



ANÁLISE DO PLANO ESTADUAL DE SAÚDE DE ALAGOAS 2016 -2019 FRENTE AS PROPOSTAS DA CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE

Karla Adriana Oliveira da Costa
Tobias de Souza Falcão
Paulette Cavalcanti de Albuquerque

RESUMO: o controle social acompanha a formulação e implementação das políticas públicas. Foi analisada a inserção no Plano Estadual de Saúde as decisões da VIII Conferência de Saúde de Alagoas nos eixos II (participação e controle social) e IV (financiamento do SUS e relação público privado). Do eixo II, 14 propostas não foram incluídas no PES, relacionadas a participação e acompanhamento nas decisões em saúde e divulgação de informações. Do eixo IV, 15 não foram incluídas, relacionadas ao repasse financeiro e rateio, controle de gastos e financiamento para estruturação de serviços e garantia de SUS 100% público.

Palavras-chave: Conferência de saúde; Participação social; Políticas públicas.

ABSTRACT: social control accompanies the formulation and implementation of public policies. It was analyzed the insertion in the State Health Plan of the decisions of the VIII Health Conference of Alagoas in axes II (participation and social control) and IV (financing of SUS and private public relation). From Axis II, 14 proposals were not included in the PES, related to participation and follow-up in health decisions and dissemination of information. Of axis IV, 15 were not included, related to the financial transfer and apportionment, control of expenses and financing for structuring of services and guarantee of 100% public SUS.

Keywords: Health conference; Social participation; Public policy.

A participação popular e o controle social em saúde possuem grande relevância social e política, pois garantem a participação da população no processo de formulação e controle das políticas públicas de saúde (ARANTES et al., 2007).

As conferências de saúde no período da ditadura militar era uma maneira do Estado centralizar as decisões, usando o tecnicismo e o autoritarismo. Porém, com a abertura política durante a década de 80, em especial com a Constituição Federal de 1988, juntamente com a criação do SUS, ocorreu uma maior abertura democrática visando ampliar a participação popular nas decisões e descentralizar a gestão pública em saúde. Nesse sentido, o controle social se dá através do monitoramento, fiscalização e avaliação da gestão, bem como por meio da participação dos cidadãos na formulação e intervenções de políticas (VANDERLEI; ALMEIDA, 2007; BRASIL, 2006; MENEZES, 2010).

Nesse contexto, enfatiza-se a institucionalização de espaços de participação da população no cotidiano do serviço de saúde, representados pelos Conselhos e Conferências de Saúde (BRASIL, 2006). Esses são espaços privilegiados para a prática do exercício da participação e do controle social nas três instâncias públicas: municipal, estadual e federal (CONASS, 2011).

¹ Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal de Alagoas – UFAL.

Mestra em Serviço Social pela Universidade Federal de Alagoas – UFAL.

² Bacharel em Serviço Social pela Faculdade Santo Augustinho – Teresina/ PI



As conferências de saúde objetivam analisar a situação de saúde e estabelecer diretrizes que devem orientar todo o processo de políticas de saúde no período que segue, contribuindo assim, para a inclusão de temas importantes na agenda pública (GUIZARDI et al, 2004; CORTES, 2009; FLEURY, 2011). As conferências de saúde são convocadas pelo Ministério da Saúde, e pelos órgãos administrativos relacionados nos outros entes federativos. A coordenação destes espaços fica a cargo dos conselhos de saúde que, em parceria com os órgãos de gestão pública, estabelecem prazos e a metodologia de discussão, definem critérios de participação, entre outras medidas institucionais. De modo geral, a paridade instituída é: 50% de usuários, 25% de gestores/prestadores de serviço e 25% de trabalhadores. Após ocorrida a conferência de saúde, as orientações deliberadas são encaminhadas para o ente federado para serem utilizadas como base para a construção do Plano de Saúde (FARIA, LINS, 2013).

