UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO E CONTABILIDADE
DEPARTAMENTO DE CONTABILIDADE E ATUÁRIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS CONTÁBEIS

INDICADORES SOCIAIS NO PROCESSO ORÇAMENTÁRIO DO SETOR
PÚBLICO MUNICIPAL DE SAÚDE
– UM ESTUDO DE CASO –

Patrícia Siqueira Varela

Orientador: Prof. Dr. Gilberto de Andrade Martins

SÃO PAULO

2004

Prof. Dr. Adolpho José Melfi
Reitor da Universidade de São Paulo

Profa. Dra. Maria Tereza Leme Fleury
Diretora da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade

Prof. Dr. Reinaldo Guerreiro
Chefe do Departamento de Contabilidade e Atuária

Prof. Dr. Fábio Frezatti
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Ciências Contábeis

PATRÍCIA SIQUEIRA VARELA

**INDICADORES SOCIAIS NO PROCESSO ORÇAMENTÁRIO DO SETOR
PÚBLICO MUNICIPAL DE SAÚDE
– UM ESTUDO DE CASO –**

Dissertação apresentada ao Departamento de Contabilidade e Atuária da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo como requisito para a obtenção do título de Mestre em Ciências Contábeis.

Orientador: Prof. Dr. Gilberto de Andrade Martins

SÃO PAULO

2004

Dissertação defendida e aprovada no Departamento de Contabilidade e Atuária da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo – Programa de Pós-Graduação em Ciências Contábeis, pela seguinte banca examinadora:

Varela, Patrícia Siqueira

Indicadores sociais no processo orçamentário do setor público municipal de saúde : um estudo de caso / Patrícia Siqueira Varela. -- São Paulo, 2004.
193 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, 2004
Bibliografia.

1. Contabilidade pública 2. Orçamento público 3. Indicadores de serviços de saúde 4. Administração pública I. Universidade de São Paulo. Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade. II. Título.

CDD – 657.61

**A meus pais e irmãs, por representarem
a origem de tudo que sou.
Ao Alcides, pelo companheirismo e apoio
incondicional durante a realização do
trabalho.**

Agradeço a Deus, por cada dia vivido e cada lição aprendida.

Ao meu orientador, Professor Dr. Gilberto de Andrade Martins, pela sensibilidade e precisão na orientação e por ter sido fundamental para a concretização do trabalho.

À Professora Dr^a Márcia Faria Westphal, pelos ensinamentos e incentivos ao meu trabalho.

À Professora Dr^a Rosa Maria Marques, pelas sugestões e colaborações para qualificação do trabalho.

A todos os meus professores do mestrado, pelo que cada um representou para minha formação, e ao Professor Alfredo K. Kobayashi, pela amizade e confiança depositada em mim durante esses anos.

A todos os colegas da minha turma e de outras turmas, pelo convívio e aprendizagem. Agradeço, em especial, à amiga LÍlian Moreira Alvarenga Assolari, por ter me ajudado a superar todas as barreiras durante o curso; ao amigo Carlos Renato Theóphilo, pelo apoio, paciência e orientações para realização do trabalho; ao amigo Márcio Luiz Borinelli, pela sua presença e incentivo e por auxiliar-me nas correções de português do trabalho para o exame de qualificação; e à amiga Sandra Reis, pela assistência quando da minha chegada em São Paulo.

Aos funcionários do Departamento de Contabilidade da FEA, secretaria de pós-graduação, biblioteca, UPD e FIPECAFI, por propiciar as condições essenciais para a realização do trabalho.

Ao Departamento de Ciências Contábeis da Universidade Federal de Minas Gerais, pelo apoio institucional imprescindível à minha iniciação científica. Agradeço, especialmente, aos Professores Maurício M. Dolabella e Paulolinto Pereira, por cada um, de sua forma, ter contribuído para os meus primeiros passos na área de pesquisa e pelo incentivo constante à continuidade e, também, por terem proporcionado a minha vinda para São Paulo. Ao Professor Paulolinto, agradeço, ainda, pela leitura e críticas ao trabalho.

À amiga Silvane Maia, pela presença marcante em minha vida desde que nos conhecemos.

Aos meus amigos de Minas Gerais, especialmente Eloína e Marli, e a todos os meus demais familiares e amigos de perto e de longe.

À Viviana Venosa e ao Paulo Daruiche, por terem me acompanhado durante este período.

A todos aqueles que, ao longo da minha vida, contribuíram para o cumprimento de mais esta etapa importante.

O Tejo é mais belo que o rio que corre pela minha aldeia,
Mas o Tejo não é mais belo que o rio que corre pela minha aldeia
Porque o Tejo não é o rio que corre pela minha aldeia.
O Tejo tem grandes navios
E navega nele ainda,
Para aqueles que vêm em tudo o que lá não está,
A memória das naus.
O Tejo desce de Espanha
E o Tejo entra no mar em Portugal.
Toda a gente sabe isso.
Mas poucos sabem qual é o rio da minha aldeia
E para onde ele vai
E donde ele vem.
E por isso porque pertence a menos gente,
É mais livre e maior o rio da minha aldeia.
Pelo Tejo vai-se para o Mundo.
Para além do Tejo há a América
E a fortuna daqueles que a encontram.
Ninguém nunca pensou no que há para além
Do rio da minha aldeia.
O rio da minha aldeia não faz pensar em nada.
Quem está ao pé dele está só ao pé dele.

Fernando Pessoa

RESUMO

Esta pesquisa teve como objetivo compreender e descrever o atual estágio de evolução do uso das informações e indicadores sociais no processo de planejamento e orçamento do setor público municipal de saúde, utilizando-se, como referencial teórico de análise, as concepções de reforma do aparelho do Estado das duas últimas décadas. Para consecução deste propósito, foi escolhida uma abordagem metodológica empírico-analítica com a condução de um Estudo de Caso da gestão da política de saúde do município de Brumadinho/MG. O processo de descentralização tem sido uma estratégia comum dos movimentos de redemocratização do país e de adoção das idéias neoliberais para combater a crise dos últimos anos, porém com objetivos e impactos diferentes sobre a gestão das políticas públicas. Na implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), observam-se ações voltadas para garantia do acesso integral e universal a todos os cidadãos e promoção da participação social e, contraditoriamente, políticas de financiamento restritivas inerentes ao ajuste fiscal. Os critérios de distribuição da principal fonte de financiamento da área, recursos da União, restringem a autonomia dos municípios, haja vista o acesso a recursos adicionais ter como condição a aceitação de ações e programas predeterminados pelo Ministério da Saúde. Além disso, o governo federal interfere na administração da política de saúde municipal ao tornar obrigatório o uso dos instrumentos de gestão (plano, agenda, quadro de metas e relatório de gestão), a alimentação das bases de dados em saúde e a pactuação dos indicadores da atenção básica e da epidemiologia. A condução da política de saúde pela União favorece as iniciativas de uma gestão pública voltada para resultados, com a integração, por meio dos programas, entre planejamento e orçamento, inclusive com o uso de indicadores sociais para avaliação da eficiência, eficácia e efetividade das ações desenvolvidas pelo governo municipal. Todavia, o município não estava preparado para o recebimento das novas funções e, às vezes, há uma sobrecarga de atribuições, como a alimentação de diversas bases de dados. Os instrumentos de gestão têm sido adotados como favoráveis ao planejamento e controle das ações de saúde do município, mas a falta de capacidade técnica, a desmotivação dos recursos humanos, a presença da cultura burocrática e a ausência de experiência com os novos instrumentos dificultam o processo. As bases de dados apresentam problemas de consistência, sobretudo pela inadequação do preenchimento dos formulários de coleta de dados pelos profissionais da saúde, morosidade no repasse de alguns dados pelo Estado, limitações de alimentação dos sistemas estabelecidas pelo próprio governo federal e utilização de fontes diferentes quanto ao número de habitantes. O pacto da atenção básica apresenta dificuldades quanto: à diferença entre os indicadores calculados pelo município e pelo estado, à ausência de alguns parâmetros para fazer a pactuação, à falta de autonomia do município para estabelecer indicadores conforme a sua realidade, à não possibilidade de pactuar uma situação pior que a do exercício anterior e ao pacto ser realizado durante o exercício de sua vigência com a possibilidade de pactuar algo já realizado. A ênfase da abordagem tradicional do orçamento público, voltado para o controle dos gastos públicos em termos de elemento de despesa, não favorece a integração entre a gestão da política de saúde e a gestão financeira. Agrega-se às restrições da administração pública municipal a dificuldade de operacionalização dos indicadores, mormente, quanto à limitação de indicar conceitos complexos, à identificação da relação dos programas com as mudanças nos indicadores de efetividade, à determinação das medidas das ações governamentais e à não ligação direta entre indicadores de desempenho e indicadores de efetividade. Apesar de todas as restrições, acredita-se na possibilidade de utilização de indicadores sociais no processo orçamentário. Para isso, recomenda-se o aprofundamento do estudo do tema em outros municípios, estados e União, com o intuito de trazer reflexões sobre a superação dos obstáculos e contribuir para o desenvolvimento do referencial conceitual sobre indicadores sociais.

ABSTRACT

The aim of this dissertation was to understand and describe the current stage of the evolutionary use of both, information and social indicators, in the process of budget definition and planning for the city public health sector, having the conception of reform of the State apparatus, in the two past decades, as the theoretical framework from which analysis stems. In order to do so, we chose an empiricist analytical methodological approach, with the carrying out of a Case Study on the management of health policy in the town of Brumadinho/MG. The decentralization process has been a strategy common to movements of both, re-democratization of the country and adoption of neo-liberal ideas to face the crisis present in the recent past, having notwithstanding, different objectives and impacts over the management of public policies. While Sistema Único de Saúde (SUS / Unified Health System) was being established, one could notice actions devoted to guaranteeing whole and universal access to each and every citizen, and the promotion of social participation and, on the other hand, restrictive financing policies inherent to tax adjustments. The criteria of distribution of the main financing source in the area, Federal resources, restricts city autonomy, which becomes apparent when, in an attempt to access further means, one of the conditions to be met by the city is the compliance with actions and pre-determined programs launched by the Ministério da Saúde (Federal Healthcare). Besides, the federal government interferes in the administration of the city health policy when the use of management instruments (plan, schedule, objectives and management report), the creation of database in health and the agreement on indicators of basic attention and epidemiology are made mandatory. The carrying out of health policies defined by the Federal government favors attempts of public management aimed at results, with the integration, through programs, of planning and budgeting, that include the use of social indicators to evaluate efficiency, efficacy and effectiveness of the actions taken by the city government. Nevertheless, the city is not prepared to absorb the new functions, and sometimes sectors such as database updating, get overloaded. The management instruments have been adopted as favorable to planning and control of health actions taken by the city, but the lack of technical expertise, of motivation by human resources personnel, of experience with the new instruments, and the presence of bureaucracy hamper the process. The database presents consistency problems, mainly due to: the inadequate way in which forms are filled by the professionals in the area of public health; delay in the rendering of data by the State authorities; limitations of updating of the systems established by the very health authority; and the use of different sources as far as the number of inhabitants goes. The agreement on basic care represents difficulties in relation to: the difference between the indicators provided by the city and the state; the lack of some parameters with which to agree; lack of autonomy of the city to establish indicators conforming to its own reality; the impossibility of making an agreement situation which is worse than the one existing in the previous period; the making of a pact during the current period, with the possibility of agreeing on something already done. The emphasis of the traditional approach to public budget, aiming at controlling expenses by means of the element of expense, does not favor the integration of the management of health policy and the financial management. Additional troubles faced by the city public management may be said to be: difficulty for dealing with the indicators, mainly when reflecting complex concepts; the identification of the relationship between programs and the changes in the indices of effectiveness; the determination of measures of governmental action; the lack of correspondence between performance and effectiveness indices. In spite of all the restrictions, there is room to believe in the possibility of using the social indicators in the budgeting process. In order to do so, it is advisable to give the subject some further attention in other cities and states, so that possibilities of overcoming the obstacles may be brought about and contribute to the enhancement of the concept referent of social indicators.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	3
1 INTRODUÇÃO	5
1.1 Questão Orientadora da Pesquisa	9
1.2 Objetivos da Pesquisa.....	10
1.3 Construção do Trabalho	10
2 GLOBALIZAÇÃO, CRISE E REFORMA DO ESTADO NO BRASIL.....	13
2.1 As Reformas do Governo Fernando Henrique Cardoso.....	23
2.2 As Reformas do Governo Luiz Inácio Lula da Silva	34
2.3 A Redefinição do Papel dos Municípios Brasileiros.....	37
3 TRAJETÓRIA DA PESQUISA.....	43
3.1 Referencial Teórico de Análise	43
3.2 Estratégia de Pesquisa	43
3.2.1 Protocolo do Estudo de Caso	45
3.2.2 Análise dos Dados e Elaboração do Relatório	49
4 O SETOR SAÚDE – O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	51
4.1 Condições de Gestão e Responsabilidades dos Municípios.....	57
4.2 Financiamento do Setor Municipal de Saúde.....	61
4.3 Planejamento e Gestão do SUS	72
4.4 Sistemas de Informação e Pacto dos Indicadores da Atenção Básica.....	78
5 EVOLUÇÃO CONCEITUAL DO ORÇAMENTO PÚBLICO.....	87
5.1 Origem e Evolução Conceitual do Orçamento Público	87
5.2 Evolução Conceitual do Orçamento Público no Brasil.....	94
5.2.1 O Sistema de Planejamento e Orçamento pós Constituição Federal de 1988..	99
5.2.1.1 Plano Plurianual (PPA)	99
5.2.1.2 Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO).....	104
5.2.1.3 Lei Orçamentária Anual (LOA)	108
5.2.2 O Plano Plurianual de 2000/2003 do Governo Federal.....	128
5.2.3 O Plano Plurianual de 2004/2007 do Governo Federal.....	133
6 POSSÍVEL CONCILIAÇÃO ENTRE INDICADORES E ORÇAMENTO PÚBLICO.....	135
6.1 Utilização de Indicadores na Avaliação de Programas Sociais.....	140
6.2 Utilização de Indicadores no Processo Orçamentário.....	146
6.3 Limitações e Desafios ao Uso dos Indicadores no Processo Orçamentário.....	154
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	159
REFERÊNCIAS	167
APÊNDICES.....	179
APÊNDICE 1	181

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADCT: Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
 CEPA: Comissão de Estudos de Projetos Administrativos
 CEPAL: Comissão Econômica para a América Latina
 CF: Constituição Federal
 CIDE: Centro de Informações e Dados do Rio de Janeiro
 CMS: Conselho Municipal de Saúde
 DASP: Departamento Administrativo do Setor Público
 DMS: Delegacia Metropolitana de Saúde
 EC: Emenda Constitucional
 FAEC: Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
 FJP: Fundação João Pinheiro
 FPM: Fundo de Participação dos Municípios
 IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
 ICV: Índice de Condições de Vida
 IDE: Índice de Desenvolvimento Econômico
 IDES: Índice Geral de Desenvolvimento Econômico e Social
 IDH: Índice de Desenvolvimento Humano
 IDHM: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
 IDS: Índice de Desenvolvimento Social
 INAMPS: Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
 IPEA: Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas
 IPRS: Índice Paulista de Responsabilidade Social
 IPTU: Imposto Predial e Territorial Urbano
 IQM: Índice de Qualidade dos Municípios
 ISS: Impostos sobre Serviços
 ITBI: Imposto sobre a Transmissão de Bens Imóveis
 LDO: Lei de Diretrizes Orçamentárias
 LOA: Lei Orçamentária Anual
 LRF: Lei de Responsabilidade Fiscal
 MARE: Ministério da Administração e Reforma do Estado
 NOAS: Normas Operacionais da Assistência à Saúde
 NOB: Normas Operacionais Básicas
 OCDE: Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
 OMS: Organização Mundial da Saúde
 ONU: Organização das Nações Unidas
 PAB: Piso da Atenção Básica
 PAB-A: Piso da Atenção Básica Ampliado
 PACS: Programa de Agentes Comunitários da Saúde
 PDR: Plano Diretor de Regionalização
 PDRA: Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado
 PIB: Produto Interno Bruto
 PPA: Plano Plurianual
 PPBS: *Planning, Programming and Budgeting System* - Sistema de Planejamento, Programação e Orçamento
 PPI: Programação Pactuada Integrada
 PPI-ECD: Programação Pactuada Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças
 PSF: Programa Saúde da Família

PUMA: *Public Management Committee* - Comitê de Gestão Pública
SEADE: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados
SEGES/MPOG: Secretaria de Gestão do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
SEI: Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais
SIA: Sistema de Informações Ambulatoriais
SIAB: Sistema de Informações da Atenção Básica
SIH: Sistema de Informações Hospitalares
SIM: Sistema de Informações de Mortalidade
SINAN: Sistema de Informações de Agravos de Notificação
SINASC: Sistema de Informações de Nascidos Vivos
SIOPS: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SI-PNI: Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações
SISCOLO: Sistema de Informação de Controle de Câncer do Colo de Útero
SISHIPERDIA: Sistema de Informação de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
SISPRENATAL: Sistema de Informação do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento
SISVAN: Sistema de Informações do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SPC: Serviço de Proteção ao Crédito
SUS: Sistema Único de Saúde

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a administração pública brasileira tem vivido um intenso processo de transformação, sob influência da redemocratização do país e da reforma do Estado.

