipais da 15ª Conferência Nacional de Saúde;
VI	Fortalecer o processo de qualificação e valorização da força de trabalho do SUS;
VII	Formular e implantar o Plano Nacional de Cargos, Carreiras e Salários do SUS;
VIII	Alocar recursos orçamentários e financeiros para a fixação de profissionais de saúde na Região Norte do Brasil, bem como em todas as áreas rurais e de difícil acesso.

Fonte: Elaborado pela autora

Com relação à primeira diretriz, que estabelece a priorização da alocação de recursos para o fortalecimento das unidades próprias de prestação de serviços no âmbito do SUS,

constatou-se que diversas ações orçamentárias, de forma geral, corroboraram com a referida diretriz. Podem-se destacar as seguintes ações:

Tabela 1: Ações Orçamentárias constantes na LOA de 2014

6217	Atenção à Saúde nos Serviços Ambulatoriais e Hospitalares do Ministério da Saúde
02TD	Modernização e manutenção dos Laboratórios de Pesquisa biomédica e coleções biológicas da Fiocruz
20K1	Instalação de Novas Plataformas para o Desenvolvimento Tecnológico em Saúde
13DT	Construção da Nova Unidade Administrativa da Fiocruz
6881	Modernização e Desenvolvimento de Sistema de Informação da FUNASA
20YQ	Apoio Institucional para Aprimoramento do SUS
13DW	Construção do Centro de Processamento Final de Imunobiológicos da FIOCRUZ
14UO	Implantação de Centros de Desenvolvimento Tecnológico e de Produção de Insumos para o SUS
7674	Modernização de Unidades de Saúde da FIOCRUZ
09LP	Participação da União no Capital Social da HEMOBRÁS

Fonte: Elaborado pela autora

Para fins de análise do inciso II, em 2012, a alocação de recursos para as ações de Atenção Básica (AB) foi de R$ 14.272.000.000,00 e para as ações de Média e Alta Complexidade (MAC) o aporte orçamentário foi de R$ 33.874.455.227,00 revelando a Razão MAC/AB como 2,373. Em 2013, a alocação de recursos para a Atenção Básica foi de R$ 16.179.931.513,00 e para as ações de Média e Alta Complexidade foi de R$ 35.608.777.455,00, fazendo com que a Razão MAC/AB seja de aproximadamente 2,2007. Já para 2014, a alocação de recursos para a Atenção Básica constante na LOA foi de R$ 18.534.500.000,00 enquanto que para as ações de Média e Alta Complexidade foi de R$ 36.300.000.000,00, evidenciando a Razão MAC/AB de 1,9585, demostrando assim, uma queda sucessiva da razão MAC/AB no lapso temporal analisado, conforme descrição a seguir.

Quadro 2: Relação entre as ações MAC e AB do Ministério da Saúde

Ano	Ações MAC (Média e Alta Complexidade)	Ações AB (Atenção Básica)	Razão MAC/AB
2012	R$ 33.874.455.227,00	R$ 14.272.000.000,00	2,3734
2013	R$35.608.777.455,00	R$ 16.179.931.513,00	2,2007
2014	R$ 36.300.000.000,00	R$ 18.534.500.000,00	1,9585

Fonte: Elaborado pela autora

Essa análise foi feita com dados retirados do site da SIOP com um buscador que filtra as informações a partir de palavras-chave, do exercício financeiro, órgão e unidade a serem analisados, gerando um relatório detalhado com todas as informações da busca.

Nesse sistema, foram buscados as ações e serviços de saúde para as ações MAC para o exercício financeiro de 2012, no órgão 36000, correspondente ao Ministério da Saúde abrangendo todas as unidades do respectivo órgão. Posteriormente, somaram-se todos os valores alocados com as respectivas ações a partir do relatório gerado pelo próprio site utilizando a ferramenta Excel, repetindo o procedimento para as ações da AB, sendo utilizado o mesmo método para os anos de 2013 e de 2014. Ao final, foi realizado o cálculo MAC/AB para os respectivos anos, dividindo-se os valores em encontrados para cada modalidade de ação.

O artigo 1º, inciso III, prevê a criação de dotação orçamentária específica, adicional ao mínimo exigido para ações e serviços públicos de saúde em 2014, dos valores de Restos a Pagar cancelados desde 2000. Na Lei nº 12.919, de 24 de dezembro de 2013, que dispõe sobre as diretrizes para a elaboração e execução da Lei Orçamentária de 2014, há somente a previsão de autorização superveniente para a abertura de créditos adicionais se a aplicação mínima de recursos para a saúde, estabelecida na Constituição de 1988 como 15% da Receita Corrente Líquida no caso da União, não for atingida (BRASIL, 2013). Entretanto, não foi encontrada na LOA uma dotação orçamentária específica que cobrisse o disposto na referida diretriz.

De acordo com o inciso IV, haveria a necessidade de ampliação do financiamento do SUS e de otimização da aplicação dos recursos públicos mediante a efetiva disponibilização dos recursos e ausência de contingenciamento orçamentário. Entretanto, de acordo com a Mensagem nº 595/2013 da Presidência da República, por contrariedade ao interesse público, houve veto parcial ao Projeto de Lei nº 2 de 2013, que dispõe sobre as diretrizes para a elaboração e execução da Lei Orçamentária de 2014, em especial ao anexo VII, afetando as

ações constantes no Programa de Aperfeiçoamento do SUS. A relação das ações vetadas é apresentada na tabela abaixo.

Tabela 2: Descrição das ações orçamentárias vetadas na Lei Orçamentária de 2014

20B0	Atenção Especializada em Saúde Mental
20YJ	Sistema Nacional de Vigilância em Saúde
6181	Implementação de Políticas de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência
6175	Implantação e Implementação de Políticas de Atenção Integral à Saúde da Mulher
8535	Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde
8581	Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde
8585	Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade

Fonte: Elaborado pela autora

O contingenciamento pode ser definido como o "procedimento utilizado pelo Poder Executivo, que consiste no retardamento e, não raro, na inexecução de parte da programação de despesa prevista na lei orçamentária" (BRASIL, 2015). Assim, dada a natureza meramente autorizativa do Orçamento Público brasileiro, este corte em relação às ações mencionadas pode acarretar a inexecução de parte da programação de despesa prevista na Lei Orçamentária, e assim, o contingenciamento orçamentário das dotações destinadas às ações, contrariando a diretriz.

Em relação ao aporte de recursos destinados ao SUS, segundo a nota técnica nº 53 de 2013 do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), do total reservado ao Poder Executivo na LOA de 2014 coube ao Ministério da Saúde R$ 100.300.212.518,00, representando 14,19% do Orçamento da Seguridade Social e 10,22% do Orçamento do Poder Executivo, fazendo com que houvesse um aumento de R$1.027.862.355,00 em relação à Lei Orçamentária Anual de 2013, que representa 1,04% de incremento.

Entretanto, esse incremento no orçamento global foi um aumento nominal, devendo ser relativizado em termos reais, uma vez que, segundo o CONASS:

> Comparando-se o valor programado no PLOA/2014 com a LOA 2013, (R$ 99.272,35 milhões), verifica-se incremento nominal de 1,04% no orçamento global do Ministério, muito abaixo da inflação (medida pelo IPCA

> acumulado) prevista para 2013 (5,7%) e do crescimento do PIB projetado para 2013 (3,0%). Inclusive, se acrescentarmos à Lei os créditos orçamentários concedidos nesse exercício, até setembro, ao MS (R$100.330,21 milhões) nota-se que o valor alocado no PLOA/2014, é o mesmo que em 2013. Se analisarmos os recursos destinados às ações e serviços de saúde comparando-se o valor programado no PLOA/2014 (R$ 90.105,68 milhões) com o da LOA 2013 acrescido dos créditos orçamentários concedidos ao MS nesse exercício, até setembro, (R$ 90.266,83 milhões) verifica-se que o valor autorizado para 2013 é maior que o alocado em 2014 (CONASS, 2013, p.7).

Ainda de acordo com o CONASS (2013, p.27), "o montante destinado ao Ministério da Saúde no orçamento da União precisaria ser complementado em pelo menos R$ 17.855.469.320,00" como forma de concretizar a provisão de serviços públicos de saúde em quantidade e qualidade razoável para atender as demandas da população.