Em Alagoas, a VIII Conferência Estadual de Saúde (VIII COESA) se deu em agosto de 2015, com a presença de 883 participantes entre gestores públicos, trabalhadores e usuários do SUS. O tema foi: “Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro” e 08 eixos temáticos: Eixo I - “Direito à saúde, garantia de acesso e atenção de qualidade”; Eixo II - “Participação e controle social”; Eixo III - “Valorização do trabalho e da educação em saúde”; Eixo IV - “Financiamento do SUS e relacionamento público-privado”; Eixo V - “Gestão do SUS e modelos de atenção à saúde”; Eixo VI - “Informação, educação e política de comunicação do SUS”, Eixo VII - “Ciência, tecnologia e inovação no SUS” e Eixo VIII - “Reformas democráticas e populares do Estado”. Como culminância, foram elaboradas diretrizes e propostas estaduais e federais e foram escolhidos 72 delegados que representaram Alagoas na 15ª Conferência Nacional de Saúde.

O Plano Estadual de Saúde (PES) proposto para o quadriênio 2016-2019, visa, a partir da análise situacional e do perfil epidemiológico, alcançar as necessidades de saúde da população do estado de Alagoas. Enquanto instrumento de planejamento, configura-se como base para a execução, acompanhamento, avaliação da gestão do sistema de saúde, de modo a garantir a integralidade da atenção, buscando nortear as políticas de saúde.

Apesar da importância da participação da população no processo decisório e execução de controle sobre a implementação de políticas públicas ser fundamental, esse processo ainda possui muitas fragilidades, necessitando a superação de práticas autoritárias e corporativas (LOPES-JÚNIOR, PEREIRA, MISHIMA, 2014; CONASS, 2011). Cabe ressaltar que as deliberações das conferências não têm caráter vinculativo e seu estatuto de representação é objeto de disputa e diferentes interpretações por parte dos componentes da esfera pública sanitária (MULLER, 2014).



Diante do exposto, o objetivo da investigação foi analisar se as decisões tomadas na Conferência de Saúde do Estado de Alagoas (COESA) foram colocadas na agenda pública, por meio da inserção no Plano Estadual de Saúde (PES).

Os objetos de nosso estudo foram os textos do relatório final da VIII COESA e do PES 2016-2019. Como processo metodológico, foi realizada uma análise documental das propostas aprovadas para a esfera estadual no relatório final da VIII COESA nos eixos II: participação e controle social e eixo IV: financiamento do SUS e relação público privado em conjunto com as metas 2016 -2019 apresentadas no PES. Em seguida, foram identificadas as propostas que não foram incluídas como metas do PES 2016-2019.

Após análise dos textos, foi percebido que muitas propostas que foram aprovadas no eixo II da VIII COESA não foram colocadas como meta na diretriz do PES referente a mesma temática, tais sejam as expostas na tabela 1. O mesmo sendo observado para as propostas do eixo IV (tabela 2), referente ao financiamento.

Tabela 1: Propostas aprovadas na esfera estadual no eixo II de participação e controle social na VIII COESA

PROPOSTAS	Incluída no PES	Excluída do PES
1. Ampliar a participação social na formulação e na implantação das políticas de educação, na área da saúde, com garantia da qualidade e expansão de vagas nas escolas públicas de todos os níveis educacionais, incluindo as residências em saúde;	X	
2. Apoio dos Conselhos de saúde na luta dos trabalhadores pela melhoria das condições de trabalho no ambiente.	X	
3. Capacitar os conselheiros para melhor análise dos balancetes;	X	
4. Criar mecanismos, bem como comprometer os gestores nas três esferas de governo para o Fortalecimento das Ouvidorias do SUS;	X	
5. Criar um Fórum permanente com todos os Conselhos das Políticas Públicas;	X	
6. Cumprimento da Lei 12.527/2011 (Lei da Transparência);		X
7. Cumprimento da Lei 141/2012, a qual estabelece audiência pública com os gastos da saúde a cada quadrimestre;		X
8. Defender o modelo de plenárias livres da política de saúde que precedem as Conferências;		X
9. Disponibilizar curso de formação continuada e política para	X	