A agenda democrática, por um lado, vem reivindicando novos direitos sociais e políticos, equidade nos resultados das políticas públicas, descentralização do processo decisório, participação da sociedade civil na formulação, implementação e controle dos programas governamentais, valorização das instituições representativas, *accountability* e transparência.

Por outro lado, a adoção das idéias liberais, para combater a crise dos últimos tempos, colocou em questionamento o papel do Estado de único responsável pela solução dos problemas sociais e pelo desenvolvimento econômico e incentivou as privatizações, as terceirizações, as transferências da execução dos serviços não-exclusivos para o setor público não-estatal, a desregulamentação, o ajuste fiscal, a eficiência na aplicação dos recursos públicos e a gestão voltada para o cidadão.

Apesar dos propósitos diferentes, o movimento de descentralização tem sido uma estratégia utilizada tanto pelo processo de redemocratização quanto pela reforma do Estado, favorecendo a transferência de poder, recursos e atribuições para os governos locais. Os municípios, pós Constituição Federal de 1988, passaram a possuir maior autonomia política e administrativa e, ao mesmo tempo, tiveram que assumir novos encargos na área social, a promoção do desenvolvimento econômico dentro de sua área de abrangência e o desafio de estabelecer novas formas de relacionamento com a sociedade civil com o intuito de aprofundar a democracia.

Contudo, a maioria dos municípios não estava preparada para desempenhar esse novo papel, seja por alguns traços históricos da administração pública brasileira que precisam ser superados por qualquer esfera de governo, seja pelas dificuldades dos próprios governos locais, principalmente quanto ao aspecto técnico-administrativo mais deficitário, se comparado com os estados e a União.

A administração pública brasileira convive hoje com traços do patrimonialismo (clientelismo, nepotismo, corrupção), da abordagem burocrática (formalismo, racionalidade, ênfase nos processos, distanciamento das demandas da sociedade) e da recente abordagem gerencial (voltada para resultados e atendimento dos cidadãos). A combinação desses elementos em cada ente federativo depende das variações culturais, históricas e sociais de cada região do país, alguns acumulando mais características negativas e outros, mais positivas.

Os municípios, ainda, têm sofrido com a falta de planejamento e coordenação do governo central em relação à descentralização, ocasionando a não preparação desses municípios para o recebimento das novas funções, muitas vezes, com a sobrecarga de atribuições, e incentivando o aumento das diferenças econômico-sociais entre eles (AFFONSO, 1996, p.9). Os municípios, também, são influenciados pelas propostas de reforma do Estado, particularmente as oriundas da União.

O processo de mudança da administração pública brasileira envolve diversos aspectos. Todavia, neste trabalho, dois deles merecem destaque: a integração entre planejamento, orçamento e gestão e a expansão do uso de informações e indicadores sociais.

No que tange ao primeiro aspecto, a partir de 1998, os esforços para integração entre planejamento, orçamento e gestão começaram a ser focados pelas iniciativas de reforma do Estado do governo Fernando Henrique Cardoso. O destaque foi para o Plano Plurianual (PPA 2000/2003), mais conhecido como Avança Brasil, o qual trazia em seu arcabouço um modelo de gestão por resultados, tendo como objeto principal os programas de governo.

Apesar de o plano de gestão pública do governo Luiz Inácio Lula da Silva estar em fase de elaboração, também é enfatizado o Modelo de Gestão do Plano Plurianual, objetivando o aprimoramento da nova metodologia iniciada pelo PPA 2000/2003.

Deve-se ressaltar que o PPA juntamente com a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA) representam os instrumentos de planejamento/orçamento estabelecidos pela Constituição Federal de 1988, sendo os programas o elo de ligação entre eles.

O PPA consiste em um plano operacional de médio prazo, quadrienal, no qual são definidas as metas e prioridades da administração pública por regiões e os programas que viabilizarão as diretrizes estratégicas.

A LDO condiciona a ligação entre o plano de médio prazo expresso no PPA e os planos operacionais de curto prazo abrangidos pelas LOA's de cada ano, pois nela são traduzidas as diretrizes traçadas no PPA em metas e prioridades para cada exercício financeiro.

A LOA, por sua vez, apresenta o conjunto de alternativas de ação escolhidas, ou melhor, as metas ou produtos intermediários que conduzirão aos produtos finais dos programas em um dado exercício financeiro.

Dado o novo enfoque da gestão pública por resultados, não é coerente a predominância da concepção do orçamento tradicional, cuja principal função é o controle político dos órgãos de representação (no caso dos municípios, a câmara municipal e os tribunais de contas) sobre o executivo, em que se enfatiza o equilíbrio financeiro e a contenção dos gastos públicos, dando relevância aos meios.

Ao contrário, deve-se considerar o enfoque moderno que, hoje no Brasil, está idealizado no chamado Orçamento-Programa, consistindo em um conjunto de conceitos e disposições técnicas sistematizado originalmente pela Organização das Nações Unidas – ONU e possuindo uma forte ligação com o processo de planejamento e controle. O Orçamento-Programa pode ser entendido como um documento que expressa os objetivos perseguidos pela instituição pública e os meios de atingi-los, revelados pelos programas de governo, para um determinado exercício financeiro.

Quanto aos indicadores sociais, segundo aspecto em destaque neste trabalho, Jannuzzi (2001a, p.11) menciona que eles “[...] passaram a integrar o vocabulário corrente dos agentes políticos responsáveis, em última instância, pela definição das prioridades das políticas sociais e alocação dos recursos públicos.”

As agências governamentais e, particularmente os municípios, têm investido tempo, recursos humanos e financeiros na construção de sistemas de informações e estatísticas municipais e na elaboração de indicadores para tentar contemplar as demandas sociais. “O esforço de

atualização tecnológica para armazenamento, tratamento e consulta dos indicadores sociais não parece ter sido acompanhado, contudo, de aprofundamento técnico no uso dos mesmos no processo de formulação e avaliação de políticas públicas.” (JANNUZZI, 2001b, p. 1).

Nesse sentido, analisando o setor público municipal de saúde, tornam-se visíveis as dificuldades enfrentadas pelos municípios. A área da saúde foi escolhida pela relevância dos dispêndios sociais municipais nessa função, pelos avanços apresentados no processo de descentralização e pelo crescimento dos sistemas de informações, notadamente após a criação e processo de implantação do Sistema Único de Saúde - SUS.

“A estruturação de um sistema único de saúde procurou ampliar os níveis de responsabilidade local e regional para solucionar, simultaneamente, questões referentes à melhoria da eficácia do gasto público e à ampliação do acesso aos serviços.” (SILVA, Pedro, 2003, p.73).

Assim, as normas operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecido pela Constituição Federal de 1988, enfatizam a necessidade de elaboração de planos municipais de saúde em consonância com os planos nacional e estadual, do acompanhamento e controle da execução dos planos, da avaliação dos resultados e impactos das ações e serviços sobre a saúde da população e meio ambiente (NOAS/SUS¹, 01/02).

Ao mesmo tempo, é imposta à gestão pública municipal a obrigatoriedade de alimentar os sistemas de informações e bancos de dados nacionais, desenvolver o cadastro nacional dos usuários do SUS, além de estabelecer o Pacto dos Indicadores da Atenção Básica (NOAS/SUS, 01/02).

Normalmente, todas as informações e indicadores gerados têm por objetivo atender à necessidade dos órgãos federais em obter dados para efeitos de gestão ou geração de conhecimento em saúde. Os esforços despendidos pelos municípios para alimentação das bases de dados acabam não sendo revertidos em benefícios ao processo de planejamento e controle das ações públicas locais, devido à ausência ou à baixa utilização das informações e indicadores como subsídios ao processo decisório e transparência.

¹ NOB's – Normas Operacionais Básicas e NOAS - Normas Operacionais da Assistência à Saúde são regulamentações utilizadas no âmbito da consolidação do SUS.

Dentre os possíveis motivos para tal fato, poderiam ser destacados: a inconsistência e a falta de confiabilidade das informações ocasionadas pelos instrumentos de coleta dos dados; a falta de integração dos sistemas, em que as informações sobre a situação de saúde, ações públicas e recursos utilizados estivessem associadas, e a falta de preparação do quadro de pessoal para levantamento das informações relevantes ao planejamento e controle das ações de saúde (MS, 2004, p.5).

A situação torna-se mais grave se for considerado que os planos municipais de saúde deveriam estar traduzidos no orçamento público. Além disso, de acordo com a literatura consultada, a elaboração do Orçamento-Programa prevê o estabelecimento de medidas de desempenho para mensurar os resultados (indicadores) e os produtos dos projetos e atividades (metas das ações) que representam os esforços despendidos na execução dos programas. Assim, é esperada a integração dos indicadores de saúde existentes e os que podem ser criados por meio das informações disponíveis ao processo de planejamento e orçamento.

Todavia, é preciso considerar que, assim como diversos aspectos da reforma do Estado, a integração entre planejamento, orçamento e gestão e a utilização de informações e indicadores na área social estão em evolução, existindo obstáculos a serem vencidos. Como lembra Nogueira (1997a, p.22), a reforma do Estado “[...] não é apenas um projeto, mas um processo, de maturação necessariamente lenta.”

Dessa forma, a realização de pesquisas para diagnóstico, análise e proposições é importante para qualificar o processo de reforma do Estado.

1.1 Questão Orientadora da Pesquisa

Considerando o interesse em contribuir para a melhoria do processo de planejamento e orçamento público, mais especificamente do setor público municipal de saúde, pretende-se com esse estudo responder à seguinte questão orientadora de pesquisa:

Como são utilizados os indicadores sociais e as informações no processo de planejamento e orçamento do setor público municipal de saúde?

1.2 Objetivos da Pesquisa

Em consonância com a questão estabelecida, os objetivos preliminares do presente estudo são:

Objetivo Geral

- Compreender e descrever o atual estágio de evolução da utilização das informações e indicadores sociais no processo de planejamento e orçamento do setor público municipal de saúde.

Objetivos Específicos

- Situar a gestão pública municipal em relação ao contexto de globalização, crise e reforma do Estado;
- Identificar os principais elementos da gestão municipal da política de saúde;
- Identificar os principais aspectos do processo orçamentário municipal;
- Caracterizar e analisar a relação entre informações, indicadores sociais e planos municipais de saúde e o orçamento público.

1.3 Construção do Trabalho

Em atenção aos propósitos da pesquisa, este trabalho foi construído por meio de uma abordagem metodológica empírico-analítica com a condução de um Estudo de Caso no município de Brumadinho/MG.

Inicialmente, foi feita uma contextualização mais ampla sobre globalização, crise e reforma do Estado no Brasil com o intuito de identificar características do desenvolvimento da administração pública brasileira, nas últimas décadas, que serviram como base para a determinação do referencial teórico da pesquisa.

Em seguida, buscou-se definir o referencial de análise e a estratégia de pesquisa utilizada – Estudo de Caso, delineando as bases para coleta de dados e informações, contidas no Protocolo do Estudo de Caso, e a forma de condução da análise das evidências e de

construção do relatório. Além disso, foram apresentadas as características gerais do município estudado.

Nos dois capítulos seguintes, o intuito foi conciliar teoria e análise das fontes de evidências do Estudo de Caso do município de Brumadinho/MG. Procurou-se sinalizar os pressupostos da política de saúde e as características da gestão da saúde do município, dando ênfase à identificação da categoria de gestão (conforme definição do SUS), às fontes de financiamento, à elaboração dos planos e relatórios de gestão, à alimentação dos bancos de dados e informações da saúde, bem como à pactuação dos indicadores da atenção básica.

Foram expostas as concepções do orçamento público conforme a sua linha evolutiva e as características de cada uma delas, buscando identificar a concepção prevalecente no município e, conseqüentemente, se os indicadores são utilizados no processo orçamentário.

Finalmente, foram destacadas as principais dificuldades e possibilidades de conciliação entre gestão das políticas públicas, especificamente a política de saúde, e a gestão orçamentária e financeira, focando o uso de indicadores.

2 GLOBALIZAÇÃO, CRISE E REFORMA DO ESTADO NO BRASIL

O debate sobre a transformação do Estado e da sociedade reflete o esgotamento do modelo de Estado Social que, no século vinte, procurou proteger os direitos sociais e promover o desenvolvimento econômico, assumindo, na realização deste novo papel, três formas: o Estado de Bem-Estar nos países desenvolvidos, o Estado Desenvolvimentista nos países em desenvolvimento e o Estado Comunista nos países em que o modo de produção estatal tornou-se dominante.

O Estado Social emergiu da crise do Estado Liberal quando a sua concepção – baseada na não intervenção no processo econômico-social além da esfera de manutenção da ordem e da garantia da propriedade – e a sua prática começaram a sofrer mudanças significativas nas primeiras décadas do século XX. A Primeira Guerra Mundial (1914-1918), a Revolução Russa (1917) e o Craque da Bolsa de Nova York (1929) foram fatos que marcaram esse período e forçaram o Estado a assumir um papel mais marcante na regulamentação da economia e na proteção dos cidadãos.

No período pós Segunda Guerra Mundial, conhecido como “Idade do Ouro”, assistiu-se a uma prosperidade econômica e a um desenvolvimento social sem precedentes na história da humanidade, tal fato podendo ser visto como resultado de uma política de planejamento estatal da economia e do desenvolvimento de políticas sociais/públicas (ALMEIDA *et al.*, 2001, p.17).

Contudo, a partir de meados da década de 1970, teve início a crise dos anos de crescimento influenciada pelo aumento do preço do petróleo (“crise do petróleo”). Outros aspectos que colaboraram para o agravamento da situação foram o desenvolvimento tecnológico e o movimento de globalização.

A aceleração do desenvolvimento tecnológico, ocorrida na segunda metade do século passado, utilizando-se dos avanços observados na informática, nos meios de comunicação, nos meios de transportes modernos e na tecnologia intensiva, possibilitou a internacionalização da produção, o estabelecimento de novas estruturas industriais com

ganhos de produtividade e o desenvolvimento de novas práticas comerciais visando atender os novos patamares de consumo impostos pela sociedade.

As transformações tecnológicas foram acompanhadas pelo processo de globalização da economia, levando a um enorme aumento do comércio internacional, dos financiamentos internacionais e dos investimentos diretos das empresas multinacionais, significando um aumento da concorrência internacional e a reorganização da produção mundial (BRESSER PEREIRA, 1998, p.56).

Para Oszlak (1998, p.92), as forças explicativas da globalização são muito mais abrangentes, poderosas e complexas do que as que governam o comércio internacional, existindo, na atualidade, uma agenda mundial composta por diversas questões, as quais apagam as fronteiras nacionais ante as novas formas adotadas pelo intercâmbio e pela inter-relação entre forças e atores tão poderosos. Dentre essas questões, cita como exemplos as relativas às migrações, ao meio ambiente, ao terrorismo, à corrupção, ao narcotráfico, à revolução da comunicação, aos movimentos de capital migrante e aos mercados financeiros *on line*.

Esse mesmo autor destaca como aspectos da globalização a integração regional e a internacionalização. A primeira pode ser vista como “[...] uma tentativa de ordenar, dentro de cada uma das fronteiras, o impacto de um mundo sem fronteiras” (OSZLAK, 1998, p.92). Surge, assim, a formação de blocos regionais, inclusive como forma de defesa à globalização, em que a realização de interesses nacionais “passa” pela subordinação a interesses coletivos regionais, o que certamente não acontece sem resistências (MARTINS, 1998, p.38).

Buscando estabelecer a distinção entre globalização e internacionalização, Oszlak (1998, p.93) menciona que, enquanto na primeira os efeitos são mais onipresentes e menos visíveis, na segunda eles são mais facilmente atribuídos a atores e a decisões concretas. Para ele, “[...] na origem de muitas das questões propriamente nacionais a pressão internacional teve um efeito determinante [...]”, desempenhando um papel decisivo “[...] para a conformação das relações de força no interior dos Estados e das próprias sociedades nacionais [...]”, o que “[...] favorece determinados atores sociais e estatais, e enfraquece outros que defendam interesses opostos.” (OSZLAK, 1998, p.92). Esse é o caso, por exemplo, do crescente poder dos organismos financeiros internacionais.

Uma das consequências desse processo de globalização, internacionalização e integração regional foi a perda relativa da autonomia do Estado nacional que viu reduzida a sua capacidade de formular políticas macroeconômicas e de isolar sua economia da competição internacional. Além disso, como lembra Martins (1998, p.38), com o surgimento de uma consciência planetária, difundiram-se valores universais sobre direitos humanos ou se criaram problemas de segurança ou conservação ecológica, os quais dizem respeito e exigem soluções que geram ações coletivas que transcendem a órbita decisória e a jurisdição dos Estados nacionais.

A história recente também é marcada por ondas de democratização, lutas pela garantia dos direitos civis e sociais, desequilíbrios cada vez mais profundos entre pobres e ricos (países ou classes sociais), fundamentalismos religiosos, entre outros. Fenômenos que têm contribuído para transformar radicalmente as relações sociopolíticas internas e externas em muitos Estados nacionais (OSZLAK, 1998, p.48).

É nesse contexto que, nos anos setenta e oitenta, configurou-se um quadro de desequilíbrio evidenciado, nos países desenvolvidos, pela forte redução das taxas de crescimento e aumento do desemprego. Na América Latina, a situação assumiu proporções ainda mais preocupantes com índices negativos de crescimento em todos os países, exceto Brasil e Colômbia; crescente aumento da dívida externa e do processo inflacionário; e agravamento da baixa qualidade de vida e dos índices de pobreza da região.