Assim, houve a ampliação do financiamento do SUS com o aumento dos recursos da LOA destinados ao Ministério da Saúde e dos órgãos e entidades vinculados a ele, mas o aporte ainda é insuficiente para que se possa responder de forma adequada às demandas da população em termos de serviços públicos de saúde:

> Apesar do Ministério da Saúde ter sido contemplado com a segunda maior dotação orçamentária para o ano de 2014, em comparação aos demais Ministérios, observa-se que os recursos são insuficientes para atender toda a demanda/necessidade da população brasileira (CONASS, 2013, p.3).

Em seu inciso V, há a proposição da realização, em 2014, das etapas municipais da 15ª Conferência Nacional de Saúde (15ª CNS). O seu regimento interno, estabelecido pela Resolução nº 500, de 12 de fevereiro de 2015, determina que as despesas com sua organização e realização ocorrerão por conta de recursos orçamentários consignados ao Ministério da Saúde, além disso, de acordo com o Portal do CONASEMS (Conselho Nacional de Secretariais Municipais de Saúde) definiu-se que as etapas municipais serão realizadas entre os dias 9 de abril a 15 de julho de 2015. Os relatórios finais das etapas municipais deverão ser enviados à Comissão Organizadora da etapa estadual até o dia 31 de julho de 2015. Entretanto, os dados não foram ainda disponibilizados para sua análise.

> § 4o O Relatório Final da Etapa Municipal será de responsabilidade dos Conselhos Municipais de Saúde e deverá ser enviado à Comissão Organizadora da Etapa Estadual e do Distrito Federal até o dia 31 de julho de 2015 (BRASIL, 2015).

Em consonância com o inciso VI, que prevê o fortalecimento da qualificação e valorização da força de trabalho do SUS, a ação 4572 da LOA estabelece em seu Programa de

Gestão e Manutenção do Ministério da Saúde a capacitação de servidores públicos federais em processo de qualificação e requalificação.

No inciso VII, há ainda a previsão da formulação e implantação do Plano Nacional de Cargos, Carreiras e Salários do SUS (PNCCS-SUS), mas não obstante a existência do Projeto de Lei – PL nº 5728/2013, que dispõe sobre o mesmo, não há dotação destinada ao seu cumprimento na LOA, estando o projeto arquivado na Câmara dos Deputados.

Em relação à alocação de recursos orçamentários para a fixação dos profissionais de saúde na Região Norte do Brasil e em áreas rurais e de difícil acesso, prevista no inciso VIII, apenas a ação 4344 da LOA corrobora com a respectiva diretriz ao prever a atenção à saúde das populações ribeirinhas da região amazônica mediante cooperação com a Marinha do Brasil.

O artigo 2º da referida Resolução estabelece a observância, pelo Ministério da Saúde, das diretrizes e objetivos constantes no Plano Nacional de Saúde, que propõe diretrizes e metas para a saúde para o intervalo de 2011 a 2014.

Quadro 3: Diretrizes estabelecidas pelo artigo 2º da Resolução nº 467/2013 do CNS

Artigo 2º	**Além das diretrizes para o estabelecimento de prioridades fixadas no artigo anterior, o Ministério da Saúde deverá observar as seguintes diretrizes e objetivos do Plano Nacional de Saúde:**
Incisos	
I	Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e a atenção especializada;
II	Reduzir os riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde;
III	Promover atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementar a Rede Cegonha, com especial atenção às áreas e populações de maior vulnerabilidade;
IV	Aprimorar a rede de urgência e emergência, com expansão e adequação de UPAs, SAMU, PS e centrais de regulação, articulando-a com outras redes de atenção;
V	Fortalecer a rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de Crack e outras drogas;
VI	Garantir a atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, estimulando o envelhecimento ativo e saudável e fortalecendo as ações de promoção e prevenção;

VII	Implementar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, articulado com o SUS, baseado no cuidado integral, observando as práticas de saúde e as medicinas tradicionais, com controle social, garantindo o respeito às especificidades culturais;
VIII	Contribuir para a adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações do trabalho dos profissionais e trabalhadores de saúde;
IX	Implementar novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável;
X	Qualificar instrumentos de execução direta, gerando ganhos de produtividade e eficiência para o SUS;
XI	Garantir assistência farmacêutica no âmbito do SUS;
XII	Fortalecer o complexo industrial e de ciência, tecnologia e inovação em saúde como vetor estruturante da agenda nacional de desenvolvimento econômico, social e sustentável, reduzindo a vulnerabilidade do acesso à saúde e da assistência farmacêutica no âmbito do SUS;
XIII	Aprimorar a regulação e a fiscalização da saúde suplementar, articulando a relação público - privado, gerando maior racionalidade e qualidade no setor saúde;
XIV	Promover internacionalmente os interesses brasileiros no campo da saúde, bem como compartilhar as experiências e saberes do SUS com outros países, em conformidade com as diretrizes da Política Externa Brasileira;
XV	Implementar ações de saneamento básico e saúde ambiental, de forma sustentável, para a promoção da saúde e redução das desigualdades sociais;
XVI	Contribuir para erradicar a extrema pobreza no País

Fonte: Elaborado pela autora

A análise do segundo artigo será feita comparando-se as diretrizes nele estabelecidas com as ações previstas na LOA de 2014 que se julgou pertinente ao conteúdo da diretriz utilizando uma pesquisa por palavras-chave na respectiva Lei, com indicação do título, número da ação e sua descrição. Foi construído um quadro resumo disponibilizado como apêndice explicitando cada diretriz e as respectivas ações correspondentes com o que foi definido na Resolução.

Em relação ao primeiro inciso foram encontradas 22 ações que corroboram com a política de Atenção Básica e de Atenção Especializada. Entretanto, a análise em relação ao acesso a “serviços de qualidade, com equidade e tempo adequado de atendimento”, torna-se mais complexa dado o caráter subjetivo da proposição, sendo possível identificar algumas ações

que perpassam essa diretriz, como a previsão de ações que visem a assistência médica qualificada e gratuita e a implementação de práticas humanizadas de atendimento e de acolhimento universal.

A LOA traz 14 ações orçamentárias que podem ser identificadas com a diretriz II, que versa sobre ações de promoção e vigilância em saúde e quatro para as diretrizes III e IV que trazem a promoção da atenção à saúde da mulher e da criança e o aprimoramento da rede de urgência e emergência respectivamente. Para o fortalecimento da rede de saúde mental, constante na diretriz V, foi possível verificar três ações diretamente ligadas a ela, semelhante à diretriz VI que prevê a implementação de uma rede de atenção à saúde da pessoa idosa e portadores de doenças crônicas.

A concretização da diretriz VII não está constante em nenhuma ação do Programa de Aperfeiçoamento do SUS, sendo encontradas ações pertinentes a ela no Programa Proteção e Promoção dos Direitos dos Povos Indígenas (2065), mas que são financiados por recursos do FNS, sendo identificadas duas ações orçamentárias que vão ao encontro das respectivas diretrizes.

Em consonância com a diretriz VIII, que objetiva a implantação de ações que contribuam para a formação e valorização das relações de trabalho dos profissionais da saúde foram encontradas duas ações orçamentárias. Em relação à diretriz IX, sete ações foram consideradas pertinentes como efetivadoras da implementação de um novo modelo de gestão interferativa do SUS. Para a diretriz X, identificaram-se duas ações para a criação de instrumentos que visem ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.

A assistência farmacêutica constante na diretriz XI foi garantida mediante 10 ações orçamentárias, e a diretriz XII, para o fortalecimento do complexo industrial e de ciência, mediante seis ações.

Objetivando aprimorar a regulação e fiscalização da saúde suplementar em consonância com a diretriz XIII foram formuladas quatro ações na LOA; para a diretriz XIV, que versa sobre a promoção internacional dos interesses brasileiros da saúde, 2 ações, e para a diretriz XV, cinco ações que corroboram para a implantação de ações de saneamento básico.

Não foram identificadas ações orçamentárias específicas na LOA que fossem financiadas com recursos do FNS e que estabelecessem iniciativas para a erradicação da extrema pobreza, norte estabelecido pela diretriz de número XVI.

5 CONCLUSÕES

Como forma de finalizar o seguinte trabalho, mas não a discussão do tema, proceder-se-á à formulação de conclusões a respeito do que foi analisado, buscando-se evidenciar os resultados parciais que foram alcançados.