conselheiros de saúde visando ampliar seus conhecimentos sobre políticas públicas e promoção de controle e participação social;		
10. Divulgar a Carta dos Direitos dos usuários do SUS;		X
1. Divulgar para a população os Relatórios das Conferências Municipais/staduais /Nacional de saúde		X
2. Envolver outras instituições de controle social nas políticas públicas, tais como Ministério Público, Ouvidoria, Controladoria, Tribunais de Contas, entre outros;		X
3. Fiscalizar a aplicação dos recursos pactuados na Programação actuada Integrada – PPI;		X
4. Fortalecer a articulação entre os espaços de participação social em todas as políticas públicas, com vistas ao desenvolvimento de ações intersetoriais;		X
5. Fortalecer a elaboração de orçamentos participativos em todas as esferas do SUS;		X
6. Fortalecer a participação da população no acompanhamento das políticas sociais através de fóruns, conferências e movimentos populares;		X
7. Fortalecer o papel dos conselheiros usuários de saúde através de capacitação continuada como elemento catalisador de participação da sociedade no processo de fortalecimento do SUS;	X	
8. Garantir uma maior interação da população para o fortalecimento do SUS através de ouvidorias;	X	
9. Implantar e implementar a Política de Educação Permanente para o Controle Social no SUS, mediante apoio político e financeiro aos planos de trabalho nas instâncias nacional, estadual, municipal e do Distrito Federal;	X	
10. Incentivar a organização da sociedade civil através da criação de grupos nas comunidades, visando ações de informação e educação em saúde;		X
1. Manter articulação do Conselho Estadual de Saúde com Conselhos municipais de Saúde;	X	
2. Promover a inclusão nos espaços dos conselhos de saúde de representações que buscam o enfrentamento das iniquidades em saúde, como mulheres, idosos, população do campo e da floresta, juventude, população negra e quilombola, LGBT, população em situação de rua e pessoas com deficiências, através de formação de redes entre os conselhos e entidades representativas de classe;		X
3. Promover o intercâmbio de experiências entre os conselhos de Políticas Públicas e contribuir para o fortalecimento da rede de informação entre os conselhos de saúde;		X

4.	Reativar e garantir a manutenção dos Conselhos Gestores.		X
----	--	--	---

Das 24 propostas do eixo II da COESA, as 14 não foram incluídas na elaboração do instrumento de gestão, estavam relacionadas ao fortalecimento da participação e acompanhamento da população nas decisões em saúde pública, como visto nas propostas 14, 16, 20, 24, bem como aquelas referentes à informação e divulgação, percebida nas 6,7,8,10, 23.

Referente a problemática, percebe-se que, apesar da diretriz do PES ser intitulada “Planejamento Ascendente e Integrado, Participação e Controle Social”, pouca é a preocupação com uma gestão democrática e participativa. Convém lembrar que o artigo 204 da Constituição Federal institui, no âmbito das políticas públicas, a participação social como eixo fundamental na gestão e controle das ações do governo. Participação, de acordo com Texeira (2001) é “fazer parte, tomar parte, ser parte de ato ou um processo, de uma atividade pública, de ações coletivas”. Porém esse fazer parte incomoda, pois quanto mais o cidadão participa, mais ele se torna apto a intervir nas discussões e deliberações e isso mexe com a uma estrutura de poder que concentra as decisões nas mãos de uma minoria, que não se interessa por facilitar o acesso da população a tomada de decisões. Outra questão relevante é que o Brasil é marcado por uma relação de exclusão e privilégios, mando e obediência, o que leva ao pensamento que o Estado é o provedor e a sociedade é a mera beneficiária (ROCHA, 2009).

Podemos inferir que na verdade, o modelo vigente, age na grande maioria das vezes, como inibidor proposital da participação social, seja ocultando informações e/ou ignorando o controle social.

Tabela 2: propostas aprovadas na esfera estadual no eixo IV: financiamento do SUS e relação público privado na VIII COESA.