Para Bresser Pereira (1998, p.51), a crise nos anos 80 – diferentemente da crise nos anos 30 ocasionada pelo mau funcionamento do mercado – teve como causa fundamental a crise do Estado, cujas manifestações mais evidentes foram a crise fiscal, o esgotamento das suas formas de intervenção e a obsolescência da forma burocrática de administrá-lo.

A crise fiscal definia-se pela perda em maior grau de crédito público e pela incapacidade crescente do Estado de realizar uma poupança pública que lhe permitisse financiar políticas públicas. A crise do modo de intervenção manifestou-se de três formas principais: a crise do *welfare state* no primeiro mundo, o esgotamento da industrialização por substituição de importações na maioria dos países em desenvolvimento, e o colapso de importações nos países comunistas. A superação da forma burocrática de administrar o Estado revelou-se nos custos crescentes, na baixa qualidade e na ineficiência dos serviços sociais prestados pelo Estado através do emprego direto de burocratas estatais. (BRESSER PEREIRA, 1998, p. 56).

Os argumentos do autor poderiam levar ao pensamento de que “[...] reformar o Estado significaria a superação da crise econômica [...]” (ANDREWS; KOUZMIN, 1998, p.103). Entretanto, essa visão não é compartilhada por outros autores.

O socialista Kurz (1998, p.15) acredita que a passagem para uma sociedade de prestação de serviços estaria marcando uma cisão histórica, semelhantemente à passagem da sociedade agrária para a industrial, caracterizada por uma crise de caráter qualitativamente novo em todos os seus níveis, quais sejam:

- Socialmente: pela crise global no mercado de trabalho e ampliação do desemprego estrutural;
- Economicamente: pela estagnação relativa dos investimentos reais no processo produtivo, a crise especulativa, a crise da dívida e, mais cedo ou mais tarde, pela crise monetária (inflação ou deflação);
- Politicamente: pelo esvaziamento da soberania do Estado, causando a perda de grande parte da sua legitimidade e pela ineficácia dos mecanismos estatais de regulação;
- Culturalmente: pela “individualização” de todas as decisões sociais, indicando um processo de “des-socialização” e “des-solidarização” dos homens;
- Ecologicamente: pela sucessiva destruição, em dimensões planetárias, das bases naturais de sobrevivência, causada por fatores como a exploração indiscriminada dos recursos naturais, o êxodo rural, a poluição, a extinção de espécies, além das catástrofes naturais.

“Essa crise requer a médio e longo prazo uma mudança de paradigmas teórico-científicos e institucionais [...]” (KURZ, 1998, p.15). O autor ressalta a existência de um *time lag* teórico na relação da revolução tecnológica e da racionalidade político-econômica no decorrer da história, no momento, sendo observado que os mecanismos de regulação social não estão condizentes com a nova dimensão das forças de produção na forma da microeletrônica. Por isso, “[...] no século 21 haveria uma transformação social hoje em dia quase inimaginável, que poderia obrigar à adaptação das instituições sócio-econômicas e da teoria do desenvolvimento social ao progresso bem mais avançado das ciências naturais e da tecnologia.” (KURZ, 1998, p.18).

Para o autor (1998, p.24), a imprescindível mudança de paradigma terá de se concentrar principalmente na economia, revogando a superdeterminação econômica característica da economia dos mercados, a qual constitui centro da modernidade. Portanto, seria necessária a busca de uma nova alternativa ao sistema capitalista.

Kurz (1998, p.28) ainda afirma que o Estado, como se conhece hoje, surgiu apenas durante o processo de modernização, não sendo uma condição supra-histórica para a existência humana, antes uma forma específica do sistema produtor de mercadorias. Portanto, a mudança de paradigma também deveria abranger as instituições do Estado.

Nesse sentido, a formação do terceiro setor surge como um novo paradigma, tanto em relação ao mercado quanto ao Estado (KURZ, 1998, p.30). Assim, ao Estado é colocada, pela última vez, a alternativa entre a reforma social e a repressão. No primeiro caso, ajudando o terceiro setor a obter os recursos materiais necessários para o seu desenvolvimento e, tornando-se, em consequência, supérfluo. Ou, pelo contrário, assumindo novamente seu papel de Leviatã e mantendo, pela força, a massa empobrecida longe dos recursos desativados devido à sua baixa rentabilidade na economia de mercado (KURZ, 1998, p.32).

Oszlak (1998, p.48), por sua vez, acredita que o capitalismo continua sendo o sistema de produção e organização social e procura estabelecer relações entre o quadro de profundas mudanças que nele se operam e os processos de transformação do Estado e da sociedade. Os fenômenos recentes têm redefinido os papéis tradicionais do Estado nacional, principalmente de “benfeitor” e de “empresário”, e também do mercado, da empresa privada, dos atores e dos espaços subnacionais e supranacionais (OSZLAK, 1998, p.48).

Portanto, não se trata de uma mudança de paradigmas como concebido por Kurz, o papel fundamental do Estado como articulador e “avalista” do sistema capitalista não muda. As variações ocorrem no poder, nos recursos ou nos papéis funcionais desempenhados pelos diferentes setores sociais ou estatais, indicando o caráter humanista ou selvagem, democrático ou autoritário que esse capitalismo assume. A ênfase não é colocada exclusivamente sobre o Estado, como parece fazer Bresser Pereira, mas também nas suas relações com a sociedade.

Para Oszlak (1998, p.56), o papel do Estado é concebido, em cada momento histórico, como uma expressão político-ideológica da agenda estatal vigente, a qual representa o espaço

problemático de uma sociedade, do conjunto de questões não-resolvidas que afetam um ou mais ou todos os seus setores, sendo, portanto, objeto da ação estatal.

A agenda estatal – constituída, basicamente, pelas questões relacionadas à reprodução de uma ordem social, ao desenvolvimento das forças produtivas e à redução das desigualdades sociais – e o papel do Estado para solucioná-la “[...] deve ser interpretado não só em termos funcionais – ou seja, ‘de que se deve ocupar o estado nacional’? –, mas também da perspectiva de ‘quem decide sobre o que cabe a cada um fazer?’ e ‘quanto custa a quem?’” (OSZLAK, 1998, p.58).

Assim, por exemplo, a decisão de minimizar o Estado, ou seja, de transferir funções para a sociedade, tem como pressuposto uma relação antecedente e outra conseqüente. A primeira refere-se à nova correlação de forças que se estabeleceu entre os grupos econômicos e os representantes do Estado e a segunda, por sua vez, relaciona-se ao fato de o Estado renunciar à sua pretensão de obter da sociedade os recursos que seriam necessários para manter as funções no âmbito estatal (OSZLAK, 1998, p.62).

Já Martins (1998, p.43) adota uma visão distinta, afirmando que as mudanças não decorrem da influência de ideologias, seja ela neoliberal ou outra, mas nascem do próprio contexto histórico. O autor, analisando a realidade brasileira, propõe para discussão uma maneira de perceber alguns dos fatores que estão condicionando as mudanças em curso nas relações entre Estado e sociedade, decompondo o problema em duas dimensões: a crise do Estado-nação e a da redefinição do papel e da organização interna do Estado.

Tendo como referência o Brasil, Martins (1998, p.41) afirma que politicamente a idéia de nação sempre prevaleceu sobre e divorciada da idéia de sociedade e, portanto, do exercício da cidadania. Nesse contexto de profundas mudanças, “[...] o enfraquecimento da idéia de nação está abrindo espaço para o fortalecimento da idéia de sociedade e, através dele, da consciência de cidadania” (MARTINS, 1998, p.42). A implicação mais evidente parece ser a da redefinição do papel do Estado e da reestruturação do seu aparelho.

As visões de Bresser Pereira, Kurz, Oszlak e Martins são algumas das muitas interpretações existentes quanto ao posicionamento do Estado na configuração de uma nova organização social para enfrentar a crise das últimas décadas. A visão de Kurz sobre o desaparecimento do

Estado frente ao paradigma emergente do terceiro setor não é a predominante entre os outros autores mencionados, aliás é bem divergente. Para eles, o Estado continua a desempenhar um papel relevante na vida contemporânea, mas sendo visível a necessidade de reformá-lo.

No Brasil, como nos demais países em desenvolvimento, os efeitos da crise manifestaram-se mais tarde, no início dos anos oitenta, pelo aumento da dívida externa decorrente da elevação das taxas de juros internacionais, pelo processo hiperinflacionário crônico, pela ampla crise fiscal e, conseqüentemente, incapacidade de iniciativa estatal.

A política de substituição de importações do ciclo político de “construção nacional”, iniciada a partir dos anos 30, passou a ser questionada frente às mudanças ocorridas no cenário mundial que determinavam novas formas de inserção das economias nacionais no plano internacional e o atendimento de maiores e diferenciadas demandas sociais resultantes desse novo contexto.

Em um primeiro momento, o diagnóstico sobre a crise no Brasil seguiu a tendência de associá-la unilateralmente às forças externas. A globalização era vista como um processo exclusivamente econômico, comandada por efeitos inexoráveis e cuja dinâmica seria incontrollável, portanto todos os países deveriam ajustar-se segundo um receituário único (DINIZ, 2001, p.14).

Logo, a abordagem a ser seguida era a reducionista. A idéia de ser o mercado o único movido e dotado pela lógica da eficiência levava à busca por um Estado Mínimo, restringindo a reforma ao corte de gastos considerados excessivamente altos e redução do déficit público. A nova agenda estatal tinha como aspectos prioritários o refluxo do Estado, a liberalização, a desregulação e a privatização (DINIZ, 1998a, p.5).

No governo Fernando Collor, desencadearam-se as primeiras medidas para reduzir o tamanho do Estado e realizar a ruptura com o passado intervencionista. Todavia, não se percebia uma estratégia compreensiva e de mudanças estruturais, mas um movimento célebre de desmontagem e quase “destruição” do aparato estatal, motivado pela necessidade de atender aos requerimentos fiscais das políticas de estabilização e de cumprimento dos compromissos externos assumidos na renegociação da dívida com o sistema financeiro privado internacional (SILVA, Pedro, 1998, p.20).

A visão adotada, entretanto, mostrava-se equivocada, pois o fenômeno da globalização não obedecia e não obedece apenas a uma lógica econômica, reflete também uma dinâmica política ligada à relação de forças na arena internacional (DINIZ, 1998b, p.45). Desta forma, o Estado Mínimo não se constituía na única alternativa viável, ao contrário, a conquista de posições favoráveis no jogo de poder internacional implicava uma alta capacidade de gestão do Estado (DINIZ, 2001, p.14).

Nogueira (1995, p.113) também discute o aspecto da subordinação da política ao espaço econômico num estudo voltado para o tema da governabilidade. No texto, ele destaca que mais importante do que etiquetar as condições atuais é perceber que a revolução verificada na sociedade contemporânea não eliminou as extensas zonas de desigualdade, miséria e pobreza espalhadas pelo mundo.

[...] a pobreza tem seu espectro alargado pelo crescimento sem emprego típico da era informacional, capaz de gerar, a cada momento, ondas de excluídos, subempregados e pobres de ‘novo tipo’. Por outro lado, ao submeter o conjunto do planeta a uma mesma política de ajuste e gestão econômica, a ‘globalização’ força a redução da capacidade de investimento e de intervenção do Estado, neutralizando o único instrumento conhecido para a idealização e implementação de políticas sociais. (NOGUEIRA, 1995, p.114).

Nesse contexto, o Brasil foi caracterizado pelo autor como um país “miseravelmente complexo”, pela interveniência das grandes tendências do mundo “pós-industrial” e também por ter se tornado industrializado e moderno, mas sem incluir a maioria da população no progresso alcançado, apresentando péssimos indicadores sociais (NOGUEIRA, 1995, p.115).

Ao mesmo tempo em que aconteciam as exigências de concretização das idéias neoliberais, o país continuava sofrendo as pressões do movimento de democratização, iniciado nos primeiros anos da década de 80, com a reivindicação de novos direitos sociais e políticos, equidade nos resultados das políticas públicas, descentralização e participação na formulação de políticas, implementação e controle da ação governamental (SCHOMMER, 2003, p.105).

Como afirmava Kliksberg (1988, p.60):

As exigências apresentadas ao Estado na maioria dos países são, porém, contraditórias. Pede-se que ele gaste menos mas, simultaneamente, requer-se dele muito mais do que tem feito tradicionalmente. Demanda-se, agora, uma intervenção ativa e coerente numa infinidade de áreas econômico-sociais fundamentais. Solicita-se, por exemplo, que o Estado seja um fator decisivo para a integração econômica regional, a promoção de exportações e o desenvolvimento de grandes

programas sociais destinados aos setores mais afetados pela crise e que abrangem a grande maioria da população.

Diante das características do processo de democratização e dos fracassos dos planos de estabilização econômica dos dois primeiros governos da Nova República, traçou-se um diagnóstico da crise de governabilidade do Estado como “[...] expressão de paralisia decisória, isto é, o governo viu-se incapaz de tomar decisões, em virtude da pressão de demandas da sociedade.” (DINIZ, 2001, p.19).

Assim, estabeleceu-se uma tensão crescente entre a consecução das reformas orientadas para o mercado e a consolidação da democracia, dado o que Diniz (1998a, p.5) denominou de “paradoxo neoliberal”. Para reduzir as funções do governo na economia e expandir as forças do mercado, era preciso o fortalecimento do Estado, isso sendo realizado pela “[...] ênfase unilateral na capacidade técnica [...] consolidando um estilo caracterizado por alto grau de insularidade burocrática e pela ampliação irrestrita do poder legislativo do Executivo.” (DINIZ, 1998a, p.10).

O efeito foi o reforço dos traços históricos do Estado brasileiro, os quais não podem ser desconsiderados, como:

- O desequilíbrio entre os poderes executivo e legislativo, tornando este último esvaziado de poder e criando sérios obstáculos para a articulação entre os poderes e a comunicação com a sociedade;
- O contraste da supremacia da abordagem técnica com uma burocracia incapaz de garantir a eficácia da máquina estatal por uma ampla parcela dela estar integrada ao sistema de patronagem e clientelismo;
- O déficit de *accountability*, ou seja, as dificuldades de implantação e funcionamento efetivo de mecanismos de cobrança e prestação de contas;
- O alto grau de instabilidade do marco jurídico com mudanças frequentes na legislação, principalmente pelo poder de legislar do executivo. (DINIZ, 2001, *passim*).

Além disso, a autora acredita num diagnóstico alternativo sobre a governabilidade típica do Brasil da Nova República, pois “[...] ao contrário de bloqueio da capacidade de decisão, o que

se verificou foi um agudo contraste entre uma hiperatividade decisória e uma fraca capacidade de implementação das políticas.” (DINIZ, 2001, p.19).

Na verdade, a primeira onda de reformas neoliberais contribuiu para aprofundar a incapacidade do Estado de realizar suas funções básicas e intransferíveis, como garantir a ordem e segurança, penetrar no conjunto do território nacional e incluir, nas suas ações, os diferentes segmentos sociais, garantindo a todos o acesso aos serviços públicos essenciais, bem como a eficácia dos ordenamentos legais (DINIZ, 2001, p.19).

Nos anos 90, a visão mais rica de reestruturação do Estado começa a tornar-se visível em detrimento das reformas de cunho reducionista. Aos aspectos técnicos, administrativos, financeiros e fiscais foi incorporada a dimensão política, buscando estabelecer uma nova relação entre Estado e sociedade (DINIZ, 2001, p.21).

As questões relativas à competência e à eficiência da máquina estatal não mais podiam ser vistas como um fim em si mesmas, mas dentro de uma abordagem mais ampla da reforma do Estado, com uma maior sensibilidade quanto às necessidades sociais e um relacionamento mais estreito com a sociedade.

Dentro dessa visão, Diniz (2001, p. 21) propõe utilizar governabilidade e governança como conceitos distintos, porém interligados da ação estatal.

Governabilidade refere-se às condições sistêmicas mais gerais sob as quais se dá o exercício do poder numa dada sociedade. Nesse sentido, as variações dos graus de governabilidade sofrem o impacto das características gerais do sistema político, como a forma de governo (se parlamentarista ou presidencialista), as relações entre os poderes (maior ou menor assimetria entre Executivo e Legislativo), os sistemas partidários (pluripartidarismo ou bipartidarismo), o sistema de intermediação de interesses (corporativista ou pluralista), entre outras características. Não há, porém, fórmulas mágicas para assegurar níveis ótimos de governabilidade. Governança, por outro lado, na acepção aqui utilizada, diz respeito à capacidade de ação estatal na implementação das políticas e na consecução das metas coletivas. Implica expandir e aperfeiçoar os meios de interlocução e de administração dos conflitos de interesses, fortalecendo os mecanismos que garantam a responsabilização pública dos governantes. Governança refere-se, enfim, à capacidade de inserção do Estado na sociedade, rompendo com a tradição de governo fechado e enclausurado na alta burocracia governamental.

A explicação sobre governabilidade e governança apresentada por Diniz não é consensual entre os autores da ciência política. Tais termos são utilizados como instrumental analítico para a compreensão do período de transformação pelo qual se está passando e da reforma do

Estado e seu aparelho, portanto as concepções variam de autor para autor (ARAÚJO, 2002, p.6). As idéias de Diniz procuram mostrar a natureza abrangente e multidimensional da reforma do Estado considerada dentro do contexto de institucionalização e consolidação da democracia.