Percebeu-se uma dificuldade em relacionar os incisos do artigo 1º da Resolução nº 467/2013 do CNS com as ações orçamentárias descritas na LOA, uma vez que as diretrizes estabelecidas pela referida Resolução eram muito específicas fazendo com que, na maioria dos casos, não houvesse tal detalhamento na Lei Orçamentária ou uma relação direta entre as diretrizes e as ações definidas na Lei.

Em relação à diretriz I, foi possível assinalar parcialmente as ações correlacionadas a ela, uma vez que não ficou claro o que seriam as unidades próprias de prestação de serviços no âmbito do SUS, procurando identificar ações na LOA referentes às entidades integrantes do Ministério da Saúde de acordo com o que estabelece o Decreto nº 8065, de 7 de agosto de 2013, que aprova a estrutura regimental do Ministério da Saúde, dentre outras providências. Essa análise voltou-se principalmente às ações referentes à Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e a Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (HEMOBRÁS).

A segunda diretriz foi analisada de forma mais concreta, uma vez que houve dados suficientes para realizar a comparação entre as duas unidades de medida (MAC e AB) e em relação aos exercícios financeiros escolhidos para a análise. Assim, a partir dos parâmetros e procedimentos utilizados no presente trabalho, julgou-se que essa diretriz foi cumprida com êxito.

Não foi encontrada dotação orçamentária específica na LOA de 2014 para aplicação dos valores dos Restos a Pagar cancelados desde 2000 nos serviços de saúde do SUS, não havendo dados suficientes na respectiva Lei para que se conclua se a diretriz III foi, de fato, cumprida.

Ao contrário do que estabelece a diretriz IV, de acordo com a Mensagem nº 595/2013 da Presidência da República, houve o contingenciamento orçamentário de dotações do Ministério da Saúde, o que pode levar à impossibilidade da efetiva disponibilização de recursos orçamentários e, assim, da prestação de importantes serviços de saúde no âmbito do Programa de Aperfeiçoamento do SUS, dado o veto a algumas das ações constantes na LOA 2014, levando ao retardo ou inexecução da programação da despesa.

O Regimento Interno da 15ª CNS estabelece as normas para a realização de suas etapas em todos os níveis da federação. Entretanto, os relatórios relativos aos dados da realização das etapas municipais não foram disponibilizados até o momento, não sendo ainda identificada dotação orçamentária destinada à preparação da realização das etapas nos respectivos entes federados na LOA de 2014, não sendo possível concluir se a diretriz V foi concretizada.

Em relação ao fortalecimento da qualificação e valorização da força de trabalho do SUS, definido na diretriz VI, foi encontrada apenas uma ação específica destinada à capacitação dos servidores públicos federais no Programa de Gestão e Manutenção do Ministério da Saúde. Situação semelhante ao da diretriz VIII, que prevê a alocação de recursos para a fixação de profissionais de saúde na Região Norte do Brasil, encontrando-se apenas uma ação que corrobora parcialmente com ela, estabelecendo a Atenção à Saúde das populações ribeirinhas da Amazônia, não versando sobre as demais áreas constantes na diretriz.

O Plano Nacional de Cargos, Carreiras e Salários do SUS atualmente é ainda um Projeto de Lei que se encontra arquivado no Congresso Nacional, não havendo previsão de recursos na LOA para sua concretização, em oposição ao estabelecido na diretriz VII, uma vez que se observa que houve a iniciativa de elaboração da Lei e assim, da formulação do PNCCS-SUS, mas não houve, até o momento, sua implementação.

A convergência entre o estabelecido na referida Resolução e o efetuado em termos de ações orçamentárias é mais distante em relação ao artigo 1º, visto que em alguns casos não se verificou ações destinadas ao seu cumprimento total ou mesmo parcial. Essa ausência pode ter sido dada pela dificuldade em mensurar as diretrizes por sua natureza mais específica, pela falta de instrumentos de pesquisa que pudessem avaliar com precisão sua efetivação no lapso temporal da presente análise ou pela própria complexidade das diretrizes lá definidas.

No artigo 2º, das 16 diretrizes estabelecidas foram encontradas ações orçamentárias e designação de dotação orçamentária na LOA para 15 delas. Apenas em relação à diretriz XVI, “contribuir para erradicar a extrema pobreza no país”, não foram identificadas ações específicas que designassem dotações orçamentárias do Fundo Nacional de Saúde ou de outros órgãos e entidades vinculados ao Ministério da Saúde para esta diretriz em especial. Ações de outras unidades orçamentárias, como o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome perpassam a diretriz evidenciando uma falta de articulação entre as políticas, uma vez que a extrema pobreza é considerada um problema meramente social, e não de saúde, já que não é tratada no âmbito do Ministério da Saúde ou de suas entidades.

Assim, verificou-se que há consonância entre as diretrizes estabelecidas pela Resolução do CNS e as ações e serviços de saúde definidos pela Lei Orçamentária, uma vez

que foram encontradas ações para quase todas as diretrizes, evidenciando uma convergência maior entre o proposto na Resolução e as ações efetuadas em relação ao primeiro artigo.

Dessa forma, foi encontrada certa conformidade entre as diretrizes estabelecidas na Resolução nº 467/2013 do CNS para a definição de prioridades em relação à alocação de recursos orçamentários e a Lei Orçamentária Anual de 2014, demonstrando que as deliberações realizadas no âmbito do CNS foram, de certa forma, absorvidas na formulação das ações e serviços públicos de saúde. Assim, com base no recorte metodológico desenvolvido, a efetividade deliberativa pode ser apontada, uma vez que as normas presentes no referido ato normativo, resultado do processo deliberativo no âmbito do CNS, foram consideradas como norteadoras da definição de prioridades para a alocação de recursos no processo de proposição de ações orçamentárias, que podem vir a ser transformadas em serviços públicos de saúde, sendo capazes, assim, de gerar impacto no seu público alvo.

De acordo com os dados expostos, pode-se perceber que essas instâncias participativas, a partir das escolhas metodológicas escolhidos no presente estudo, apesar das limitações ao seu potencial democratizante, da resistência à participação, dos problemas de representação e de interesses políticos e, não obstante o fato de não serem capazes de absorver e concretizar todas as demandas sociais da respectiva área em ações concretas possuem uma importância no desenho das políticas públicas. Esse impacto é observado por sua capacidade de influenciar na definição de prioridades para a alocação de recursos públicos, fazendo com que as deliberações desenvolvidas em seu âmbito sejam incorporadas no jogo político das decisões governamentais e na redistribuição de recursos públicos para a formulação das ações e serviços de saúde.

Portanto, mesmo que timidamente e permeado de limitações, observa-se no presente estudo, que o processo deliberativo do CNS coloca-se como um instrumento capaz de influenciar na distribuição de recursos públicos, uma vez que as diretrizes estabelecidas em seu âmbito, fruto do processo deliberativo, são de certa forma consideradas na formulação das ações e serviços de saúde apresentadas por meio de ações orçamentárias que compõem o Orçamento Público Federal.

Com a presente análise, procurou-se contribuir para o campo de estudos da efetividade das instâncias participativas, uma vez que elas se constituem em mecanismos potenciais de consolidação da prática democrática participativa corroborando para o aumento da eficiência e controle social em relação às políticas públicas formuladas pelo Estado, inserindo-se em um novo paradigma da gestão pública brasileira atual. Dessa maneira, dada a importância dessas instâncias como canais capazes de promover modelos de gestão que estejam mais próximos das

reais demandas sociais em termos de políticas públicas, torna-se imperativo o avanço e o aprofundamento dos estudos relativos à efetividade dos Conselhos de Políticas, como forma de promover uma gestão pública mais eficaz, legítima e que seja capaz de atender as reais necessidades da sociedade.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Debora D.R; CUNHA, Eleonora Schettini. A análise da deliberação democrática: princípios, conceitos e práticas relevantes. *In*: PIRES, Roberto Rocha C. (Org.). **Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação**. Brasília: Ipea, v.7. p. 109-124, 2011.

ALMEIDA, Debora. D.R; CUNHA, Eleonora Schettini. A produção de conhecimento sobre os conselhos de políticas: alguns desafios metodológicos. *In*: Leonardo Avritzer; Eduardo Moreira da Silva. (Org.). **Metodologias e Participação**. 1ed. Belo Horizonte: Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, p. 57-83, 2009.