PROPOSTAS	Incluída no PES	Excluída o PES
1. Melhorar o padrão de gasto, observar os critérios de rateio dos recursos da união para os estados e dos estados para os municípios na forma da LC nº 141/2012;		X
2. Penalizar em tempo hábil, os entes federados que não cumprirem o financiamento tripartite do SUS, estabelecido legalmente;		X
3. Aplicar recursos públicos na rede pública através do melhoramento e ampliação da rede municipal, estadual e federal de serviços de saúde, na perspectiva de efetivar a estatização progressiva proposta pelo Movimento da Reforma Sanitária brasileira;	X	



4. Cobrar o percentual do repasse financeiro do governo do estado aos municípios do piso da atenção básica;		X
5. Aumento do Repasse da União para os municípios priorizando a APS garantindo os serviços de atenção à saúde da população, respeitando os indicadores sócio sanitários;		X
6. Transparência no recebimento e aplicação dos recursos públicos destinados ao SUS com garantia da respectiva divulgação em cada esfera da federação (municipal, estadual e federal);	X	
7. Garantir recursos financeiros para construção das unidades de saúde públicas e estatais que não possuem prédio próprio;	X	
8. Maior aporte financeiro para as regiões de saúde;		X
9. Assegurar recursos de custeio para as bases descentralizadas do SAMU, e financiamento para transportes com equipamentos adequados de atendimento em urgência e emergência;	X	
10. Assegurar recursos referentes a contrapartida, para garantir a aquisição de medicamentos e insumos, exclusivamente, por meio de processo de licitação;		X
11. Exigir o ressarcimento aos cofres públicos de referência, por parte dos planos de Saúde, de despesas com pacientes dos planos privados que forem atendidos pelo SUS;		X
12. Instituir teto financeiro regular destinado a investimentos e custeio das ações e serviços de Vigilância em Saúde, pelo ente estadual;		X
13. Efetivar o monitoramento e fiscalização dos recursos do SUS, nos três entes federados, garantindo a transparência no uso dos mesmos;	X	
14. Revisão do Pacto Federativo, dotando Estados e Municípios de mais recursos, respeitando as necessidades e áreas sociais;		X
15. Reavaliar o teto financeiro dos procedimentos destinados ao atendimento da pessoa com deficiência na Programação Pactuada Integrada (PPI);		X
16. Assegurar o financiamento necessário e repasse dos recursos, para a rede de atenção psicossocial pública e estatal garantindo a atenção integral aos portadores de transtornos mentais, usuários de crack, álcool e outras drogas nas três esferas de governo: Federal, Estadual e Municipal;	X	
17. Aumentar a aplicação do recurso estadual de 12% para 15% para o serviço de saúde municipal;		X
18. Fiscalizar o investimento financeiro para a realização de exames de média e alta complexidade;		X
19. Aumentar repasse do financiamento Estadual para reestruturação e manutenção do hospital municipal de Viçosa que é referência estadual para a 4ª região de saúde;		X

20. Defesa Incondicional, do SUS público, 100% estatal, universal, de qualidade e sob gestão direta do Estado e contra todas as formas de privatização;		X
21. Assegurar financiamento estável por ente federado para a educação permanente dos profissionais, com definição de novas fontes de financiamento, priorizando o investimento na atenção primária e nas ações de serviços públicos;		X

Das 21 propostas do eixo IV, 15 não foram incluídas na elaboração do instrumento de gestão. Dessas, as propostas 1, 3, 4, 5, 6, 9, 11 estão relacionadas ao repasse financeiro e rateio; a 8 e 10, ao controle de gastos e a 13 e 15, acerca do financiamento para estruturação de serviços e garantia de SUS 100% público, tendo sido justamente estas as excluídas do plano estadual.

Propostas referentes a construção e melhorias de unidades de saúde, 3 e 7, foram incluídas, porém sem especificar se serão 100% estatal, sob as normas do direito público, com garantia de contratação de pessoal pelo RJU e financiamento efetivo. Segundo Correia (2015), a melhoria da qualidade da assistência à saúde da população, não será atingida com formas de precarização do trabalho e contratação, uma vez que o repasse da gestão pública para as OSs beneficiam o setor privado, acabam com os concursos públicos, prejudicam os trabalhadores e usuários, dispensam licitação, e destroem o controle social (Frente Nacional contra a privatização da saúde, 2012).