A democracia como modelo escolhido pela maior parte da humanidade requer um Estado aberto plenamente à participação da cidadania, sendo preciso redesenhar o Estado burocrático, alheio a seus cidadãos, impenetrável, desalentador da participação e de estilo gerencial autoritário. Para tanto, busca-se descentralizar, criar transparência, desburocratizar, favorecer todas as formas de co-gestão dos cidadãos, ativar instituições de participação permanente, renovar constituições, implantar sistemas políticos que amadureçam a cidadania e favoreçam a organização e expressão da sociedade civil (KLIKSBURG, 1994, p.12).

Como destaca Oszlak (1998, p.50), pode-se pensar que a etapa mais fácil da reforma do Estado tenha se completado em diversos países, mas ainda existe uma segunda etapa mais difícil, pois a pretensão não é conseguir um Estado menor, mas um Estado melhor, tecnológica e culturalmente mais avançado, para o fortalecimento das instituições e programas que promovam novos equilíbrios no plano da redistribuição da renda e do poder social e, também, priorização das mudanças necessárias nos níveis subnacionais, inclusive as relativas aos mecanismos de participação dos cidadãos.

2.1 As Reformas do Governo Fernando Henrique Cardoso

O processo de reformas estruturais inicia-se, concretamente, no governo Fernando Henrique Cardoso, após a implantação bem sucedida da estratégia de estabilização da moeda – o Plano Real (SILVA, Pedro, 1998, p.20). Os fundamentos e as propostas de reforma do Estado foram apresentados pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE) criado, na época, para esta finalidade.

O principal documento desenvolvido sobre o tema foi o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRA) divulgado em novembro de 1995. O Ministro Luiz Carlos Bresser Pereira também publicou as propostas de reforma através de artigos de jornal e acadêmicos, *papers* e livros.

O PDRA foi desenvolvido a partir do diagnóstico que relacionava a crise do Estado a três aspectos: a crise fiscal, o esgotamento da política de substituição de importações e a necessidade de superação da administração pública burocrática.

Apesar de reconhecer que a reforma do Estado é um projeto mais amplo do que a reforma do aparelho do Estado, envolvendo as várias áreas do governo e o conjunto da sociedade brasileira, o PDRA adotou uma abordagem mais restrita, cuja orientação era "[...] tornar a administração pública mais eficiente e mais voltada para a cidadania" (MARE, 1995, p.12).

O aparelho do Estado foi definido como a administração pública em sentido amplo, abrangendo a estrutura organizacional do Estado em seus três poderes (Executivo, Legislativo e Judiciário) e três níveis (União, Estados-membros e Municípios). Contudo, o foco do plano foi a administração pública federal.

A reforma foi delineada dentro do contexto de redefinição do papel do Estado de responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social pela via da produção de bens e serviços para fortalecer-se na função de promotor e regulador desse desenvolvimento.

Na identificação dos problemas da administração pública brasileira, a política de recursos humanos aparece como uma das principais causas do encarecimento e ineficiência da máquina pública e é apresentada como ponto importante em todas as dimensões previstas para a execução da reforma, quais sejam:

- institucional-legal: modificação das leis e criação ou modificação das instituições para o alcance de uma maior eficiência do aparelho do Estado;
- cultural: mudança dos valores burocráticos para gerenciais;
- gestão: implementação das novas idéias gerenciais e prestação de serviço público à sociedade efetivamente mais barato, melhor controlado e com melhor qualidade. (MARE, 1995, p. *passim*).

Foram traçados os seguintes objetivos globais pelo PDRA:

- Aumentar a governança do Estado, ou seja, sua capacidade administrativa de governar com efetividade e eficiência, voltando a ação dos serviços do Estado para o atendimento dos cidadãos.

- Limitar a ação do Estado àquelas funções que lhe são próprias, reservando, em princípio, os serviços não-exclusivos para a propriedade pública não-estatal, e a produção de bens e serviços para o mercado para a iniciativa privada.
- Transferir da União para estados e municípios as ações de caráter local: só em casos de emergência cabe a ação direta da União.
- Transferir parcialmente da União para estados as ações de caráter regional, de forma a permitir uma maior parceria entre os estados e a União. (MARE, 1995, p.45).

Algumas ações eram vistas como importantes para alcançar a mudança ora esperada, tais como: ajuste fiscal, emendas à constituição (administrativa e previdenciária), liberalização comercial, inovação dos instrumentos de política social, privatização e publicização (transferência da produção dos serviços não-exclusivos do Estado para o setor público não-estatal).

Em um artigo publicado em 1998, Bresser Pereira apresentou de forma mais estruturada os componentes ou processos básicos da reforma do Estado dos anos 90 que levariam ao Estado Social-Liberal do século vinte-e-um, idealizado pela centro-esquerda pragmática como resposta à crise. São eles:

- (a) a delimitação das funções do Estado, reduzindo seu tamanho em termos principalmente de pessoal através de programas de privatização, terceirização e “publicização” (este último processo implicando a transferência para o setor público não-estatal dos serviços sociais e científicos que hoje o Estado presta);
- (b) a redução do grau de interferência do Estado ao efetivamente necessário através de programas de desregulação que aumentem o recurso aos mecanismos de controle via mercado, transformando o Estado em um promotor da capacidade de competição do país em nível internacional ao invés de protetor da economia nacional contra a competição internacional;
- (c) o aumento da governança do Estado, ou seja, da sua capacidade de tornar efetivas as decisões do governo, através do ajuste fiscal, que devolve autonomia financeira ao Estado, da reforma administrativa rumo a uma administração pública gerencial (ao invés de burocrática), e a separação, dentro do Estado, ao nível das atividades exclusivas de Estado, entre a formulação de políticas públicas e a sua execução; e finalmente,
- (d) o aumento da governabilidade, ou seja, do poder do governo, graças à existência de instituições políticas que garantam uma melhor intermediação de interesses e tornem mais legítimos e democráticos os governos, aperfeiçoando a democracia representativa e abrindo espaço para o controle social ou democracia direta. (BRESSER PEREIRA, 1998, p.60).

O primeiro processo básico tinha como finalidade estabelecer onde a intervenção do Estado era necessária e com que tipo de institucionalidade. Para isso, o conjunto de atividades desempenhadas pelo Estado foi dividido em quatro setores: o núcleo estratégico, as atividades exclusivas, os serviços não-exclusivos e a produção para o mercado.

O núcleo estratégico, por definição, é estatal, composto pelo Poder Legislativo, Poder Judiciário, Ministério Público, Poder Executivo e a cúpula da administração pública nas três

esferas que caracterizam o sistema federativo brasileiro. Nesse setor, são definidas as leis e as políticas públicas e cobrado o seu cumprimento.

As atividades exclusivas compõem o setor em que são prestados serviços que só o Estado pode realizar. São atividades monopolistas em que o poder de Estado é exercido, ou seja, o seu poder “extroverso” sobre a sociedade civil existente em um território. Fazem parte deste setor atividades como: impor a justiça, manter a ordem, defender o país, policiar, arrecadar impostos, regulamentar atividades econômicas, realizar transferências de recurso a fundo perdido, defender o meio ambiente, garantir a estabilidade da moeda, entre outras.

As atividades exclusivas devem ser, também, de propriedade estatal, com a prestação de serviços de forma descentralizada. Um dos objetivos específicos para esse setor seria a transformação das autarquias e fundações que possuem poder de Estado em Agências Executivas Autônomas para serem administradas segundo um contrato de gestão em que o núcleo estratégico definiria os objetivos das entidades e os respectivos indicadores de desempenho e, além disso, garantiria os recursos humanos, materiais e financeiros a essas entidades para sua consecução.

Os serviços não-exclusivos – escolas, universidades, centros de pesquisa científica e tecnológica, creches, ambulatorios, hospitais, entidades de assistência aos carentes, museus etc. – teriam o seu financiamento, em grandes proporções, como uma atividade exclusiva do Estado, por envolverem direitos humanos fundamentais ou externalidades que o mercado, por si só, não compensaria na forma de preço e lucro. Contudo, a execução de tais serviços não requer o exercício do Poder de Estado, não devendo ser, necessariamente, de propriedade estatal.

Por isso, a reforma do Estado nessa área implica na *publicização*, ou seja, em transferência ao setor público não-estatal. A proposta é de transformação dos serviços não-exclusivos em organizações sociais que são entidades de direito privado, sem fins lucrativos, que, por iniciativa do Poder Executivo, detenham autorização do Poder Legislativo para celebrar contrato de gestão com o Poder Executivo e, assim, ter direito à dotação orçamentária. O controle de tais entidades será exercido pelo Estado e complementado pelo controle direto da sociedade através da participação em seus conselhos de administração.

Finalmente, o setor de produção de bens e serviços corresponde à área de atuação das empresas com fins lucrativos que foi absorvido pelo Estado ao longo do processo de industrialização, seja pelo volume de capital exigido, seja por envolver monopólios naturais.

Na visão do PDRA, esse setor pode ser completamente privatizado, por ser muito melhor e mais eficientemente controlado pelo mercado. Evita-se, assim, o problema da submissão da operação das empresas a critérios políticos inaceitáveis e a confusão do seu papel de ser competitiva e gerar lucros com a do Estado de distribuir renda. Todavia, no caso dos monopólios naturais, o Estado deve se responsabilizar pelas atividades de regulação, a serem realizadas pelas Agências Reguladoras Autônomas.

Além da divisão das atividades do Estado em setores, Bresser Pereira (1998, p.70) desenvolve uma outra análise, inicialmente não apresentada no PDRA, dividindo as atividades em principais (*core functions*) e auxiliares ou de apoio. As atividades principais são propriamente de governo, são as atividades em que o poder de Estado é exercido. Mas, para isso, é preciso contar com o apoio de uma série de atividades ou serviços auxiliares como: limpeza, vigilância, transporte, serviços técnicos de informática etc.

Segundo a lógica dessa reforma do Estado, os serviços auxiliares devem, em princípio, ser terceirizados, ou seja, submetidos à licitação pública e contratados com terceiros, para alcançar a sua realização com competitividade e economias para o Tesouro.

O Quadro 1 mostra o resultado da reforma do Estado em seu aspecto de delimitação da área de atuação.

Quadro 1- Instituições Resultantes da Reforma do Estado - 1998

	Atividades Exclusivas de Estado	Serviços Sociais E Científicos	Produção de Bens e Serviços p/ Mercado
Atividades Principais (Core)	ESTADO Enquanto Pessoal	Entidades Públicas Não Estatais	Empresas Privatizadas
Atividades Auxiliares	Empresas Terceirizadas	Empresas Terceirizadas	Empresas Terceirizadas

FONTE: BRESSER PEREIRA, 1998, p.71.

Assim, o “Estado enquanto Pessoal” estaria reservado às atividades principais do núcleo estratégico e das atividades exclusivas de Estado, ou seja, somente tais atividades seriam

executadas diretamente pelos órgãos e entidades do Estado. Entretanto, o “Estado enquanto Despesa” é diferente do primeiro, pois, além de financiar as atividades *core* e de apoio das atividades exclusivas e do núcleo estratégico, a maior parte das atividades não-exclusivas serão por ele financiadas.

Além de delimitar a abrangência institucional do Estado, de restringir a sua atuação direta somente às suas funções específicas, o segundo processo básico da reforma do Estado demonstra uma preocupação em determinar a extensão do seu papel de regulamentador das atividades privadas. A proposta era de reduzir a regulamentação aos aspectos em que ela fosse absolutamente necessária.

O terceiro processo básico é, na verdade, o cerne do Plano Diretor. O objetivo da reforma, em curto prazo, era facilitar o ajuste fiscal, particularmente nos estados e municípios pela evidência do excesso do quadro de pessoal e, a médio prazo, tornar a administração pública mais eficiente e moderna e voltada para o atendimento dos cidadãos (BRESSER PEREIRA, 1996, p.23).

Bresser Pereira (1998, p. 79) entende o ajuste fiscal como um problema permanente de todos os países e um aspecto fundamental da reforma, pois “[...] um Estado em crise fiscal, com poupança pública negativa, sem recursos para realizar investimentos e manter em bom funcionamento as políticas públicas existentes, muito menos para introduzir novas políticas públicas, é um Estado imobilizado.” (BRESSER PEREIRA, 1998, p.78).

Entretanto, o ajuste fiscal começa a ser pensado dentro de uma visão mais ampla, ou seja, em conjunto com a desejada mudança de uma administração pública burocrática para gerencial.

O modelo burocrático foi adotado para substituir a administração patrimonialista típica das monarquias absolutas, na qual o patrimônio público e o privado eram confundidos e, conseqüentemente, a corrupção e o nepotismo eram práticas comuns.

A administração pública burocrática, racional-legal, surge na segunda metade do século XIX, na época do Estado Liberal, para atender aos aspectos essenciais do capitalismo, de clara separação entre o público e o privado e entre o político e o administrador público.

Os princípios orientadores do desenvolvimento desse tipo de administração eram a profissionalização, a idéia de carreira, a hierarquia funcional, a impessoalidade, o formalismo. Os controles administrativos eram sempre *a priori*, por existir uma desconfiança prévia nos administradores públicos e nos cidadãos que lhes dirigem demandas, portanto, existia a necessidade de controles rígidos de processos.

Com o surgimento do Estado Social e Econômico do século XX, verificou-se que a administração pública burocrática não era mais compatível, revelando-se “[...] lenta, cara, auto-referida, e pouco ou nada orientada para o atendimento das demandas dos cidadãos.” (BRESSER PEREIRA, 1996, p. 11).

Se por um lado havia a expansão das funções do Estado, por outro, sofria-se também a pressão ocasionada pelo desenvolvimento tecnológico e o fenômeno da globalização. Assim, aos poucos, foram-se delineando os contornos da administração pública gerencial, inspirada na administração de empresas. “A eficiência da administração pública – a necessidade de reduzir custos e aumentar a qualidade dos serviços, tendo o cidadão como beneficiário – torna-se então essencial.” (MARE, 1995, p. 16). A diferença fundamental está na forma de controle, que deixa de basear-se nos processos para se concentrar nos resultados, deixa de ser *a priori* e passa a ser *a posteriori*.

No Brasil, os princípios do modelo de administração pública burocrática começaram a ser implantados a partir dos anos 30, período caracterizado pela política desenvolvimentista do país. O Departamento Administrativo do Serviço Público – DASP, criado em 1937, foi o grande símbolo do período, caracterizado como “[...] órgão de inovação e modernização administrativa, comandando a efetiva organização do aparato público brasileiro.” (NOGUEIRA, 1997a, p.9).

Na década de 60, de acordo com Bresser Pereira (1996, p.12), aconteceu a primeira tentativa de reforma gerencial da administração pública brasileira com a divulgação do Decreto-lei nº 200/67. A ênfase era nos processos de descentralização mediante a autonomia da administração indireta para o alcance de maior eficiência, isso sendo visto como forma de compensar as defasagens da administração direta. O Decreto-lei nº 200/67 estabelecia como princípios fundamentais da administração pública federal o planejamento, a coordenação, a descentralização, a delegação de competências e o controle.

Além dos aspectos que poderiam ser considerados gerenciais, o Decreto-lei nº 200/67 procurou fortalecer e expandir o sistema de mérito e fixar diretrizes gerais para um novo plano de cargos, essenciais para o fortalecimento da burocracia estatal.

Apesar das intenções de desenvolvimento da administração federal, “[...] cristalizou-se, nesse momento, o paradoxo de uma administração direta enfraquecida, marginalizada, e de uma administração indireta reforçada sem qualquer sinergia ou planejamento integrado, atravessado pelo espírito da concorrência.” (NOGUEIRA, 1997a, p. 13). Por permitir a contratação de funcionários sem concurso público, o Decreto-lei nº 200/67 facilitou, ainda, a sobrevivência de práticas patrimonialistas.

No início dos anos 80, as tentativas de reforma administrativa avançaram com a criação do Ministério da Desburocratização e do Programa Nacional de Desburocratização, buscando revitalizar e agilizar as organizações do Estado, descentralizar autoridade, melhorar e simplificar os processos administrativos e promover a eficiência. Depois, com o Programa Nacional de Desestatização, com a finalidade de contornar os excessos da expansão da administração descentralizada estimulada pelo Decreto-lei 200/67.

Durante o processo de abertura democrática do país, Bresser Pereira (1996, p.13) afirma que não foram apresentadas perspectivas de reforma do aparelho do Estado, ao contrário, tal período significou, no plano administrativo, uma volta aos ideais burocráticos dos anos 30 e, no plano político, uma tentativa de volta ao populismo dos anos 50.

De acordo com o autor (1996, p.14), o capítulo sobre a administração pública da Constituição Federal de 1988 (CF/88) demonstra um retrocesso aos ideais da administração pública burocrática, promovendo um engessamento do aparelho estatal por meio de regras como: perda da autonomia do poder Executivo para tratar da estruturação de órgãos públicos, instituição do regime jurídico único, estabilidade rígida, concursos públicos ainda mais rígidos, atribuição de normas de funcionamento idênticas as da administração direta às fundações e autarquias públicas, retirando-lhes a flexibilidade operacional.

Ao mesmo tempo, pela interferência de valores patrimonialistas no processo, a Constituição Federal de 1988 permitiu que diversos privilégios fossem criados ou consolidados. Podem ser citados, como exemplos, a aposentadoria com proventos integrais sem correlação com o

tempo de serviço ou com a contribuição do servidor e a transformação de funcionários “celetistas” das fundações e autarquias públicas em funcionários estatutários com estabilidade e aposentadoria integral.