AVRITZER, Leonardo. Modelos de Deliberação Democrática: uma análise do orçamento participativo no Brasil. *In*: SANTOS, Boaventura de Sousa (Org.). **Democratizar a Democracia**: os caminhos da democracia participativa. Rio de Janeiro, 2002.

AVRITZER, Leonardo. **Sociedade civil e participação social no Brasil**. DCE/UFMG, Belo Horizonte, 2006. Disponível em: < http://goo.gl/keTSIb >. Acesso em 29 abr. 2015.

AVRITZER, Leonardo. **Instituições participativas e desenho institucional: algumas considerações sobre a variação da participação no Brasil democrático.** Opin. Pública [online]. Campinas, vol.14, n.1, p. 43-64, 2008. Disponível em < http://www.scielo.br/pdf/op/v14n1/02.pdf >. Acesso em 19 abr. 2015.

BORBA, Julian. LUCHMANN, Lígia, H.H. **A representação política nos Conselhos Gestores de Políticas Públicas**. Urbe. Revista Brasileira de Gestão Urbana (Brazilian Journal of Urban Management), Paraná, v. 2, n. 2, p. 229-246, jul. /dez. 2010.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 467, de 11 de abril de 2013**. Diário Oficial da União. Brasília, 2013.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 500, de 12 de fevereiro de 2015**. Diário Oficial da União. Brasília, 11 de março de 2015.

_____. **Decreto nº 8065 de 7 de agosto de 2013**. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde e remaneja cargos em comissão. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 8 de agosto de 2013.

_____. Decreto nº 8243 de 23 de maio de 2014. Institui a Política Nacional de Participação Social – PNPS e o Sistema Nacional de Participação Social – SNPS, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 de maio de 2014.

_____. **Lei Complementar nº 141, 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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 de janeiro de 2012.

_____. **Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 de setembro de 1990.

_____. **Lei nº 8142 de 28 de dezembro de 1998**. 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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 de dezembro de 1990.

_____. **Lei nº 12919 de 24 de dezembro de 2013.** Dispõe sobre as diretrizes para a elaboração e execução da Lei Orçamentária de 2014 e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 de dezembro de 2013.

_____. **Mensagem nº 595, de 24 de dezembro de 2013**. Presidência da República. Diário Oficial da União, Brasília, 26 de dezembro de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Site Governamental**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br>. Acesso em 15 abr. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Regimento Interno do Conselho Nacional de Saúde.** Resolução nº 407 de 2008.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Orçamento Federal. **Site Governamental.** Disponível em: < http://www.orcamentofederal.gov.br > Acesso em 18 abr. 2015.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Gestão Pública. **Participação e Controle social: Instrumentos jurídicos e mecanismos institucionais.** Versão 1/2013. Brasília, 2013. Disponível em: < http://goo.gl/Qgc3DQ >. Acesso em 30 mar. 2015.

_____. Orçamento da União. Exercício Financeiro de 2014. Volume II – **Consolidação dos Programas de Governo**. Brasília, 2014.

_____. Projeto de Lei nº 5728/2013. Dispõe sobre o Plano Nacional de Carreiras, Cargos e Salários dos profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) – PNCCS-SUS.

BUCCI, Maria Paula Dallari. **Políticas Públicas e direito administrativo**. Revista de Informação Legislativa, Brasília, n. 133, p. 89-98, jan. /mar. 1997. Disponível em: < http://goo.gl/bKVBoV > Acesso em 07 mai. 2015.

CARNEIRO, Carla Bronzo Ladeira. Conselhos de política públicas: desafios para sua institucionalização. In: SARAVIA, Enrique; FERRAREZI, Elisabete. (Org.) **Políticas públicas**: Coletânea. Brasília: ENAP, v. 2, p. 149-166, 2006.

CICONELLO, Alexandre. **Participação social na administração pública federal: desafios e perspectivas para a criação de uma política nacional de participação**. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2012.

COELHO, J.S. **Construindo a participação social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação**. Saúde Soc., São Paulo, v. 21, p. 138-152, 2012.

COELHO, Vera Schattan P. Uma metodologia para a análise comparativa de processos participativos: pluralidade, deliberação, redes e política de saúde. In: PIRES, Roberto Rocha C. (Org.). **Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação.** Brasília: Ipea, v. 7, p 279-295, 2011.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas.** Brasília: CONASS, 100 p., 2009. Disponível em: < http://goo.gl/VI0J9u > Acesso em 16 jun.2015.

CONASS. Nota Técnica 53. **Análise do Projeto de Lei Orçamentária Anual - PLOA 2014 e os recursos destinados ao Ministério da Saúde.** Brasília, novembro de 2013.

COTTA, Rosangela Minardi Mitre; CAZAL, Mariana de Melo e MARTINS, Poliana Cardoso. **Conselho Municipal de saúde: (re) pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social**. Ciência e Saúde coletiva. Rio de Janeiro, vol.15, nº5, 2010.

CUNHA *et al*. Uma estratégia multidimensional de avaliação dos Conselhos de Políticas: Dinâmica Deliberativa, desenho institucional e fatores exógenos. *In*: PIRES, Roberto Rocha C. (Org.). **Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação.** Brasília: Ipea, v. 7, p 297-321, 2011.

CUNHA, Eleonora Schettini *et al*. AVRITZER, Leonardo; ALMEIDA, Rezende, D (Org.). **Participação e (Re) distribuição nas políticas públicas em Minas Gerais**. Relatório de Pesquisa. 2009. Disponível em < http://goo.gl/R33Knd >. Acesso em 29 abr. 2015.

CUNHA, Eleonora Schettini Martins. **Efetividade deliberativa: estudo comparado de Conselhos Municipais de Assistência Social (1997 /2006**). 2009. 372 f. Tese (Doutorado em Ciência Política). Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Departamento de Ciência Política, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2009.

DALFOVO, Michael Samir; LANA, Rogério Adilson; SILVEIRA, Amélia. **Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico**. Revista Interdisciplinar Científica Aplicada, Blumenau, v.2, n.4, p.01- 13, Sem II, 2008.

DEUBEL, André-Noel Roth. **Políticas Públicas: formulación, implementación y evaluación**. 6º Ed. Bogotá, D.: Ediciones Aurora, 2002.

DYE, Thomas. R. Mapeamento dos modelos de análise das políticas públicas. *In*: HEIDEMANN, Francisco G. SALM, José F. (Org.). **Políticas Públicas e Desenvolvimento: bases epistemológicas e modelos de análise**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2009.

FACCHINI, Luiz Augusto *et al*. **Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas.** Cad. Saúde Pública [online], Rio de Janeiro, vol.24, p.159-172, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/20.pdf> Acesso em 8 mai. 2015.

FARIA, Claudia Feres; RIBEIRO, Uriella Coelho. Desenho institucional: variáveis relevantes e seus efeitos sobre o processo participativo. *In:* PIRES, Roberto Rocha C. (Org.). **Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação**. Brasília: Ipea, v. 7, p 279-295, 2011.

FARIA, Cristiano, F. S. **O Parlamento aberto na era da Internet: pode o povo colaborar com o Legislativo na elaboração das Leis?** Câmara dos Deputados, Brasília, Edições Câmara, n 18, 334 p, 2012.

FONSECA, Igor Ferraz. Relações de poder e especificidades do contexto em fóruns participativos. *In*: PIRES, Roberto Rocha C. (Org.). **Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação**. Brasília: Ipea, v. 7, p 159-169, 2011.

FREY, Klaus. **Políticas Públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil.** Planejamento e Políticas públicas. Ipea. Brasília, v.21, jun. de 2000.

GERHARDT, Tatiana E; SOUZA, Aline C. Aspectos teóricos e conceituais. *In*: GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo (Orgs.). **Métodos de Pesquisa**. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2009.

GIACOMONI, James. **Orçamento público**. 15. ed., São Paulo: Atlas, 2010.

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

HARADA, Kiyoshi**. Direito Financeiro e Tributário**. 2. ed., São Paulo: Atlas, 1997.

JÚNIOR, José Patrício, B; GERSCHMAN, Sílvia. **Potencial participativo e função deliberativa: um debate sobre a ampliação da democracia por meio dos conselhos de saúde**. Ciências Saúde coletiva vol.18 no.1 Rio de Janeiro, Jan. 2013.