A relação de monitoramento e fiscalização, propostas 13, é incluída de forma genérica com a proposta de “Adotar Modelo de Monitoramento da Execução Orçamentária”, sem especificar que modelo será adotado. Durante o texto, o PES cita a LC 141 porém não contempla a proposta 1, uma vez que não prevê melhorias do padrão de gastos públicos. Vale ressaltar que a Lei Complementar n. 101/2000 – a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) – também trouxe avanços no campo da gestão orçamentária. Além de valorizar os processos orçamentários e de planejamento, incluiu a participação popular na discussão e elaboração do orçamento, inclusive com audiências públicas, estabeleceu metas, limites e condições para a gestão das receitas e das despesas, especialmente de pessoal, e estabeleceu prazos para o atendimento aos limites previstos.

Destaca-se a importância das conferências de saúde como espaços legítimos de representação e controle social. Dessa forma, cumprir com as deliberações das Conferências é uma responsabilidade da gestão pública do Estado na oferta de assistência à saúde em todos os níveis de atenção.

A não utilização das propostas aprovadas no relatório final das Conferências de Saúde para formulação de políticas, é representativa da desobediência ao processo de democrático. Apresenta-se, desta forma, como uma Política de Estado que continua a centralizar as decisões, usando o tecnicismo e o autoritarismo como instrumento de planejamento.



Enfrentar as práticas e interesses privatistas sobre as políticas públicas de saúde é um desafio para o Controle Social que deve observar as estratégias da gestão que visem por vezes reinterpretar ou simplesmente ignorar as resoluções das conferências no cotidiano da formulação de políticas.

REFERÊNCIAS

- ARANTES, C. I. S et al. O Controle Social no Sistema Único de Saúde: concepções e ações de enfermeiras da atenção básica. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 470-478, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS. **Coleção para entender a gestão do SUS. O processo de implantação do SUS**. In: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde. Brasília: CONASS; 2011. p. 52-118.
- CORREIA, M.V.C **Financiamento no SUS e relação público-privado**. In> Cadernos de Textos: Subsídios para discussão na VIII CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DE ALAGOAS. Maceió: CES/AL; 2015. p. 27 a 31.
- CÔRTEZ, S.M.V. **Conselhos e conferências de saúde: papel institucional e mudança nas relações entre Estado e sociedade**. In: Fleury S, Lobato LVC. Participação, democracia e saúde. Rio de Janeiro: CEBES; p.102-28, 2009.
- FARIA, C. F.; LINS, I. L. **Participação e deliberação nas conferências de saúde: do local ao nacional**. In: Conferências nacionais: atores, dinâmicas participativas e efetividades. Avritzer, Clóvis Henrique Leite de Souza (Org.). Brasília: Ipea, 2013.
- FLEURY S. Brazil's health-care reform: social movements and civil society. **Lancet**. V. 377, n.9779, p.1724-25., 2011.
- FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, "**Documento "contra fatos não há argumentos que sustentem as organizações sociais no Brasil"**" disponível em <http://www.contraprivatizacao.com.br/p/materiais.html>, Julho de 2012. Acessado em 14 de setembro de 2017.
- GUIZARDI, F. L. et al. Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das conferências nacionais de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 15-39, 2004.
- LOPES-JÚNIOR LC, PEREIRA MJB, MISHIMA SM. Participação popular e Pré-Conferência Municipal de **Saúde Rev Rene**, v. 15, n.3, p.543-53, 2014.



- MENEZES, J. S. B. **Saúde, participação e controle social: uma reflexão em torno de limites e desafios do Conselho Nacional de Saúde na atualidade.** 2010. 194f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.
- MULLER NETO, J. S.; ARTMANN, E. Discursos sobre o papel e a representatividade de conferências municipais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 68-78, 2014.
- ROCHA, R. A gestão descentralizada e participativa das políticas públicas no Brasil. **Revista Pós Ciências Sociais**. V. 1, n.11, 2009.
- TEXEIRA, E. **O local e o global: desafios da participação cidadã.** São Paulo: Cortez, 2001.
- VANDERLEI, M. I. G.; ALMEIDA, M. C. P. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 443-453, 2007.