Na verdade, Bresser Pereira (1996, p.15) acreditava que o retrocesso da Constituição Federal de 1988 fora o resultado de uma visão equivocada das forças democráticas sobre a natureza da administração pública vigente, sua aliança com o patrimonialismo e uma resposta da burocracia quanto à forma pela qual a administração central foi tratada durante o regime militar.

Porém, a visão do autor não é consensual. Nogueira (1997a, *passim*) também afirma que o processo de redemocratização não promoveu modificações de fundo no quadro da administração pública, apesar de ter sido feito um consistente diagnóstico sobre o Estado e a administração pública. A “terapia” não teve correspondência com o diagnóstico porque os governos civis tiveram de se concentrar na reconstitucionalização do Brasil, no combate à inflação, gerenciamento do aumento das demandas sociais e, também, por começarem a sentir os efeitos da crise do Estado, das pressões neoliberais e dos interesses organizados no interior da máquina administrativa.

Com a explicitação da crise no final dos anos 80 e início dos anos 90, a questão administrativa ganhou lugar de destaque. Entretanto, ocorreu a adoção de uma abordagem reducionista e quantitativa da reforma do Estado, o que contribuiu para o aprofundamento da crise da administração pública.

A proposta do PDRA era implantar a administração pública gerencial no Brasil, para adequar as formas de gestão da coisa pública ao novo ambiente de transformação tecnológica e social. Bresser Pereira (1998, p.80) define as principais características da administração pública gerencial ou “nova administração pública” como:

- (a) orientação da ação do Estado para o cidadão-usuário ou cidadão-cliente;
- (b) ênfase no controle dos resultados através dos contratos de gestão (ao invés de controle de procedimentos);
- (c) fortalecimento e aumento da autonomia da burocracia estatal, organizada em carreiras ou “corpos” de Estado, e valorização do trabalho técnico e político de participar, juntamente com os políticos e a sociedade, da formulação e gestão das políticas públicas;
- (d) separação entre as secretarias formuladoras de políticas públicas, de caráter centralizado, e as unidades descentralizadas, executoras dessas mesmas políticas;

- (e) distinção de dois tipos de unidades descentralizadas: as agências executivas, que realizam atividades exclusivas de Estado, por definição monopolistas, e as organizações sociais, que realizam os serviços sociais e científicos de caráter competitivo, em que o poder de Estado não está envolvido;
- (f) transferência para o setor público não-estatal dos serviços sociais e científicos competitivos;
- (g) adoção cumulativa, para controlar as unidades descentralizadas, dos mecanismos (1) de controle social direto, (2) do contrato de gestão em que os indicadores de desempenho sejam claramente definidos e os resultados medidos, e (3) da formação de quase-mercados em que ocorre a competição administrada;
- (h) terceirização das atividades auxiliares ou de apoio, que passam a ser licitadas competitivamente no mercado.

De acordo com o MARE (1995, p. 16), a administração pública gerencial poderia ser considerada uma evolução em relação ao modelo burocrático, mas sem negar todos os seus princípios, ao contrário, apoiando-se em alguns dos fundamentais como: “[...] a admissão segundo rígidos critérios de méritos, a existência de um sistema estruturado e universal de remuneração, as carreiras, a avaliação constante de desempenho, o treinamento sistemático.”

Para o núcleo estratégico do Estado, a previsão do PDRA era um misto de administração pública burocrática e gerencial, “[...] em que o essencial é a correção das decisões tomadas e o princípio administrativo fundamental é o da efetividade, entendido como a capacidade de ver obedecidas e implementadas, com segurança, as decisões tomadas.” Quanto aos outros setores do Estado, o princípio administrativo correspondente é o da eficiência, ou seja, “[...] a busca de uma relação ótima entre qualidade e custo dos serviços colocados à disposição do público.” Sendo assim, a administração deveria ser necessariamente gerencial (MARE, 1995, p.43).

Em relação à questão da governabilidade, quarto processo básico da reforma do Estado, inicialmente, a equipe do governo FHC entendia que o governo brasileiro não carecia de governabilidade, do poder de governar, visto a sua legitimidade democrática e o apoio com que contava na sociedade civil. O problema era de governança, de limitação da capacidade de implementar as políticas públicas por causa da rigidez e ineficiência da máquina administrativa (MARE, 1995, p.13).

Bresser Pereira (1998, p. 83) parece reconhecer as limitações do diagnóstico do PDRA ao admitir a existência de problemas de governabilidade nas democracias avançadas e, mais ainda, nas democracias recentes e imperfeitas, onde os governos são instáveis e perdem com facilidade o apoio da população. Este seria o caso do Brasil.

Para o autor (1998, p.83), o aumento da governabilidade dependeria da adequação das instituições políticas de intermediação de interesses, da existência de mecanismos de *accountability*, da capacidade da sociedade de limitar suas demandas e do governo de atendê-las e de um contrato social básico (no sentido hobbesiano).

Apesar de destacar os pontos a serem trabalhados, o autor não apresentou nenhuma proposta a ser operacionalizada para o aumento da governabilidade. Além disso, as questões administrativas e políticas continuaram a ser tratadas de forma não associada.

Em 1998, da fusão do MARE com o Ministério do Planejamento nasce o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão que passa a ser o responsável pela implementação da reforma do Estado. Isso porque, segundo Bresser Pereira (2002, p.21), com a sinalização da aprovação da Emenda Constitucional nº 19/98 sobre o capítulo da administração pública, a nova fase não poderia ser empreendida por um ministério desprovido de Poder Executivo, como era o MARE.

A partir daquele momento, passa a existir um “[...] esforço de integração entre os principais instrumentos de gerenciamento governamental: planejamento, orçamento e gestão.” (MARINI, 2002, p.47). Nesse novo contexto, o destaque foi para o Plano Plurianual (PPA 2000/2003), mais conhecido como Avança Brasil, o qual trazia em seu arcabouço um modelo de gestão por resultados.

Diniz (2001, p.18) afirma que a reforma do governo Fernando Henrique Cardoso, limitada por uma visão restritiva de teor administrativo, foi capturada pela meta do ajuste fiscal, ficando muito aquém das metas estabelecidas e revelando-se incapaz de realizar a ruptura preconizada por seus idealizadores. Durante esse período, foram exacerbados traços históricos do Estado Brasileiro – o estilo tecnocrático de gestão e a assimetria entre Executivo-Legislativo (pelo grande uso de medidas provisórias), o que favoreceu o poder das burocracias e dificultou os mecanismos de controle externo.

A afirmação da autora, em relação às metas de ajuste fiscal, pode ser confirmada quando são analisadas algumas mudanças implementadas no período, como a Emenda Constitucional nº 19/98 e a Lei Complementar nº 101/2000 – Lei de Responsabilidade Fiscal.

De acordo com a perspectiva de transformação da administração pública de burocrática para gerencial, a Emenda Constitucional 19/98 acrescenta o princípio da eficiência ao art. 37 da Constituição Federal de 1988 juntamente com os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade e publicidade que devem ser seguidos pelo gestor público. Nas palavras de Meirelles (2002, p.94), o princípio da eficiência “[...] é o mais moderno princípio da função administrativa, que já não se contenta em ser desempenhada apenas com legalidade, exigindo resultados positivos para o serviço público e satisfatório atendimento das necessidades da comunidade e de seus membros.”

Contudo, considerando os outros aspectos da emenda constitucional, observa-se a ênfase em relação à política de recursos humanos, uma das principais causas de encarecimento e ineficiência da máquina pública conforme diagnosticado pelo PDRA. Foram feitas modificações, tais como: fim do regime jurídico único, fim da isonomia de remunerações, alteração do período de estágio probatório e demissão por falta de desempenho ou excesso de gastos (mais de 60% da receita líquida), fixação de um teto único de remuneração para todo o país, desvinculação entre civis e militares para efeito de reajustes, entre outras.

O mesmo acontece com a Lei de Responsabilidade Fiscal. Existem previsões importantes sobre o processo de planejamento e controle dos recursos orçamentários, a apuração de custos e avaliação de resultados dos programas de governo e transparência das contas públicas. Entretanto, a preocupação maior era com o endividamento público e o cumprimento das metas de superávits primários estabelecidas com as agências financeiras internacionais, destacando-se os mecanismos de controle da arrecadação da receita, aumento da despesa (principalmente quanto aos limites da despesa com pessoal) e endividamento.

2.2 As Reformas do Governo Luiz Inácio Lula da Silva

O início do governo Luiz Inácio Lula da Silva foi marcado por experimentações e dificuldades em determinar as prioridades no domínio da gestão pública (GAETANI, 2003, p. 134). No seu primeiro ano de mandato foi divulgado o documento “Gestão Pública para um Brasil de Todos”, elaborado pela Secretaria de Gestão do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – SEGES/MPOG. Na verdade, consiste em uma estratégia deliberada de mobilização para construção de uma nova forma de gestão convergente com os compromissos

e desafios assumidos pelo governo e essencial para a qualidade do Estado, conforme uma perspectiva micro-institucional de modelagem e fortalecimento das instituições que compõem o Estado.

O documento sugere que a transformação da gestão pública é ponto fundamental na construção de um “[...] Estado atuante, promotor do crescimento e da justiça social e fiscalmente sustentável, a partir das reformas que a sociedade apoiar.” (MPOG, 2003a, p.8).

Na construção do plano de gestão, diferentemente da abordagem do governo anterior que via o Estado como problema, a orientação básica deveria ser entender o Estado como solução dos problemas, desempenhando papel fundamental na redução das desigualdades sociais e promoção do desenvolvimento. Os outros princípios ou premissas orientadoras seriam:

- O cidadão como beneficiário principal;
- O Plano de Gestão Pública como uma definição de Governo, construída coletivamente;
- Integração do Plano de Gestão Pública às demais políticas de Governo;
- Envolvimento, mobilização, incentivo e participação dos servidores e demais atores envolvidos;
- Problemas em busca de soluções, com a formulação do plano a partir de diagnóstico abrangente e sistemático;
- Pluralismo de instrumentos, ferramentas e metodologias a serem escolhidos em função dos problemas identificados e não por modismos. (MPOG, 2003a, p.12).

Na construção do plano, prevê-se tratar de mudanças significativas na gestão pública quanto à eliminação do déficit institucional (atender às demandas e alcançar todos os cidadãos), ao aumento da governança e da eficiência e à promoção da gestão democrática. Em relação ao último ponto, a ênfase está na participação e legitimidade, em contraposição aos planos elaborados por especialistas e burocratas sem consulta à sociedade.

O documento referencial estabelece uma agenda positiva de transformação da gestão pública, buscando dotar o arranjo institucional do Poder Executivo de reais condições de formulação e alcance de resultados, por meio de ações em três frentes de atuação: Modelo de Gestão do

Plano Plurianual, Instrumentos de Gestão e Estruturação da Administração Pública Federal (MPOG, 2003a, p.14).

O Modelo de Gestão do PPA estará voltado à implementação e redefinição dos programas, tendo como foco: a definição do papel do gerente do programa e suas intersecções com os quadros dirigentes; a integração em rede entre programas, organizações e processos de trabalhos; o dimensionamento e a alocação de recursos necessários à geração de resultados; e o monitoramento e avaliação de resultados (MPOG, 2003a, p.14).

Os Instrumentos de Gestão contemplarão tanto aqueles já consagrados quanto novos desenvolvidos para problemas de gestão específicos. As escolhas priorizarão os problemas que se referem à integração interorganizacional, à coordenação governamental, à otimização de recursos, à interlocução e à negociação e à contratação de resultados (MPOG, 2003a, p.15).

Quanto à Estruturação da Administração Pública Federal, os seguintes temas foram destacados: profissionalização e engajamento dos servidores públicos, redesenho de estruturas e processos de trabalho, integração entre planejamento e orçamento, redefinição do papel das agências reguladoras, aprimoramento de mecanismos de controle e prestação de contas, simplificação administrativa, definição de indicadores de desempenho organizacional, participação, transparência e ética (MPOG, 2003a, p.15).

O texto da SEGES/MPOG propõe a elaboração de cinco documentos oficiais para organizar a política governamental de gestão pública. O primeiro é o Brasil em números – um diagnóstico quantitativo da administração pública federal. O Livro Amarelo é um texto metodológico, orientado a fornecer um diagnóstico das estruturas institucionais do Estado brasileiro. O Livro Azul é o relatório de diagnóstico da administração pública federal, sistematização do processo iniciado nos dois textos anteriores. O Livro Verde tem como foco o Modelo de Gestão do PPA. O Livro Branco refere-se à estrutura geral a ser adotada e inclui instrumentos gerenciais a serem incorporados dentro do processo. Estes dois últimos livros seriam elaborados a partir dos resultados do diagnóstico institucional.

Não é possível fazer nenhuma avaliação da “Revitalização do Estado” pretendida pelo governo Lula, uma vez que o “Plano de Gestão Pública para um Brasil de Todos” ainda está em construção. Mas é inegável o avanço da proposta ao incluir a participação pelos diversos

segmentos da sociedade, tanto na fase de diagnóstico quanto de elaboração dos planos, imprimindo um caráter mais qualitativo à reforma da administração pública brasileira.

2.3 A Redefinição do Papel dos Municípios Brasileiros

A discussão sobre a reforma do Estado, nas últimas décadas, tem como uma das características a radical modificação na regra relativa ao esquema de divisão social do trabalho, ou seja, na responsabilidade assumida pelos estados subnacionais e pelo setor privado na produção de bens e serviços, antes considerada ocupação do Estado nacional (OSZLAK, 1998, p.53).

Especificamente em relação aos níveis subnacionais, a partir dos anos 80, a descentralização passou a constituir-se um dos princípios de reforma do setor público, de abrangência internacional, sendo defendida tanto pela agenda liberal/conservadora quanto pela social-democrata (MELO, 1996, p.11).

A descentralização é um tema complexo que envolve diversas dimensões – política, econômica, social, financeira, administrativa e cultural. Entendida dentro do contexto de redefinição do papel dos governos locais, de maneira geral, o processo de descentralização configura-se “[...] enquanto transferência de poder decisório a municípios ou entidades e órgãos locais.” (MELO, 1996, p.13).

A transferência de poder é o elemento central na caracterização do processo de descentralização. A abdicação de poder pela esfera central, por sua vez, implica na redefinição de atribuições e redistribuição de recursos entre as esferas de governo.

A descentralização está, ainda, ligada às idéias de democratização, participação e responsabilização, por um lado, e processos de modernização gerencial da gestão pública, por outro lado. A ênfase de cada uma dessas dimensões no processo de descentralização depende da natureza da coalizão política que dá suporte às reformas. Se liberal/conservadora, os aspectos relativos aos ganhos de eficiência e de redução do setor público são predominantes. Se social-democratas, o controle social e a democratização da gestão local são privilegiados (MELO, 1996, p.13).

Apesar de todas as justificativas apresentadas para a descentralização – promoção da democracia participativa, maior eficiência na alocação dos recursos, maiores possibilidades de atendimento das demandas da população, entre outras – Melo (1996, p.13) menciona que, após uma década de experiências descentralizantes, a literatura começa a destacar um conjunto de efeitos não antecipados e perversos da descentralização, em casos tanto de países desenvolvidos quanto em desenvolvimento, resultantes de diversos fatores, como:

- Baixa qualificação das burocracias locais;
- Transferências de receitas públicas sem responsabilidade de geração de receitas na esfera local, o que tende a ser menos monitorado pelos atores locais;
- Indefinição e incerteza quanto às competências de cada esfera de governo, inclusive com a existência de competências concorrentes;
- Perda da capacidade regulatória e de formulação de políticas pelo governo central causada pelo desmonte de estruturas setoriais centralizadas e, relativamente, insuladas da competição política, as quais, dificilmente, podem ser encontradas ou construídas em governos locais;
- Descentralização fiscal, minando a capacidade do governo central de implementar políticas de estabilização e reformas fiscais;
- Porosidade do governo local em relação a elites locais, acarretando maior corrupção e clientelismo;
- Fragmentação institucional com a proliferação de municipalidades e entes administrativos no âmbito local.

No Brasil, a proposta de descentralização, num primeiro momento, surgiu como uma dimensão essencial do processo de redemocratização, com a abertura política, após um longo período de centralização política e fiscal típica dos governos militares. De certa forma, a luta contra o autoritarismo era identificada com a luta pela descentralização (AFFONSO, 1996, p.5).

Na segunda metade dos anos setenta, eram visíveis os primeiros sinais de descentralização no plano fiscal, mas o processo ganha força com a eleição de governadores e prefeitos no início dos anos oitenta. A partir de então, houve um permanente esforço parlamentar de

descentralização fiscal, principalmente, através de emendas constitucionais que ampliaram os percentuais dos Fundos de Participação dos Estados e Municípios.

A Constituição Federal de 1988, no seu art. 18, definiu um novo tipo de arranjo federativo, em que os municípios passaram a possuir maior autonomia política e administrativa, estabelecendo, assim, as bases legais quanto ao novo papel de tais entes no cenário institucional brasileiro. Além disso, reforçou a descentralização fiscal iniciada em anos anteriores, sendo os municípios os principais beneficiários de tal período, e propiciou a transferência de funções e decisões para as esferas intermediária e local.