LAVALLE, Adrián G. Participação: valor, utilidade, efeitos e causa. *In*: PIRES, Roberto Rocha C. (Org.). **Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação**. Brasília: Ipea, v. 7, p.33-43, 2011.

MARCONI, Mariana A. LAKATOS, Eva M. **Fundamentos de metodologia científica**. 5 ed. São Paulo: Editora Atlas, 2003.

MARTINS, Poliana Cardoso *et al*. **Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: matizes da utopia.** Physis [online], Rio de Janeiro, vol.18, n.1, p. 105-121, 2008. Disponível em < http://goo.gl/aKv0kA >. Acesso em 30 abr. 2015

MENDES, Marcos; DIAS, Fernando A.C. **O que é orçamento impositivo?** Brasil, economia e governo. 2014. Disponível em < http://goo.gl/4rHqjz > Acesso em 11 jun. 2015.

OLIVEIRA, Maxwell F. **Metodologia científica: um manual para a realização de pesquisas em Administração.** Catalão: UFG, 72 p, 2011.

PIRES, Roberto, Rocha *et al*. Em busca de uma síntese: ambições comuns e abordagens diversificadas na avaliação da efetividade das instituições participativas. *In*: PIRES, Roberto Rocha C. (Org.). **Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação.** Brasília: Ipea, v.7, p. 343-364, 2011.

RIANI, Flávio. **Economia do Setor Público: uma abordagem introdutória.** 5ª ed. Editora Atlas, 2011.

ROCHA, Enid. A Constituição cidadã e a institucionalização dos espaços de participação social: avanços e desafios. *In*: **20 anos da constituição cidadã: avaliação e desafio da seguridade social**. (IPEA). Anfip, Brasília, 2008.

ROLIM, Leonardo Barbosa; CRUZ, Rachel de Sá Barreto Luna Callou; SAMPAIO, Karla Jimena Araújo de Jesus. **Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa.** Saúde debate [online], Rio de Janeiro, vol.37, nº 96, p. 139-147, 2013. Disponível em < http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n96/16.pdf > Acesso em 12 jun.2015.

ROMÃO, Wagner, M.; MARTELLI, Giani, C. **Estudos sobre as instituições participativas: o debate sobre sua efetividade**. Revista Pensamento & Realidade. São Paulo, ano XVI, v. 28, 2013.

RUA, Maria das Graças. Análise de Políticas Públicas: Conceitos Básicos**.** *In*: **O Estudo da Política: Tópicos Selecionados**. Ed. Brasília: Paralelo 15, 1998.
SALVADOR, Evilásio. **Fundo Público e Seguridade Social no Brasil.** São Paulo: Cortez, 2010.

SANO, Hironobu; FILHO, Mário J.F.M. **As técnicas de avaliação da eficiência, eficácia e efetividade na gestão pública e sua relevância para o desenvolvimento social e das ações públicas.** Desenvolvimento em Questão, Ijuí, ano 11, n. 22 jan. /abr. 2013.

SANTANA, V.L. **Controle social e desempenho da gestão pública: uma análise dos conselhos locais de educação e saúde.** Res Pública, Brasília, vol.10, n.1, p.61-78. Jan./jun. 2011. Disponível em: < http://goo.gl/hcyXaE > Acesso em 13 abr. 2015.

SECCHI, Leonardo. **Modelos organizacionais e reformas da administração pública**. RAP, Rio de Janeiro, 43(2), p.347-69, 2009.

SILVA, Fábio de Sá. De cada um conforme suas capacidades: participação, ambientes institucionais e capacidade de incidência em políticas públicas. *In:* PIRES, Roberto Rocha C. (Org.). **Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação**. Brasília: Ipea, v.7. p.187-197, 2011.

SILVA, Kunrath, Marcelo**.** Dos casos aos tipos: notas para uma apreensão das variações qualitativas na avaliação das instituições participativas. *In:* PIRES, Roberto Rocha C.

(Org.). **Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação**. Brasília: Ipea, v.7. p.233-247, 2011
.
SILVEIRA, Denise T; Córdova, Fernanda, P. A pesquisa científica. *In*: GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo (Orgs.). **Métodos de Pesquisa**. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2009.

SOUZA, Celina. **Políticas Públicas: uma revisão da literatura**. Sociologias, Porto Alegre, ano 8, n.16, p.20-45, 2006.

TATAGIBA, Luciana. **Conselhos Gestores de Políticas Públicas e Democracia Participativa: aprofundando o debate**. *Rev. Sociol. Polít*. Curitiba/ PR, p. 209-213, nov. 2005.

TATAGIBA, Luciana; ALMEIDA, Carla. **Os conselhos gestores sob o crivo da política: balanços e perspectivas**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 109, p. 68-92. jan. /mar. 2012.

TURATO, Egberto Ribeiro. **Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa.** Rev. Saúde Pública [online], Campinas, vol.39, n.3, p. 507-514, 2005. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf > Acesso em 27 abr. 2015.

VAZ, Alexander Cambraia. Da participação à qualidade da deliberação em fóruns públicos: o itinerário da literatura sobre conselhos no Brasil. *In:* PIRES, Roberto Rocha C. (Org.). **Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação**. Brasília: Ipea, v.7, p. 91-107, 2011.

WAMPLER, Brian. **Que tipos de resultados devemos esperar das instituições participativas.** *In:* PIRES, Roberto Rocha C. (Org.). **Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação**. Brasília: Ipea, v.7, p. 43-51, 2011.

ZANELLA, Liane Carly Hermes. **Metodologia de estudo e de pesquisa em administração.** CAPES. Florianópolis/SC, 164p, 2009.

7 APÊNDICE

Apêndice A – Relação entre as diretrizes estabelecidas pela Resolução nº 467/2013 do CNS e as ações orçamentárias constantes na LOA de 2014

I – Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e a atenção especializada;

Título	Ação	Descrição das ações orçamentárias
Assistência Médica Qualificada e Gratuita a Todos os Níveis da População e Desenvolvimento de Atividades Educacionais e de Pesquisa no Campo da Saúde - Serviço Social Autônomo Associação das Pioneiras Sociais	6148	Atenção de referência, educação e pesquisa em reabilitação física qualificada
Construção e Ampliação de Unidades Básicas de Saúde	12L5	Reordenamento da atenção especializada visando à integralidade de atenção, assim como ampliação da atenção primária e especializada em redes de atenção à saúde, com qualificação das práticas e da gestão do cuidado, buscando assegurar resolutividade
Piso de Atenção Básica Variável	20AD	Reordenamento da atenção especializada visando à integralidade de atenção, assim como ampliação da atenção primária e especializada em redes de atenção à saúde, com qualificação das práticas e da gestão do cuidado, buscando assegurar resolutividade
Atenção à Saúde nos Serviços Ambulatoriais e Hospitalares Prestados pelos Hospitais Universitários	20G8	Reordenamento da atenção especializada visando à integralidade de atenção, assim como ampliação da atenção primária e especializada em redes de atenção à saúde, com qualificação das práticas e da gestão do cuidado, buscando assegurar resolutividade
Operacionalização do Sistema Nacional de Transplantes	20SP	Reordenamento da atenção especializada visando à integralidade de atenção, assim como ampliação da atenção primária e especializada em redes de atenção à saúde, com qualificação das práticas e da gestão do cuidado, buscando assegurar resolutividade
Apoio à Manutenção de Unidades de Saúde	4565	Reordenamento da atenção especializada visando à integralidade de atenção, assim como ampliação da atenção primária e especializada em redes de atenção à saúde, com qualificação das práticas e da gestão do cuidado, buscando assegurar resolutividade
Investimento para a Qualificação da Atenção à Saúde e Gestão do SUS	7666	Reordenamento da atenção especializada visando à integralidade de atenção, assim como ampliação da atenção primária e especializada em redes de atenção à saúde, com qualificação das práticas e da gestão do cuidado, buscando assegurar resolutividade
Implantação de Centros de Alta Complexidade em Oncologia - CACON	7833	Reordenamento da atenção especializada visando à integralidade de atenção, assim como ampliação da atenção primária e especializada em redes de