De acordo com Draibe (1998, p. 4), nos anos 80, aconteceram propostas de “[...] descentralização de quase todos os setores do sistema nacional de proteção social, projetando *uma densa agenda reformista para a área social*.” (grifo da autora). Existia a previsão de transformação da Previdência Social em um sistema de Seguridade Social (incluindo a previdência, saúde e assistência social); descentralização e universalização do sistema de educação; unificação e descentralização do sistema de saúde; descentralização e regionalização dos programas nacionais de saneamento e habitação popular, e a municipalização da assistência social.

O processamento da complexa agenda não apresentou grandes avanços até 1995, exceto na política de saúde e alguns programas intra-setoriais e parciais. A descentralização das políticas sociais retorna com força no início do governo Fernando Henrique Cardoso, com ações concretas nas áreas de assistência social, saneamento básico, habitação popular, saúde e educação primária (DRAIBE, 1998, p.4).

Como mencionado anteriormente, o cerne do PDRA era a governança ou a transformação de uma administração pública burocrática em gerencial e um dos objetivos gerais do plano era a transferência de ações de caráter local para estados e municípios, ficando caracterizada, dessa forma, a tendência liberal/conservadora do processo de descentralização dos anos 90.

Analisando o processo de descentralização, Affonso (1996, p.5) destaca a singularidade da experiência brasileira, pois a descentralização não foi comandada pelo governo federal, mas pelos estados e, principalmente, municípios, isso porque o movimento de redemocratização ocorreu primeiro nos níveis subnacionais de governo.

Assim, a característica central do processo de descentralização foi a descoordenação, com consequências, como o aumento das desigualdades socioeconômicas inter e intra-regional e inadequação da distribuição de encargos às três esferas federativas pela Constituição de 1988, implicando na coexistência de lacunas ou superposição de funções (AFFONSO, 1996, p.9).

Não obstante a indefinição da Constituição quanto à divisão de competências, estados e municípios acabaram assumindo novas responsabilidades por causa do maior volume de recursos disponíveis, pela diminuição dos gastos federais e pelas pressões da sociedade civil (AFFONSO, 1996, p.9).

Conforme Abrucio e Couto (1996, p.40), os municípios passaram a enfrentar um duplo desafio: assegurar condições mínimas de bem-estar social às suas populações (Função *Welfare*) e promover o desenvolvimento econômico com base em ações de âmbito local em parceria com a sociedade civil (Função Desenvolvimentista).

Para os autores, o enfrentamento dos desafios estaria condicionado por três parâmetros: a estrutura fiscal federativa, as diferenças socioeconômicas entre os municípios e a dinâmica política típica do âmbito municipal (ABRUCIO; COUTO, 1996, p.40).

Quanto ao primeiro item, visto as limitações fiscais enfrentadas pela União e pelos estados, propugnam a necessidade de os municípios adotarem uma política de responsabilidade fiscal, com a devida exploração do seu poder de tributar. No segundo item, demonstram a ineficiência redistributiva do Fundo de Participação dos Municípios, que acentua as diferenças e carências locais e incentiva a competição, inclusive com a multiplicação de municípios nas últimas décadas. Dessa forma, os autores incentivam a cooperação entre os governos locais e a descentralização coordenada. No que tange ao último item, apontam para a necessidade da institucionalização de formas de negociação que incorporem diretamente, à discussão, os setores a serem atingidos pelas políticas públicas municipais (ABRUCIO; COUTO, 1996, *passim*).

Nogueira (1997b, p.17) coloca a aquisição de uma outra “*cultura técnica*” como um dos requisitos para dar velocidade e coerência à descentralização participativa. A nova cultura gerencial deveria enfatizar resultados no lugar dos processos e estar capacitada a desenvolver a gestão cooperativa.

Enfatiza, ainda, o fato de a descentralização precisar ser implementada com cautela, pois a grande maioria dos municípios não possui prefeitura cuja experiência administrativa e técnico-gerencial tenha possibilitado a formação de uma massa crítica (composta de conhecimentos, recursos humanos, cultura administrativa etc.) requerida para a gestão das políticas sociais (NOGUEIRA, 1997b, p.18).

Pelo exposto, fica evidente que os municípios assumiram um papel relevante no contexto atual do setor público brasileiro. Entretanto, a forma descoordenada da descentralização, no Brasil, acabou sobrecarregando os governos locais com tarefas para as quais não estavam capacitados ou não podiam assumir plenamente. Hoje, eles enfrentam o desafio de responder às expectativas da sociedade quanto ao atendimento das demandas sociais e desenvolvimento econômico e, ao mesmo tempo, alcançar a capacidade técnico-gerencial e administrativa essencial para o desempenho do seu novo papel.

Atender aos requisitos de reforma do Estado no âmbito municipal não significa, simplesmente, transposição das propostas do governo central. Acredita-se que as mudanças na União influenciam, de certa forma, a condução da gestão pública pelos municípios. Contudo, é preciso lembrar que os municípios, a partir da Constituição Federal de 1988, começaram a possuir maior autonomia política e administrativa, sendo assim sua posição ideológica pode ser diferente do governo central. Além disso, os aspectos culturais, históricos e o grau de desenvolvimento social e econômico são determinantes na forma de condução das políticas públicas. Portanto, cada experiência municipal é única, mas pode revelar traços comuns em relação a outros municípios.

3 TRAJETÓRIA DA PESQUISA

3.1 Referencial Teórico de Análise

No capítulo anterior, discorreu-se sobre a reforma do Estado com a apresentação dos conceitos de diversos autores, pretendendo evidenciar a complexidade do assunto e a divergência de visões e opiniões. Neste trabalho, adotou-se como referencial teórico de análise as concepções de reforma do aparelho do Estado, tanto do governo Fernando Henrique Cardoso quanto do governo Luiz Inácio Lula da Silva. Isso porque se entendeu que é relevante tratar o tema “Indicadores Sociais no Processo Orçamentário do Setor Público Municipal de Saúde”, considerando os aspectos contemporâneos da administração pública brasileira, pois a compreensão das realidades municipais depende do conhecimento das mudanças que estão sendo implementadas, o que, normalmente, se inicia no governo federal.

3.2 Estratégia de Pesquisa

Para alcançar o objetivo geral da pesquisa de compreender e descrever o atual estágio de evolução da utilização das informações e indicadores sociais no processo de planejamento e orçamento do setor público municipal de saúde, foi escolhida uma abordagem metodológica empírico-analítica com a condução de um **Estudo de Caso**, adequada para esta proposta de trabalho devido à complexidade do fenômeno social a ser estudado.

Na apresentação do Estudo de Caso enquanto estratégia de pesquisa, Yin (2001, p. 33) destaca o escopo do trabalho como o começo da definição das suas características técnicas importantes. Para ele, o Estudo de Caso é uma investigação empírica que considera o fenômeno contemporâneo dentro do seu contexto de vida real, sobretudo quando o limite entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos.

O projeto do Estudo de Caso foi realizado em Brumadinho/MG, município fundado em 1938, pertencente à região metropolitana de Belo Horizonte e situado a 49 km da capital mineira. De acordo com os dados do Censo/2000, sua população era de 26.614 habitantes, sendo que

72% residentes na área urbana e 28% na área rural. O município ocupa uma área de 634,3 km², estando dividido em: sede, 04 distritos e 55 pequenos povoados.

A atividade mais importante do município é a mineração, pela localização de uma reserva de minério de ferro de aproximadamente 700 milhões de toneladas em seu território, sendo uma das mais importantes do país. A agropecuária é a segunda atividade econômica, com destaque para a produção de mexerica, e o comércio ocupa a terceira posição.

Em 2002, a Prefeitura Municipal de Brumadinho estava organizada conforme o organograma abaixo:

Figura 1 - Organograma da Prefeitura Municipal de Brumadinho/MG

O estudo não abrangeu a Prefeitura Municipal como um todo, mas “A Gestão da Política de Saúde do Município”, constando, da análise, o processo de planejamento e controle das ações de saúde, a geração e utilização dos dados e indicadores de saúde, e o processo orçamentário do município. Os dados foram coletados junto à Secretaria de Saúde e Secretaria de Administração e Finanças.

O contato inicial foi feito com a Secretaria de Saúde, através da secretária adjunta, e formalizado por meio de uma carta de apresentação (Apêndice 1) endereçada ao secretário de saúde do município pelo professor orientador da pesquisa. Esta carta indicava, em termos gerais, as questões orientadoras da pesquisa, a metodologia, os dados necessários e o período de realização do trabalho de campo.

3.2.1 Protocolo do Estudo de Caso

a) Procedimentos Iniciais

A estratégia para a coleta de dados e informações foi estruturada no Protocolo do Estudo de Caso, conforme sugerido por Yin (2001, *passim*). A primeira parte do documento continha os procedimentos iniciais para coleta dos dados, conforme apresentado abaixo:

Agendamento Inicial da Visita de Campo: dia 22/07/2003 às 09:00 h.

Contato Inicial: Sr^a Cléa – Secretária Adjunta de Saúde do Município de Brumadinho.

Objetivo: Obtenção de informações gerais do município e da prefeitura e verificação dos procedimentos para obtenção dos dados necessários ao Estudo de Caso.

- Informações Gerais:
 - Dados Gerais do Município: (1) confirmação dos dados obtidos no *site* da Assembléia Legislativa do Estado de Minas Gerais, (2) levantamento de publicações em periódicos sobre o município.
 - Dados da Administração Municipal: (1) conhecer as principais autoridades do município e apresentar a proposta de trabalho, (2) Estrutura Administrativa – organograma da administração, locais de funcionamento, (3) Funcionamento da Secretaria Municipal de Saúde.
- Verificação dos procedimentos para coleta dos dados:
 - Autorização para obtenção dos dados: (1) acesso a documentos e a banco de dados – autorização formal das autoridades do município para recebimento dos dados.
 - Disponibilidade dos funcionários para atendimento das demandas: (1) Quais são os funcionários-chave de cada setor? (2) Quais funcionários deveriam ser entrevistados sobre os processos de coleta de dados do SUS? (3) Quais funcionários deveriam ser entrevistados sobre o processo de planejamento e orçamento, inclusive na secretaria de saúde? (4) Existe a possibilidade de observar a coleta de dados? Onde? Quando? (5) Alguma restrição quanto ao uso do gravador?

- Contrapartida da pesquisa: (1) discussão das questões relacionadas ao caso de Brumadinho na Universidade de São Paulo, na banca de qualificação da dissertação de mestrado, (2) Relatório de Pesquisa e apresentação para os profissionais da prefeitura, (3) troca de experiências com a pesquisadora, (4) possibilidade de publicação do caso em congressos ou revistas da área contábil.
- Disponibilidade de recursos: veículos para locomoção no município, xerox, computador para acesso às bases de dados (quais horários?), disquetes ou cd's para cópia dos bancos de dados, impressão de documentos.

b) Questões para o Estudo de Caso

A segunda parte, essência do Protocolo do Estudo de Caso, foi constituída por um conjunto de questões que refletem com detalhes as proposições da pesquisa, construídas por meio da revisão teórica sobre o tema abordado e que foram utilizadas como fonte de orientação para a pesquisadora.

Gestão da Saúde

- Qual a concepção de saúde adotada pelo município? O que inclui a função saúde?
- Quais as secretarias envolvidas na prestação de serviços relacionados à função saúde?
- Quais os objetivos dos diversos programas incluídos na função saúde? Existe a tendência de simplificação dos objetivos que por natureza são complexos?
- Os planos de saúde apresentam alternativas de ação para atingir os objetivos? Ou justificam uma posição preconcebida, como a utilização das alternativas de ação formuladas pelo governo federal (exemplo – Programa Saúde da Família)?
- Quais são os bens móveis e imóveis destinados à função saúde (hospitais, policlínicas, aparelhos de diagnóstico e tratamento, móveis direcionados às atividades de apoio)? Existem bens utilizados em conjunto com outras funções?

Processo Orçamentário

- Qual a visão e compreensão dos secretários de saúde e fazenda sobre o orçamento público (tradicional ou orçamento-programa)?
- Qual a visão e compreensão das pessoas responsáveis pela elaboração do orçamento público (tradicional ou moderna)?
- O orçamento público é utilizado como base para a tomada de decisão?
- Quais os tipos de classificação que são enfatizados na elaboração do orçamento público?
- Os programas vêm descritos em termos de metas físicas e financeiras, relacionando insumos/produtos finais (índices de produtividade) e insumos/produtos intermediários (índices de rendimento)?
- Existe a designação de gestor responsável para cada programa de governo?

Sistemas de Informações em Saúde

- Quais são os sistemas de informações que obrigatoriamente devem ser alimentados pelos municípios?
- Quais são os sistemas de informações com alimentação facultativa?
- Verificar: (1) forma de coleta e conferência dos dados; (2) periodicidade; (3) confiabilidade das informações; (4) geração de relatórios; (5) geração de indicadores; (6) utilização do banco de dados no TAB-WIN, em relação aos seguintes sistemas de informações:
 - SIM – Sistema de Informações de Mortalidade;
 - SINASC – Sistema de Informações de Nascidos Vivos;
 - SINAN – Sistema de Informações de Agravos de Notificação;
 - SIH – Sistema de Informações Hospitalares;
 - SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais;
 - SIAB – Sistema de Informações da Atenção Básica;
 - SI-PNI – Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações;
 - SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde;
 - SISVAN – Sistema de Informações do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional;
 - SISCOLO – Sistema de Informação de Controle de Câncer do Colo de Útero;
 - SISPRENATAL – Sistema de Informação do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento;

– SISHIPERDIA – Sistema de Informação de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos;

- Os dados da mesma natureza são consistentes entre os diversos sistemas? Ex: nº de óbitos.
- Os dados e indicadores apresentados pelos órgãos governamentais (Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde) são os mesmos apurados pela secretaria de saúde do município?

Indicadores de Saúde

- Como é estabelecido o Pacto dos Indicadores da Atenção Básica?
- O Pacto dos Indicadores é estabelecido comparativamente entre municípios, estado e município e união e município?
- Além dos indicadores do Pacto da Atenção Básica, quais outros são elaborados pela secretaria de saúde?

Inter-relação entre informações e indicadores de saúde, planos de saúde e instrumentos do processo de planejamento e orçamento municipal

- Existe uniformidade nas classificações utilizadas para elaboração dos planos de saúde, elaboração dos instrumentos de planejamento/orçamento, contabilidade e apresentação de relatórios de gestão e/ou prestação de contas?
- Existe consistência entre os valores apresentados nos planos de saúde, instrumentos de planejamento/orçamento, contabilidade e apresentação de relatórios de gestão e/ou prestação de contas? Qual o conceito utilizado (despesa empenhada, despesa liquidada, custos, despesa paga)?
- Qual o enfoque adotado para a contabilidade (controle formal ou controle de gestão)?
- Como se relaciona Programas ao Pacto de Indicadores da Atenção Básica (resultados)?
- Existe a relação entre objetivos de governo quanto à função saúde e indicadores de saúde?

Outras Questões

- Qual a proporção do gasto municipal no gasto total com saúde do município?

c) Possíveis Fontes de Evidências

De modo geral, procurou-se listar as possíveis fontes de evidências:

- Entrevistas;
- Documentos: Plano Plurianual, Lei de Diretrizes Orçamentárias, Lei Orçamentária Anual, Relatórios de Execução Orçamentária, Plano Municipal de Saúde, Agenda Municipal de Saúde e Relatório de Gestão;
- Bases de Dados: Secretaria Municipal de Saúde e DATASUS.

3.2.2 Análise dos Dados e Elaboração do Relatório

Na coleta de dados, além de atender ao princípio do uso de múltiplas fontes de evidência, foi observado o princípio de construção de uma base de dados. Os documentos, bancos de dados da saúde, fitas e transcrições de entrevistas foram devidamente organizados e armazenados. Também se criou um arquivo em que se relacionam, a cada questão do Protocolo do Estudo de Caso, trechos de entrevistas, trechos de documentos, tabulações de dados e considerações sobre os sistemas de informações da saúde.

A análise dos dados e a construção do relatório do Estudo de Caso basearam-se nas proposições teóricas da pesquisa. Conforme já mencionado, considerou-se neste estudo que a reforma do Estado não é um projeto e sim um processo, assim, as propostas de reforma indicam metas a serem alcançadas em relação a diversos aspectos inerentes à transformação da administração pública brasileira.

A literatura e a legislação idealizam um estágio de evolução sobre o processo orçamentário e o uso de indicadores na gestão das políticas públicas que, conforme será evidenciado pelas conclusões das investigações deste estudo, não condiz com a realidade. Assim, é preciso olhar para os movimentos de transformação da administração pública brasileira para que se possa compreender e descrever o atual estágio preocupante de evolução da utilização das

informações e indicadores sociais no processo de planejamento e orçamento do setor público municipal de saúde.

Como já foi dito, uma das fontes de evidência são as entrevistas. Na Secretaria da Saúde, foram entrevistadas sete pessoas: uma das coordenadoras da Assessoria Técnica, o coordenador do Núcleo de Informação em Saúde, a contadora do Fundo Municipal de Saúde, uma enfermeira e três funcionárias responsáveis pela alimentação de alguns bancos de dados da saúde. Na Secretaria de Administração e Finanças, somente a contadora geral do município foi entrevistada.

Os entrevistados ligados à política de saúde foram identificados pela sigla PS seguida de algarismos arábicos, atribuídos de forma aleatória, para diferenciar cada um deles. Já as entrevistadas ligadas à gestão orçamentária e financeira, o que inclui a contadora do Fundo Municipal de Saúde, foram identificadas pela sigla GOF, também seguindo a mesma regra para atribuição dos algarismos arábicos.

4 O SETOR SAÚDE – O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Os processos de globalização, redemocratização, crise econômica e fiscal e reforma do Estado têm assumido grande importância na condução das políticas sociais nas últimas décadas. Contudo, “[...] a trajetória do setor de saúde é singular na história das políticas públicas do Brasil, tanto por ter capitaneado a proposta de descentralização do poder até o nível local, como por envolver uma estratégia de inclusão da participação dos cidadãos nas decisões do setor.” (INOJOSA; JUNQUEIRA, 1997, p. 156). Assim como as outras políticas setoriais, as mudanças na área da saúde têm sua origem em fins da década de 70 e no início dos anos 80 em uma conjuntura de abertura política e de oposição ao regime militar.

Antes da década de 80, a assistência à saúde no Brasil era bastante limitada, baseava-se no modelo médico-privatista e caracterizava-se pela centralização, burocratização e exclusão da população que não participava do mercado formal de trabalho, ou seja, dos não-previdenciários (CONASS, 2003, p.14). De acordo com Pedro Silva (2003, p.72), as principais características da política de atenção à saúde eram as seguintes:

- Forte centralização na esfera federal de governo, e dentro dela na autarquia Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social – INAMPS, com ênfase nas ações e serviços de assistência médica de base hospitalar, bastante dissociados de ações integradas de promoção, prevenção e proteção da saúde;
- Fragmentação organizacional, o que impossibilitava a implementação de uma política setorial integrada, essencialmente, por causa da dicotomia entre as ações no âmbito do Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, de um lado; e do INAMPS e dos prestadores de serviços de assistência médica (ambulatorial e hospitalar), privados ou públicos não-governamentais, contratados ou conveniados com essa autarquia, de outro;
- Ausência de mecanismos de controle público e social tanto no processo geral de definição de formas de financiamento, prioridades alocativas e distribuição geográfica de serviços quanto da qualidade e do tipo de serviço prestado aos usuários;

- Forte concentração do atendimento nas unidades hospitalares ou no atendimento ambulatorial de nível secundário, explicada pela predominância da política de assistência médica previdenciária e de seus recursos financeiros serem muito superiores em capacidade de atendimento se comparados ao gasto das estruturas de saúde voltadas à promoção e prevenção de doenças.

Na década de 70, o modelo de atenção à saúde começou a apresentar graves problemas em função da tendência de expansão da cobertura e do gasto, agravamento da situação pós-milagre econômico, exclusão de parcelas expressivas da população, incapacidade de alterar os perfis de morbi-mortalidade e crise financeira. Esta última originou-se nas fraudes no sistema de pagamento e faturamento, na utilização das verbas da previdência em megaprojetos do governo, nos acordos com o sistema financeiro e aumentos dos gastos com assistência médica efetuados pelo setor privado etc. Além disso, destaca-se o aspecto da abertura política e o reaparecimento de atores dispostos a lutar pela melhoria das condições sociais (ALMEIDA *et al.*, 2001, p.26).

Tal contexto favoreceu o debate político na área da saúde, com o objetivo de mudar a estrutura e a organização do setor. Tomando-se por base a proposta internacional de priorização da atenção e dos cuidados primários de saúde, acordada na Conferência Mundial de Saúde de Alma-Ata, promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que preconizava “Saúde para Todos no Ano 2000”, na segunda metade da década de 70, iniciou-se um processo de expansão da cobertura assistencial. Nesse mesmo período, surge o movimento de Reforma Sanitária Brasileira, constituído inicialmente por uma parcela da intelectualidade universitária e dos profissionais da área e depois incorporando outros segmentos da sociedade, tendo como proposição a construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática, considerando a descentralização, universalização e unificação como elementos essenciais para a reforma do setor.

A partir de então, foram elaboradas e implantadas diversas propostas de uma rede de serviços voltada para a atenção primária à saúde. Outro fato importante foi a realização, em março de 1986, da VIII Conferência Nacional de Saúde, considerada como um marco histórico do setor por consagrar os princípios preconizados pelo movimento de Reforma Sanitária.

O processo de análise crítica da política e sistema de saúde existente e a formulação de propostas de mudança, nessas duas décadas, resultaram na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) com seus princípios e diretrizes formalizados na Constituição Federal de 1988, a qual determina que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” (art. 196 da CF/88). Observando os preceitos constitucionais, o SUS segue os seguintes princípios doutrinários:

- Acesso universal: todas as pessoas têm direito ao atendimento, independentemente de qualquer condição, a saúde constitui-se em direito de cidadania e dever dos governos municipal, estadual e federal;
- Equidade: os cidadãos são iguais perante o SUS e serão atendidos conforme a sua necessidade;
- Integralidade: as ações de saúde devem ser combinadas e voltadas, ao mesmo tempo, para a promoção, proteção e recuperação da saúde (ALMEIDA *et al.*, 2001, p. 35).

Em relação ao último princípio, Almeida *et al.* (2001, p.36) mencionam que o atendimento deve ser feito para a saúde e não somente para as doenças, buscando erradicar as causas (promoção) e eliminar os riscos (proteção), além de tratar os danos (recuperação).

Ainda de acordo com a Constituição Federal de 1988 e a legislação que regulamenta o sistema, os princípios que regem a organização do SUS são os seguintes:

- Regionalização e Hierarquização: a rede de serviços do SUS deve ser organizada de forma regionalizada e hierarquizada para o conhecimento maior dos problemas de saúde da população de uma área delimitada e implementação das ações em todos os níveis de complexidade, sendo os serviços primários de atenção à saúde a forma de acesso da população à rede de serviços;
- Resolutividade: a obrigação de existência de serviço capacitado para enfrentar e resolver a necessidade de atendimento individual ou problema de impacto coletivo sobre a saúde no nível de complexidade específico;
- Descentralização: a redistribuição das responsabilidades pelas ações e serviços de saúde entre os vários entes governamentais;

- Participação dos cidadãos: a população, por meio de entidades representativas, poderá participar do processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução pelos governos federal, estadual e local;
- Complementaridade do Setor Privado: a possibilidade de contratação de serviços privados, segundo normas específicas, quando da insuficiência do setor público (ALMEIDA *et al.*, 2001, p.37).

Apesar de o SUS representar um enorme avanço social, as condições para viabilizá-lo não eram favoráveis. O sistema de saúde resultante deste processo de transformação podia ser considerado anacrônico, pois, em plena crise econômica e fiscal, impôs ao Estado o ônus de garantir acesso integral e universal à saúde de todos os cidadãos, o que incluía a previsão de ampliação da participação do Estado no setor, em plena hegemonia das idéias neoliberais (ADULIS, 1999, p.95).

Levcovitz *et al.* (2001, p.270) mencionam que, se por um lado o contexto de crise econômica e democratização favoreceu o debate político e as propostas de mudança no setor da saúde nos anos 80, por outro lado, alguns aspectos estruturais e conjunturais dos anos 90 têm dificultado a fase de implantação e operacionalização do SUS.

Segundo os mesmos autores, as variáveis estruturais seriam aquelas relacionadas à marcante desigualdade social, às características do federalismo brasileiro e a persistência de traços do modelo assistencial médico-privatista sobre o qual o SUS foi construído. Já as variáveis conjunturais dizem respeito à repercussão no Brasil da onda conservadora de reformas no plano político norteadas pelo fortalecimento das idéias neoliberais, podendo ser citadas: a abertura da economia, medidas de estabilização da moeda, privatização de empresas estatais, reformas institucionais orientadas para a diminuição do tamanho do Estado e do quadro de funcionalismo, entre outras.

A descentralização, processo iniciado na década de 70, um dos objetivos da reforma do aparelho do Estado, tem sido adotada como o eixo condutor da reforma do setor da saúde, envolvendo a transferência de serviços, responsabilidades, poder e recursos da esfera federal para a estadual e municipal. Todavia, mesmo em relação a este aspecto, o processo de mudança tem sido gradual, indicando a complexidade de concretizar o sistema nacional de saúde proposto na Constituição Federal de 1988.

As Normas Operacionais Básicas (NOB's) e, mais recentemente, as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS) têm sido instrumentos fundamentais para a consolidação do SUS, propiciando o atendimento das diretrizes estabelecidas na Constituição e na Lei Orgânica da Saúde (Leis nº 8080 e nº 8142, ambas de 1990) de forma gradativa.

As três NOB's editadas pelo Ministério da Saúde na década de 90 (NOB/SUS 91, NOB/SUS 93 e NOB/SUS 96) regulamentavam, basicamente, o processo de descentralização, tratando dos aspectos de divisão de responsabilidades, relações entre gestores e critérios de transferências de recursos federais para estados e municípios. Este último ponto é essencial para a política de saúde, pois atua como definidor da repartição de atribuições e competências e do grau de autonomia gestora de cada esfera de governo (LEVCOVITZ *et al.*, 2001, p.272).

Os critérios e mecanismos de transferência de recursos estabelecidos pela NOB/SUS 91 refletiam a cultura político-institucional e o instrumental técnico-operativo utilizado tradicionalmente pelo INAMPS de pagamento por produção de serviços. Além disso, na prática, não foi atendido o dispositivo da Lei nº 8080/90 que tratava da transferência automática de recursos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais e Municipais. Assim, restringiram-se a capacidade de direcionamento do modelo assistencial a ser adotado pelos governos subnacionais e a aplicação adequada dos recursos repassados conforme a necessidade de serviços (LEVCOVITZ *et al.*, 2001, p. 274).

Pouco mudou no sistema de saúde brasileiro até 1993. Com a edição da NOB/SUS 93 instituiu-se um processo gradual de transferência de responsabilidades, criando-se três condições de gestão a que os municípios poderiam se habilitar, de acordo com suas capacidades técnica e política. Porém, a transferência direta de recursos, fundo a fundo, estava prevista somente para a mais avançada, chamada gestão semiplena, o que condicionava maior autonomia de gestão sobre a aplicação dos recursos. Para os outros municípios, permanecia a forma de pagamento por prestação de serviços (BARROS, 2003, p.41).

Um outro avanço da NOB/SUS 93 foi a criação de espaços de negociação intergovernamental referente às condições do processo de descentralização, inclusive a definição de tetos financeiros, que congregam representantes das diferentes esferas de governo: Comissão Intergestores Tripartite (União, Estados e Municípios) e Comissões Intergestores Bipartites (Estados e Municípios) (BARROS, 2003, p.42).

A NOB/SUS 96 é fruto da discussão sobre a nova idéia de organização do SUS levada ao Ministério da Saúde pelo então ministro da Administração e Reforma do Estado, Luiz Carlos Bresser Pereira, cuja estratégia fundamental seria distribuir os recursos federais do SUS para os municípios por um critério *per capita*, objetivando a construção de um sistema de entrada e triagem, para encaminhamento dos pacientes aos hospitais, e o credenciamento de forma competitiva dos hospitais e ambulatórios especializados do próprio município e de municípios vizinhos (MARE, 1998, p.8).

Na verdade, a proposta era de reforma do sistema de atendimento ambulatorial e hospitalar de saúde do SUS com o intuito de garantir um melhor atendimento ao cidadão por meio de um controle mais adequado do sistema, proporcionando menores custos e melhor qualidade dos serviços pagos pelo Estado (MARE, 1998, p.10). Para isso, reconheceu-se o caráter prioritário das medidas de prevenção e promoção à saúde, diante da constatação de que cerca de 80% dos recursos estavam sendo direcionados às ações ambulatoriais e hospitalares sem, entretanto, gerar os resultados esperados (MARE, 1998, p.12).

As causas principais para a proposição da reforma eram as de natureza financeira e administrativa. A crise financeira decorria do decréscimo de aporte de recursos para o setor como resposta às crises econômicas enfrentadas pelo país, a elevação dos custos resultantes da maior complexidade e sofisticação tecnológica dos tratamentos médicos e hospitalares, o aumento de fraudes e diminuição da qualidade da prestação de serviços como respostas dos prestadores privados e filantrópicos aos sub-pagamentos realizados. A crise administrativa estava relacionada com a centralização da gestão e controle do sistema no governo federal e da inexistência de distinção, dentro do governo, entre as atividades de credenciamento dos hospitais e encaminhamento dos pacientes por uma autoridade que pagasse pelos serviços prestados em nome da população (MARE, 1998, p.13).

Dessa forma, a NOB/SUS 96 introduziu novas condições de gestão para estados e municípios, instituiu a Programação Pactuada Integrada (PPI) como instrumento para articular a ação intergovernamental e reorganizar a gestão do sistema e determinou mudanças nos mecanismos de repasse de recursos, criando o Piso da Atenção Básica – PAB e incentivos a ações e programas, como o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS).

Se, por um lado, o PAB favorece maior autonomia à gestão municipal, por outro lado os incentivos a ações e programas restringem tal autonomia, pois para os gestores a única forma de ter acesso a recursos adicionais é aceitar os modelos de organização definidos pelo Ministério da Saúde (BARROS, 2003, p.43). Como destacam Mendes e Marques (2003b, p.393), a consolidação da forma de transferências ‘fundo a fundo’ como alternativa à remuneração por serviços produzidos foi acompanhada pelo “carimbo” de parte dos recursos federais, classificando sua destinação.

As Normas Operacionais da Assistência à Saúde – NOAS 01/01 e NOAS 01/02 – conferiram maior ênfase à necessidade de implementar regras para a regionalização e para a organização da atenção de média e alta complexidade.

A descentralização da política de saúde para os municípios deve ser entendida de forma relativa, pois os recursos federais compõem a maior parte do financiamento do sistema, cerca de 54,6% em 2001, conforme Mendes e Marques (2003b, p.393), e os critérios de transferência de parte significativa de tais recursos relacionam-se a ações preconcebidas pelo Ministério da Saúde, restringindo a autonomia da gestão municipal quanto à aplicação dos recursos conforme a necessidade de saúde da população pela qual é responsável. Além disso, como afirma Barros (2003, p.42), o processo de descentralização no setor saúde apresenta a clara característica de “[...] fortalecimento da presença dos municípios na atenção básica e a restrição ao processo de assunção da responsabilidade plena pela gestão sanitária.”

4.1 Condições de Gestão e Responsabilidades dos Municípios

As condições de gestão significam “[...] a declaração dos compromissos assumidos por parte do gestor perante os outros gestores e perante a população sob sua responsabilidade.” (item 52 da NOAS/SUS 01/02). A partir da publicação da NOB/SUS 01/96, os municípios poderiam habilitar-se em duas condições: Gestão Plena da Atenção Básica ou Gestão Plena do Sistema Municipal.

A diferença básica entre essas condições de gestão consiste nos níveis de complexidade dos serviços de competência do município. Na Gestão Plena da Atenção Básica, o município responsabiliza-se pela organização da rede de atenção básica (inclusive a gestão de

prestadores privados, quando houver) e pela gerência de unidades ambulatoriais próprias e transferidas do Estado e União.

A NOAS/SUS 01/01 instituiu a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, definindo como regra para habilitação dos municípios a atuação, de acordo com o perfil epidemiológico, em áreas estratégicas mínimas: o controle da tuberculose, a eliminação da hanseníase, o controle da hipertensão arterial, o controle da diabetes *mellitus*, a saúde da criança, a saúde da mulher e a saúde bucal.

Os serviços prestados, a contratação e controle de serviços de terceiros e a alimentação dos sistemas de informações referem-se, basicamente, aos procedimentos cobertos pelo Piso da Atenção Básica Ampliado (PAB-A). Envolve, também, as ações básicas de vigilância sanitária e vigilância epidemiológica.

Os municípios habilitados na Gestão Plena do Sistema Municipal, além de todas as responsabilidades da Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, respondem também por algumas ações de média complexidade, por leitos hospitalares e pelo Sistema de Informações Hospitalares (SIH). A gestão é de todo o sistema municipal, inclusive dos prestadores de serviços de saúde vinculados ao SUS, exercendo o comando único, com exceção dos hemonúcleos/hemocentros e os laboratórios de saúde pública que são de responsabilidade dos estados. Além das ações básicas de vigilância sanitária e vigilância epidemiológica, executam ações de média e alta complexidade em vigilância sanitária.

Um outro ponto importante para diferenciar as duas condições de gestão está relacionado com o processo de regionalização da atenção à saúde e do seu principal instrumento a Programação Pactuada e Integrada (PPI) coordenada pela gestão estadual e que propicia a garantia de acesso da população aos serviços de média complexidade não disponíveis em seu município, por meio de referências intermunicipais.

No caso da Gestão Plena da Atenção Básica, a responsabilidade definida pela NOAS/SUS 01/02 restringe-se ao acompanhamento dos serviços prestados aos seus munícipes pelas referências internas ou externas ao município. Já os municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal são responsáveis pela garantia da prestação de serviços em seu território para a sua população e para a população referenciada por outros municípios e, ainda, a organização do

encaminhamento das referências para garantir o acesso da sua população aos serviços não disponíveis em seu território.