		atenção à saúde, com qualificação das práticas e da gestão do cuidado, buscando assegurar resolutividade
Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde (Vetado)	8535	Reordenamento da atenção especializada visando à integralidade de atenção, assim como ampliação da atenção primária e especializada em redes de atenção à saúde, com qualificação das práticas e da gestão do cuidado, buscando assegurar resolutividade
Expansão e Consolidação da Estratégia de Saúde da Família	8573	Reordenamento da atenção especializada visando à integralidade de atenção, assim como ampliação da atenção primária e especializada em redes de atenção à saúde, com qualificação das práticas e da gestão do cuidado, buscando assegurar resolutividade
Piso de Atenção Básica Fixo	8577	Reordenamento da atenção especializada visando à integralidade de atenção, assim como ampliação da atenção primária e especializada em redes de atenção à saúde, com qualificação das práticas e da gestão do cuidado, buscando assegurar resolutividade
Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde (Vetado)	8581	Reordenamento da atenção especializada visando à integralidade de atenção, assim como ampliação da atenção primária e especializada em redes de atenção à saúde, com qualificação das práticas e da gestão do cuidado, buscando assegurar resolutividade
Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade (Vetado)	8585	Reordenamento da atenção especializada visando à integralidade de atenção, assim como ampliação da atenção primária e especializada em redes de atenção à saúde, com qualificação das práticas e da gestão do cuidado, buscando assegurar resolutividade
Ampliação da Resolutividade da Saúde Bucal na Atenção Básica e Especializada	8730	Reordenamento da atenção especializada visando à integralidade de atenção, assim como ampliação da atenção primária e especializada em redes de atenção à saúde, com qualificação das práticas e da gestão do cuidado, buscando assegurar resolutividade
Implementação de Ações e Serviços às Populações em Localidades Estratégicas e Vulneráveis de Agravo	8762	Reordenamento da atenção especializada visando à integralidade de atenção, assim como ampliação da atenção primária e especializada em redes de atenção à saúde, com qualificação das práticas e da gestão do cuidado, buscando assegurar resolutividade
Alimentação e Nutrição para a Saúde	8735	Ampliação e qualificação do acesso a uma alimentação saudável
Implementação da Política Nacional de Humanização - PNH	8739	Universalização do acolhimento e das práticas humanizadas nas redes de atenção à saúde
Aperfeiçoamento, avaliação e desenvolvimento de ações e serviços especializados em traumatologia e ortopedia	8759	Aperfeiçoamento, Avaliação, Desenvolvimento e Pesquisa Clínica de Ações e Serviços Especializados em Traumatologia e Ortopedia
Aperfeiçoamento, Avaliação e Desenvolvimento de Ações e Serviços Especializados em Cardiologia - INC	8755	Aperfeiçoamento, Avaliação e desenvolvimento de Ações, Serviços e Pesquisas na Área Cardiovascular

Aperfeiçoamento, Avaliação e Desenvolvimento de Ações e Serviços Especializados em Oncologia - INCA	8758	Aperfeiçoamento, avaliação e desenvolvimento de ações e serviços especializados em oncologia – INCA
Atenção à Saúde nos Serviços Ambulatoriais e Hospitalares do Ministério da Saúde	6217	Atenção à Saúde nos Serviços Ambulatoriais e Hospitalares do Ministério da Saúde
Aperfeiçoamento e Avaliação dos Serviços de Hemoterapia e Hematologia	6516	Fortalecimento da hemorrede pública nacional visando garantir a disponibilidade de hemocomponentes à atenção especializada, e a atenção integral as pessoas portadoras de doenças hematológicas

II – Reduzir os riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde;

Título	Ação	Descrição das ações orçamentárias
Vigilância Sanitária em Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados	6138	Controle sanitário de viajantes, meios de transportes, infraestrutura e prestação de serviços nas áreas portuárias, aeroportuárias, fronteiras e recintos alfandegados
Desenvolvimento Tecnológico e Inovação para a Prevenção e Vigilância de Doenças Transmissíveis e na Resposta às Emergências	20K0	Fortalecimento da promoção e da vigilância em saúde
Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (Vetado)	20YJ	Fortalecimento da promoção e da vigilância em saúde
Fortalecimento da Saúde Ambiental para Redução dos Riscos à Saúde Humana	20T6	Fortalecimento da promoção e da vigilância em saúde
Imunobiológicos e Insumos para Prevenção e Controle de Doenças	20YE	Gestão de insumos para prevenção e controle de doenças
Incentivo Financeiro às ações de vigilância, prevenção e controle das DST/AIDS e Hepatites Virais	20AC	Fortalecimento da promoção e da vigilância em saúde
Incentivo Financeiro aos Estados, Distrito Federal e Municípios para a Vigilância em Saúde	20AL	Fortalecimento da promoção e da vigilância em saúde
Imunobiológicos e Insumos para Prevenção e Controle de Doenças	20YE	Fortalecimento da promoção e da vigilância em saúde
Publicidade de Utilidade Pública	4641	Publicidade de Utilidade Pública para Ações de Vigilância Sanitária
Serviço Laboratorial de Referência para o Controle de Doenças	8327	Fortalecimento da promoção e da vigilância em saúde
Implantação de Melhorias Habitacionais para Controle da Doença de Chagas	3921	Implantação de melhorias habitacionais para o controle da doença de Chagas
Incentivo Financeiro aos Estados, Distrito Federal e Municípios para Execução de Ações de Vigilância Sanitária	20AB	Qualificação e expansão das ações de vigilância sanitária, a serem executadas de forma transversal e integrada à política nacional de saúde, com o objetivo de prevenir e controlar os riscos oriundos da produção, comercialização e uso de bens e serviços mediante o coordenação do SNVS
Análise da Qualidade de Produtos e Insumos de Saúde	6174	Qualificação e expansão das ações de vigilância sanitária, a serem executadas de forma transversal e integrada à política nacional de saúde, com o

		objetivo de prevenir e controlar os riscos oriundos da produção, comercialização e uso de bens e serviços mediante o coordenação do SNVS
Vigilância Sanitária de Produtos, Serviços e Ambientes, Tecidos, Células e Órgãos Humanos	8719	Qualificação e expansão das ações de vigilância sanitária, a serem executadas de forma transversal e integrada à política nacional de saúde, com o objetivo de prevenir e controlar os riscos oriundos da produção, comercialização e uso de bens e serviços mediante o coordenação do SNVS

III – Promover atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementar a Rede Cegonha, com especial atenção às áreas e populações de maior vulnerabilidade;

Título	Ação	Descrição das ações orçamentárias
Atenção de Referência e Pesquisa Clínica em Patologias de Alta Complexidade da Mulher, da Criança e do Adolescente e em Doenças Infecciosas	8305	Atenção de Referência e Pesquisa Clínica em Saúde da Mulher, Criança e Adolescente e em doenças infecciosas na Fiocruz
Construção dos Institutos de Saúde da Mulher e da criança e de Infectologia	147J	Construção dos Institutos de Saúde da Mulher e da Criança e de Infectologia na Fiocruz
Apoio à Implementação da Rede Cegonha	20R4	Implementação da Rede Cegonha mediante qualificação do modelo de atenção à gravidez, parto/nascimento, aborto e puerpério na perspectiva da promoção, humanização e práticas baseadas em evidências, na defesa dos direitos humanos e na adequação de ações para inclusão de mulheres, crianças e adolescentes mais vulneráveis
Implantação e Implementação de Políticas de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Vetado)	6175	Implementar a política de promoção à saúde e atenção integral à saúde da mulher e da criança

IV – Aprimorar a rede de urgência e emergência, com expansão e adequação de UPAs, SAMU, PS e centrais de regulação, articulando-a com outras redes de atenção;

Título	Ação	Descrição das ações orçamentárias
Implantação, Construção e Ampliação de Unidades de Pronto Atendimento – UPA	12L4	Ampliação, qualificação e reconhecimento das diversas portas de entrada de urgência e emergência
Serviços de Atenção às Urgências e Emergências na Rede Assistencial	8933	Ampliação, qualificação e reconhecimento das diversas portas de entrada de urgência e emergência
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - Samu 192	8761	Expansão e qualificação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) para cobertura e atuação regional
Implantação e Manutenção da Força Nacional de Saúde	20QI	Implantação e Manutenção da Força Nacional de Saúde

V – Fortalecer a rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de Crack e outras drogas;

Título	Ação	Descrição das ações orçamentárias
Implantação e Implementação de Políticas de Atenção à Saúde Mental	6233	Promoção da inclusão social dos usuários de saúde mental, crack, álcool e outras drogas, por meio da cultura, redes sociais e fomento às ações intersetoriais
Auxílio-Reabilitação Psicossocial aos Egressos de Longas Internações	20AI	Reestruturação da rede de atenção psicossocial, com responsabilização clara dos diversos pontos de

Psiquiátricas no Sistema Único de Saúde (De Volta Pra Casa)		atenção, com priorização para o enfrentamento do Crack, álcool e outras drogas
Atenção Especializada em Saúde Mental (Vetado)	220B0	Reestruturação da rede de atenção psicossocial, com responsabilização clara dos diversos pontos de atenção, com priorização para o enfrentamento do Crack, álcool e outras drogas

VI – Garantir a atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, estimulando o envelhecimento ativo e saudável e fortalecendo as ações de promoção e prevenção;

Título	Ação	Descrição das ações orçamentárias
Implementação de Políticas de Atenção à Saúde	20YI	Ampliação e valorização da utilização dos espaços públicos de lazer, como proposta de inclusão social, enfrentamento das violências e melhoria das condições de saúde e qualidade de vida da população, ampliando a autonomia dos indivíduos sobre a escolha de modos de vida mais saudáveis.
Implantação das Academias da Saúde	20YL	Implementação e qualificação de um modelo de atenção integral ao processo de envelhecimento ativo, com foco na saúde da pessoa idosa, favorecendo a ampliação do grau de autonomia e independência para o auto cuidado, envolvendo familiares e comunidade
Implementação de Políticas de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa	6178	Implementação e qualificação de um modelo de atenção integral ao processo de envelhecimento ativo, com foco na saúde da pessoa idosa, favorecendo a ampliação do grau de autonomia e independência para o auto cuidado, envolvendo familiares e comunidade

VII – Implementar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, articulado com o SUS, baseado no cuidado integral, observando as práticas de saúde e as medicinas tradicionais, com controle social, garantindo o respeito às especificidades culturais;

Título	Ação	Descrição das ações orçamentárias
Saneamento Básico em Aldeias Indígenas para Prevenção e Controle de Agravos	7684	Implementação de sistema de abastecimento de água, melhorias sanitárias e manejo de resíduos sólidos nas aldeias, em quantidade e qualidade adequadas, considerando critérios epidemiológicos e as especificidades culturais dos povos indígenas
Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde Indígena	20YP	Implementação de sistema de abastecimento de água, melhorias sanitárias e manejo de resíduos sólidos nas aldeias, em quantidade e qualidade adequadas, considerando critérios epidemiológicos e as especificidades culturais dos povos indígenas

VIII – Contribuir para a adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações do trabalho dos profissionais e trabalhadores de saúde;

Titulo	Ação	Descrição das ações orçamentárias
Educação e Formação em Saúde	20YD	Ampliação do acesso dos trabalhadores da saúde à educação permanente e aprimoramento da qualificação em serviço

Pesquisa e Desenvolvimento nas Organizações Sociais	212H	Ampliação do acesso dos trabalhadores da saúde à educação permanente e aprimoramento da qualificação em serviço

IX – Implementar novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável;

Título	Ação	Descrição das ações orçamentárias
Aprimoramento da Articulação e Cooperação Interfederativa e da Gestão Compartilhada do SUS	8287	Aprimoramento do Pacto Federativo, com desenvolvimento do processo de contratualização, cooperação interfederativa e gestão compartilhada do SUS
Ampliação das Práticas de Gestão Participativa, de Controle Social, de Educação Popular em Saúde e Implementação de Políticas de Promoção da Equidade	20YM	Fortalecimento do SUS por meio da gestão participativa, da participação social e da promoção da equidade em saúde
Funcionamento do Conselho Nacional de Saúde	2016	Fortalecimento do SUS por meio da gestão participativa, da participação social e da promoção da equidade em saúde
Desenvolvimento Institucional da Gestão Orçamentária, Financeira e Contábil do Fundo Nacional de Saúde e dos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde	2B52	Desenvolvimento Institucional da Gestão Orçamentária, Financeira e Contábil do Fundo Nacional de Saúde e dos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde
Desenvolvimento e Fortalecimento da Economia da Saúde para o Aperfeiçoamento do SUS	8648	Fortalecer a capacidade de gestão no SUS por meio do uso de ferramentas de Economia da Saúde, da produção de informações sobre investimentos em estruturação física e tecnológica e apoio à gestão de projetos de cooperação técnica nacional e internacional
Auditoria do Sistema Único de Saúde	8708	Fortalecimento do Controle Interno do SUS, com foco nas marcas de governo e no Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) para a melhoria do acesso e do combate ao desperdício
Ouvidoria Nacional de Saúde	6182	Desenvolvimento e aprimoramento das ações de Ouvidoria Ativa para ampliar e fortalecer o Sistema Nacional de Ouvidoria.

X – Qualificar instrumentos de execução direta, gerando ganhos de produtividade e eficiência para o SUS;

Título	Ação	Descrição das ações orçamentárias
Preservação, Organização, Disseminação e Acesso ao Conhecimento e ao Patrimônio Cultural da Saúde	8715	Aprimoramento dos mecanismos de gestão do SUS com ênfase no planejamento, monitoramento e avaliação, na racionalização dos gastos, na modernização administrativa e na articulação interministerial
Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS	8753	Aprimoramento dos mecanismos de gestão do SUS com ênfase no planejamento, monitoramento e avaliação, na racionalização dos gastos, na modernização administrativa e na articulação interministerial

XI – Garantir assistência farmacêutica no âmbito do SUS;

Título	Ação	Descrição das ações orçamentárias
Organização dos Serviços de Assistência Farmacêutica no SUS	20AH	Estruturação da rede de assistência farmacêutica como parte integrante das redes de atenção à saúde, com o fortalecimento do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica
Promoção da Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos na Atenção Básica em Saúde	20AE	Promoção da Assistência Farmacêutica por meio de Acesso aos Medicamentos e Insumos dos Componentes Básico, Estratégico e Especializado
Atenção aos Pacientes Portadores de Doenças Hematológicas	4295	Promoção da Assistência Farmacêutica por meio de Acesso aos Medicamentos e Insumos dos Componentes Básico, Estratégico e Especializado
Promoção da Assistência Farmacêutica e Insumos para Programas de Saúde Estratégicos	4368	Promoção da Assistência Farmacêutica por meio de Acesso aos Medicamentos e Insumos dos Componentes Básico, Estratégico e Especializado
Atendimento à População com Medicamentos para Tratamento dos Portadores de HIV/AIDS e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis	4370	
Apoio Financeiro para Aquisição e Distribuição de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica	4705	
Manutenção e Funcionamento do Programa Farmácia Popular do Brasil Pelo Sistema de Gratuidade	20YR	Promoção do acesso aos medicamentos considerados essenciais através do Programa Farmácia Popular do Brasil e "Saúde não tem Preço"
Manutenção e Funcionamento do Programa Farmácia Popular do Brasil pelo Sistema de Co-pagamento	20YS	
Implantação de unidades da Rede Própria do Programa Farmácia Popular do Brasil	211V	
Apoio ao Uso de Plantas Medicinais e Fitoterápicos no SUS	20K5	Promoção do acesso seguro e uso racional de medicamentos, plantas medicinais e fitoterápicos

XII – Fortalecer o complexo industrial e de ciência, tecnologia e inovação em saúde como vetor estruturante da agenda nacional de desenvolvimento econômico, social e sustentável, reduzindo a vulnerabilidade do acesso à saúde e da assistência farmacêutica no âmbito do SUS;

Título	Ação	Descrição das ações orçamentárias
Apoio ao Sistema de Ética em Pesquisa com Seres Humanos	20K4	Fortalecimento do Sistema de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, como instância do Controle Social
Comunicação e Informações para a Educação em Saúde e em Ciência e Tecnologia	6179	Informação e divulgação em Ciência e Tecnologia em Saúde na Fiocruz
Pesquisa em Saúde e Avaliação de Novas Tecnologias para o SUS	6146	Pesquisa, Desenvolvimento e Avaliação de Tecnologias em saúde para o SUS
Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico em Saúde	8315	Pesquisa, Desenvolvimento e Avaliação de Tecnologias em saúde para o SUS
Estruturação de Laboratórios de Pesquisas Biomédicas	11PJ	Modernização e manutenção dos Laboratórios de Pesquisa biomédica e coleções biológicas da Fiocruz
Qualificar a Incorporação de Tecnologias de Saúde no Âmbito do SUS	20K3	Qualificação da Incorporação/Manutenção de Tecnologias no âmbito do SUS - (Lei no 12.401/2011)

XIII – Aprimorar a regulação e a fiscalização da saúde suplementar, articulando a relação público-privado, gerando maior racionalidade e qualidade no setor saúde;

Título	Ação	Descrição das ações orçamentárias
Sistema de Informação para Saúde Suplementar	8727	Garantia de acesso à informação em saúde suplementar
Publicidade de Utilidade Pública	4641	Publicidade de utilidade pública para o aprimoramento da regulação e da fiscalização da saúde suplementar
Qualificação da Regulação e Fiscalização da Saúde Suplementar	4339	Regulação e Fiscalização para a geração de saúde em modelos sustentáveis de planos de saúde
Implementação da Regulação, Controle e Avaliação da Atenção à Saúde	8721	Fortalecimento de mecanismos de programação e regulação nas redes de atenção à saúde do SUS, e entre os sistemas de saúde público e suplementar

XIV – Promover internacionalmente os interesses brasileiros no campo da saúde, bem como compartilhar as experiências e saberes do SUS com outros países, em conformidade com as diretrizes da Política Externa Brasileira;

Título	Ação	Descrição das ações orçamentárias
Cooperação Técnica Nacional e Internacional em Ciência e Tecnologia em Saúde	2B42	Fortalecimento da cooperação internacional brasileira, compartilhando e divulgando as experiências do Sistema Único de Saúde, e apoiando o seu desenvolvimento
Atuação Internacional do Ministério da Saúde	20GC	

XV – Implementar ações de saneamento básico e saúde ambiental, de forma sustentável, para a promoção da saúde e redução das desigualdades sociais;

Título	Ação	Descrição das ações orçamentárias
Pesquisas, Ensino e Inovações Tecnológicas Biomédicas e em Medicina Tropical e Meio Ambiente	20QF	Pesquisa, ensino e inovações tecnológicas em Medicina Tropical e Meio Ambiente
Fomento à Pesquisa e Desenvolvimento de Tecnologias Alternativas Regionalizadas, com vistas à Sustentabilidade dos Serviços e Ações de Saúde Ambiental	20K2	Fomento a pesquisa e desenvolvimento de tecnologias alternativas regionalizadas, com vistas à sustentabilidade dos serviços e ações de saúde e saneamento ambiental
Apoio à Implantação e Manutenção dos Sistemas de Saneamento Básico e Ações de Saúde Ambiental (Programa 2115)	20Q8	
Implantação, Ampliação ou Melhoria de Ações e Serviços Sustentáveis de Saneamento Básico em Pequenas Localidades, Comunidades Rurais, Tradicionais e Especiais para Prevenção e Controle de Doenças e Agravos	7656	Implantação, ampliação ou melhorias de ações e serviços sustentáveis de saneamento básico em comunidades rurais, tradicionais e especiais (remanescentes de quilombos, assentamentos da reforma agrária, reservas extrativistas, ribeirinhos, dentre outras)
Implantação de Melhorias Sanitárias Domiciliares para Prevenção e Controle de Doenças e Agravos	7652	Implantar soluções integradas de saneamento, com ênfase na promoção das condições de salubridade, habitabilidade e infraestrutura de populações com carência simultânea de serviços

XVI – Contribuir para erradicar a extrema pobreza no país.

Não foram encontradas na LOA de 2014 ações orçamentárias específicas que designassem dotações orçamentárias do Fundo Nacional de Saúde ou de outros órgãos vinculados ao Ministério da Saúde para esta diretriz em especial.

8 ANEXOS

Anexo 1 – Resolução nº 467/2013 do Conselho Nacional de Saúde

RESOLUÇÃO Nº 467, DE 11 DE ABRIL DE 2013

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua 244ª Reunião Ordinária, realizada nos dias 10 e 11 de abril de 2013, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, e

Considerando o processo de elaboração do Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias da União para 2014, especialmente a programação a ser apresentada pelo Ministério da Saúde; Considerando a reflexão e os produtos gerados pelo Conselho Nacional de Saúde durante o processo de planejamento estratégico recentemente realizado; e Considerando o disposto no §4º do art.30 da Lei Complementar nº 141/2012.

RESOLVE:

Art. 1º - Para o estabelecimento de prioridades para as ações e serviços públicos de saúde que integrarão o Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias para 2014 da União, o Ministério da Saúde deverá observar as seguintes diretrizes:

I - priorizar a alocação de recursos orçamentários e financeiros públicos de saúde para o fortalecimento das unidades próprias de prestação de serviços no âmbito do SUS;

II - ampliar a alocação de recursos orçamentários para as ações de Atenção Básica (AB) em saúde, em proporção superior aos recursos destinados às ações de Média e Alta Complexidade (MAC), de modo que diminua a razão “MAC/AB” na programação orçamentária para 2014 comparativamente aos anos anteriores;

III - criar dotação orçamentária específica para a aplicação, adicional ao mínimo exigido para ações e serviços públicos de saúde em 2014, dos valores de Restos a Pagar cancelados desde 2000, sendo 100% dos valores dos cancelamentos efetuados em 2013 acrescidos de um percentual correspondente aos valores acumulados dos cancelamentos de Restos a Pagar ocorridos em 2012 e anos anteriores;

IV - ampliar o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e otimizar a aplicação dos recursos públicos mediante a ausência de contingenciamento orçamentário e financeiro das dotações que integrarem o Ministério da Saúde na Lei Orçamentária de 2014, com a efetiva disponibilização desses recursos;

V - realizar em 2014 as etapas municipais da 15ª Conferência Nacional de Saúde;

VI - fortalecer o processo de qualificação e valorização da força de trabalho do SUS;

VII - formular e implantar o Plano Nacional de Cargos, Carreiras e Salários do SUS; e VIII - alocar recursos orçamentários e financeiros para fixação dos profissionais de saúde na Região Norte do Brasil, bem como em todas as áreas rurais e de difícil acesso.

Art. 2º - Além das diretrizes para o estabelecimento de prioridades fixadas no artigo anterior, o Ministério da Saúde deverá observar as seguintes diretrizes e objetivos do Plano Nacional de Saúde:

I - garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e atenção especializada;

II - reduzir os riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde;

III - promover atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementar a Rede Cegonha, com especial atenção às áreas e populações de maior vulnerabilidade;

IV - aprimorar a rede de urgência e emergência, com expansão e adequação de UPAs, SAMU, PS e centrais de regulação, articulando-a com outras redes de atenção;

V - fortalecer a rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de Crack e outras drogas;

VI - garantir a atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, estimulando o envelhecimento ativo e saudável e fortalecendo as ações de promoção e prevenção;

VII - implementar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, articulado com o SUS, baseado no cuidado integral, observando as práticas de saúde e as medicinas tradicionais com controle social, garantindo o respeito às especificidades culturais;

VIII - contribuir para a adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações do trabalho dos profissionais e trabalhadores de saúde;

IX - implementar novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável;

X - qualificar instrumentos de execução direta, gerando ganhos de produtividade e eficiência para o SUS;

XI - garantir assistência farmacêutica no âmbito do SUS;

XII - fortalecer o complexo industrial e de ciência, tecnologia e inovação em saúde como vetor estruturante da agenda nacional de desenvolvimento econômico, social e sustentável, reduzindo a vulnerabilidade do acesso à saúde e da assistência farmacêutica no âmbito do SUS;

XIII - aprimorar a regulação e a fiscalização da saúde suplementar, articulando a relação público- privado, gerando maior racionalidade e qualidade no setor saúde;

XIV - promover internacionalmente os interesses brasileiros no campo da saúde, bem como compartilhar as experiências e saberes do SUS com outros países, em conformidade com as diretrizes da Política Externa Brasileira;

XV - implementar ações de saneamento básico e saúde ambiental, de forma sustentável, para a promoção da saúde e redução das desigualdades sociais;

e XVI - contribuir para erradicar a extrema pobreza no País.

Art.3º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

MARIA DO SOCORRO DE SOUSA

Presidenta do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução CNS Nº 467, de 11 de abril de 2013, nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

Ministro de Estado da Saúde