Apesar das diferenças apresentadas, são funções de todos os municípios o planejamento, organização, execução, controle e avaliação dos serviços públicos de saúde, conforme a abrangência definida pela sua condição de gestão. Analisando a NOAS/SUS 01/02, destacam-se as seguintes responsabilidades comuns dos municípios:

- Elaboração do Plano Municipal de Saúde, a ser submetido à aprovação do Conselho Municipal de Saúde, que deve contemplar a agenda de saúde municipal, harmonizada com as agendas nacional e estadual, bem como o quadro de metas, mediante o qual será efetuado o acompanhamento dos relatórios de gestão;
- Integração do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na PPI do Estado;
- Desenvolvimento do cadastramento nacional dos usuários do SUS, segundo a estratégia de implantação do Cartão Nacional de Saúde, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços;
- Operação do SIH/SUS – Sistema de Informações Hospitalares – e do SIA/SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais, quando aplicável, conforme normas do Ministério da Saúde, e alimentação, junto à Secretaria Estadual de Saúde, dos bancos de dados nacionais;
- Realização de avaliação permanente do impacto das ações do sistema sobre as condições de saúde dos seus munícipes e sobre o seu meio ambiente;
- Estabelecimento do Pacto de Indicadores da Atenção Básica com o estado.

Percebe-se a ênfase dada aos aspectos de planejamento, controle e avaliação das ações de saúde. Ações essas que devem ser suportadas por diversas informações e implementadas conforme as características da população ou “condições de saúde dos seus munícipes”.

A condição de gestão do município de Brumadinho/MG, em 2002, já era Plena do Sistema Municipal e respondia pela gestão das seguintes unidades de saúde conforme detalhamento apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 - Unidades de Saúde – Município de Brumadinho/MG

Número e Proporção de Unidades por Tipo de Unidade Dez/2002		
Tipo de Unidade	Unidades	%
Centro de Saúde	7	33,3
Policlínica	1	4,8
Ambulatório de Unidade Hospitalar Geral	1	4,8
Consultório	1	4,8
Centro/Núcleo de Atenção Psicossocial	1	4,8
Unidade de Saúde da Família	9	42,9
Unidades de Vigilância Sanitária	1	4,8
Total	21	100,0

Fonte: SIA/SUS

Todas as ações executadas no município acontecem nas unidades próprias, não existindo a contratação de serviços a unidades particulares do município. Existem diversas clínicas e consultórios particulares, mas a estrutura hospitalar é somente municipal. Alguns serviços específicos são comprados pela gestão municipal, mas de prestadores de serviços credenciados pelo SUS localizados nos municípios de Belo Horizonte, Betim e Contagem, como destaca o entrevistado PS1:

“A gestão plena ela pode, você pode comprar o serviço também. Pode usar prestador. Mas no nosso caso, é porque o básico que a gente precisa ter pra plena a gente tem. A gente tem laboratório próprio, a gente tem trabalho de ultra-som, de raio-x no hospital, temos uma fisioterapia própria. E são alguns, alguns não, muitos pré-requisitos da gestão plena que a gente, na época atendia. Mas a gente, algumas coisas a gente compra, por exemplo, mamografia, mas não no município porque não tem prestador. Mamografia, exames de citologia e biópsias diversas. A gente compra ou Belo Horizonte ou Contagem ou Betim...”

O Plano Diretor de Regionalização (PDR) do Estado de Minas Gerais estava sendo elaborado no exercício de 2002. O objetivo era a reorganização do sistema de assistência à saúde com o intuito de garantir a equidade no acesso da população às ações e serviços de saúde nos diferentes níveis de complexidade.

No Relatório de Gestão 2002 do município, foi mencionado que, na proposta de PDR que estava sendo elaborada, Brumadinho pertencia à microrregião de Betim e era considerado Município Sede de Módulo Assistencial, pois dispunha de resolutividade correspondente ao primeiro nível de referência, com capacidade de oferta de serviços suficientes para a sua população e para a população de outros municípios a ele adscritos. De acordo com o Relatório de Gestão 2002 do município:

Os procedimentos que fazem parte do módulo da Média Complexidade I de menor complexidade como: atendimento em fisioterapia, exames ultrassonográficos, radiodiagnóstico, patologia clínica, alguns procedimentos traumo-ortopédicos, pequenas cirurgias ambulatoriais, atendimento em urgência/emergência e algumas ações em odontologia, foram absorvidos pelo município de acordo com a capacidade instalada, e como sendo sede de módulo assistencial.

No PDR vigente do Estado de Minas Gerais, Brumadinho é considerado Módulo Assistencial, mas não como município sede, ou seja, possui a capacidade de oferta de serviços suficientes para a sua população, mas sem desempenhar o papel de referência para outros municípios.

Ainda conforme o Relatório de Gestão 2002, alguns serviços da Média Complexidade II e III, não disponíveis no município, foram referenciados para Betim e Belo Horizonte na PPI de 1997, à qual a Secretaria de Saúde ainda estava submetida em 2002. Várias especialidades de consultas e apoio diagnóstico não foram contempladas pela pactuação, o que dificultava o atendimento da população e conduzia à adoção de soluções informais, como a troca de exames não pactuados ou pouco demandados com municípios vizinhos.

4.2 Financiamento do Setor Municipal de Saúde

No processo de descentralização da política de saúde para os municípios, a questão do financiamento ganha destaque, visto ser este um ponto crucial para viabilização do novo modelo de assistência à saúde preconizado pelo SUS.

Segundo os artigos 195 e 198 da Constituição Federal de 1988, o financiamento do SUS é uma responsabilidade comum da União, dos Estados, Distrito Federal e Municípios. Contudo, alguns problemas comprometeram o financiamento do SUS nos anos 90, dentre eles destacam-se:

- A instabilidade das fontes de financiamento no âmbito da União, responsável pela maior parte dos recursos destinados ao SUS, associada a ciclos econômicos e/ou à concorrência com outras políticas públicas;
- A inexistência de parâmetros legais que induzissem os Estados, Distrito Federal e Municípios a destinarem recursos para a área de saúde;
- A natureza emergencial e provisória de medidas recorrentemente adotadas para fazer frente à falta de recursos pelo setor (CONASS, 2003, p.61).

A Emenda Constitucional nº 29/2000 teve por objetivo solucionar esses problemas, determinando a vinculação e estabelecendo a base de cálculo e os percentuais mínimos de recursos orçamentários que cada um dos entes da federação estariam obrigados a aplicar em ações e serviços de saúde.

No caso da União e para o ano de 2000, a Emenda Constitucional nº 29 definiu a base de cálculo como equivalente ao montante empenhado em ações e serviços de saúde no exercício financeiro de 1999, acrescido de, no mínimo, 5%. De 2001 a 2004, os recursos mínimos aplicados corresponderiam ao montante efetivamente empenhado em ações e serviços de saúde no ano imediatamente anterior ao da apuração da nova base de cálculo, corrigidos pela variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB do ano em que se elabora a proposta orçamentária (art. 7º, inciso I, alíneas a e b da EC 29/2000).

A maior parte dos recursos mínimos aplicados pela União financia a prestação de serviços pelos municípios na área da saúde, representando uma fonte expressiva de financiamento para eles, sendo que a forma de distribuição dos recursos depende da condição de gestão do município.

Os municípios em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada recebem a transferência, regular e automática, dos recursos referentes ao Piso da Atenção Básica Ampliado (PAB-A), correspondente ao financiamento do elenco de procedimentos básicos e do incentivo de vigilância sanitária (NOAS/SUS 01/02).

O PAB-A é composto de uma parte fixa de recursos (PAB-A Fixo), destinados à assistência básica, e de uma parte variável (PAB-A Variável) relativa a incentivos para o desenvolvimento dos programas executados nesse nível de atenção, como: Programa de Saúde da Família - PSF, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS, a Assistência Farmacêutica, a Vigilância Sanitária e o Combate às Carências Nutricionais. Todos os recursos são transferidos direta e automaticamente do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais correspondentes. Os recursos correspondentes à parte fixa são obtidos pela multiplicação de um valor *per capita* nacional pela população de cada município.

O Ministério da Saúde também tem políticas de indução para ampliação da oferta de serviços em áreas estratégicas, cujo financiamento é feito pelo Fundo de Ações Estratégicas e

Compensação (FAEC). Os municípios recebem, complementarmente a seus tetos financeiros, os recursos necessários para custeio dos procedimentos relacionados a essas ações estratégicas.

Para os municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal, além dos recursos do PAB-A, também existem transferências fundo a fundo de recursos relacionados aos procedimentos de Média e Alta Complexidades, conforme a possibilidade de prestação de serviços pelo município.

A NOAS/SUS 01/02 define como prerrogativas dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal a transferência, regular e automática, dos recursos referentes aos valores *per capita* para o financiamento dos procedimentos da Média Complexidade I, após qualificação da microrregião na qual está inserido, para sua própria população e, caso seja módulo assistencial, para sua população e a população dos municípios abrangidos.

Os repasses de recursos financeiros do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde de Brumadinho/MG aconteceram conforme apresentado na Tabela 2.

Tabela 2 - Repasse Global de Recursos para o Município de Brumadinho/MG - Exercício de 2002

COMPETÊNCIA/EXERCÍCIO DE 2002	TOTAL
Assistência Hospitalar e Ambulatorial (MAC)	793.723,33
Atenção Básica	1.032.435,75
Ações Estratégicas	13.879,18
TOTAL	1.840.038,26

FONTE: DATASUS

A maior parte do financiamento da União foi destinada à atenção básica, englobando tanto os valores do PAB-A Fixo quanto do PAB-A Variável (Tabela 3). Observa-se, no município de Brumadinho, o reflexo da política de financiamento federal de estímulo ao aumento de recursos financeiros destinados à atenção básica decorrente da reorientação do modelo de assistência à saúde em meados da década de 90. Destaca-se, também, a priorização de transferências como forma de incentivos a ações e programas determinados pelo Ministério da Saúde: o PAB Variável correspondeu a 69,5% dos recursos transferidos para a atenção básica em 2002, além disso, houve repasses de recursos relacionados a ações estratégicas, tais como a de combate ao câncer uterino e humanização do parto (Tabela 4).

Tabela 3 - Repasses para a Atenção Básica para o Município de Brumadinho / MG - Exercício de 2002

COMPETÊNCIA/EXERCÍCIO DE 2002	TOTAL
Piso da Atenção Básica – Fixo	314.904,00
Programa: Agentes Comunitários de Saúde – Municipal	86.333,32
Programa: Saúde da Família – Municipal	432.000,00
Incentivo: Ações Básicas Vigilância. Sanitária	6.875,76
Incentivo: Ações Combate a Carências Nutricionais	11.340,00
Farmácia Básica – Municipal	27.503,04
Epidemiologia e Controle de Doenças	75.509,96
Incentivo: Saúde Bucal	63.999,96
Cadastro Nacional de Usuários do SUS	3.869,10
Incentivo Adicional: Programa Agentes Comunitários de Saúde	8.880,00
TFECD – Adicional	1.220,61
T O T A L	1.032.435,75

FONTE: DATASUS

Tabela 4 - Repasses de Recursos - Ações Estratégicas – Município de Brumadinho/MG - Exercício de 2002

COMPETÊNCIA/EXERCÍCIO DE 2002	TOTAL
Câncer de Colo Uterino	5.009,35
Humanização do Parto	1.100,00
Queimados	406,50
Tuberculose	812,80
Varizes	2.921,02
Pré-Natal	940,00
Acompanhamento de Paciente – SAI	1.738,55
Neonatal – SAI	57,00
Assistência Pré-Natal – AIH	680,00
Registro Civil e Nascimento – AIH	35,00
Fisioterapia - Ações Estratégicas – SAI	25,96
Terapia e Psicoterapia - Ações Estratégicas – SAI	153,00
T O T A L	13.879,18

FONTE: DATASUS

Mendes e Marques (2003a, p. 72) afirmam que a implantação dos mecanismos de transferências referentes ao PAB Variável e às ações estratégicas, a despeito de apresentar resultados positivos ou não, despertou indagações quanto ao constrangimento à autonomia do município na alocação dos recursos transferidos a seu fundo, de acordo com as necessidades locais, pelo fato de serem estimulados a incorporar programas que lhe acrescentam receita financeira, mas que reforçam o poder e determinação do governo federal na formulação da política de saúde.

As ações e programas concebidos pelo Ministério da Saúde acabam atingindo, também, a aplicação dos recursos próprios dos municípios, pois os “incentivos” nem sempre são

suficientes para cobrir todos os gastos a eles relacionados, como, por exemplo, o caso do Programa Saúde da Família.

O conflito existente em relação aos mecanismos de financiamento pode ser ilustrado pela fala do PS1 sobre o Programa Saúde da Família, componente mais relevante do PAB Variável recebido pelo município:

“Pros municípios, o PSF é um ônus muito grande. Porque o incentivo que ele dá, hoje tá em R\$ 5.600,00, com o aumento, mensal, por equipe. O salário de um médico é R\$ 4.000,00 tirando os benefícios, R\$ 4.000,00 bruto, da enfermeira R\$ 2.400,00. Quer dizer, só aí já ultrapassou o incentivo do Ministério. Agora, atenção básica é obrigação do município e isso é um incentivo. Agora, os municípios têm isso como obrigação do Ministério, porque os municípios, a maioria deles, ainda tem que o PSF é um programa do Ministério. A maioria deles ainda não encampou o PSF como uma coisa deles. E isso inclusive no nosso município. Nós temos defensores ardorosos do PSF [...], mas o secretário ele ainda tem as reservas dele com o PSF. Fica aquela coisa: ‘a responsabilidade é do Ministério’, o Ministério fala: ‘a responsabilidade é do Município’; e fica aquela coisa meio que no meio do caminho.”

Um outro aspecto levantado pelo PS1 relaciona-se à falta de convergência entre política de saúde e política fiscal. A Secretaria de Saúde não pôde optar pela implantação de uma equipe de saúde bucal por equipe de PSF e, conseqüentemente, receber o incentivo do Ministério porque ultrapassaria o limite da despesa com pessoal estabelecido pela Lei de Responsabilidade Fiscal.

O PS1 reconhece o PSF dentro do contexto de incentivo do Ministério da Saúde à atenção básica e como forma de racionalizar os gastos na área da saúde: “Se você investir na atenção básica, que cê não tem recursos tecnológicos grandes, você tem o básico. Mas se ocê faz um atendimento curativo, um preventivo e um de promoção da saúde, cê evita gasto com especialista, com hospital.”

O referido entrevistado entende a importância das ações de saúde serem combinadas e voltadas, ao mesmo tempo, para a promoção, prevenção e recuperação da saúde, mas destaca a resistência por parte da população, ainda culturalmente ligada à questão curativa, e também dentro do próprio sistema, sobretudo por causa dos médicos que querem ter vários empregos para sustentarem o seu *status* ou aproveitam “[...] da própria dificuldade do acesso do sistema público de saúde pra tá conquistando este paciente pra si, enquanto paciente particular a preços de consultas populares.”

As conclusões do estudo realizado por Mendes e Marques (2003a, p.96) em seis municípios brasileiros apontaram aspectos relevantes sobre a atual sistemática de transferência de recursos, tanto do ponto de vista dos secretários quanto dos gestores dos Fundos Municipais. Alguns secretários consideram que a proliferação de incentivos federais compromete a autonomia dos gestores locais, desconsiderando as especificidades locais, e outros argumentaram que as campanhas facilitam a execução da política de saúde, auxiliando inclusive no âmbito epidemiológico. Já os gestores dos Fundos Municipais chamaram a atenção para impossibilidade de remanejamento dos recursos vinculados da atenção básica e da média complexidade, causando prejuízos à execução financeira e à proliferação das contas bancárias individuais vinculadas a cada forma de incentivo que aumenta o volume de trabalho contábil, incompatível com o número de técnicos na área financeira e o conhecimento específico para gestão adequada dos recursos.

Se for considerado que um dos grandes desafios da administração pública municipal é a aquisição de cultura técnica, as transferências vinculadas são positivas, ao incentivar a organização da gestão da saúde no município, mas assumem um papel negativo quando a ausência de conhecimentos técnicos específicos inibe a utilização adequada dos recursos.

No município de Brumadinho/MG, o esforço despendido pelos responsáveis pela execução da política de saúde para receber novos recursos do Ministério da Saúde, nem sempre se reverte em benefícios imediatos para a população. Isso por causa da falta de coordenação entre o Fundo Municipal de Saúde e os setores de prestação de serviços da Secretaria de Saúde, como pode ser percebido pelos comentários do PS2:

“[...] a idéia é tá fazendo isso mesmo, aquele recurso que é destinado à vigilância, se realmente tá sendo usado na vigilância, mas eu acho que isso é função do controle e avaliação, mas não tá sendo feito. É função do controle de avaliação junto com o Fundo. Não sei se o Fundo tá fazendo, mas o controle não tá participando assim diretamente com Fundo, tá assim, a gente passa para o Fundo Municipal o nosso faturamento, é tanto de RH que é da folha mensal, é tanto de Atenção Básica, que a gente faturou. Aí envia essa via para ela, então na hora que chegar ela sabe, é esse tanto aqui, os valores de cada setor tá lá para ela, a gente manda, mas assim, se tá sendo gasto com isso mesmo eu não sei não, era para tá agindo junto, mas por enquanto [...]”

A GOF1 mencionou que os recursos vinculados são depositados em contas específicas e, às vezes, ficam algum tempo sem ser utilizados até que os responsáveis solicitem, ou seja, o fundo também não comunica a entrada de recursos aos outros setores, postergando a sua utilização. Para exemplificar tal fato, a análise do Balanço Financeiro do Fundo Municipal de

Saúde revela que não havia saldo inicial da conta bancária específica das Ações Estratégicas em 2002 e o saldo final era de R\$ 12.730,09, por sua vez, os dados do DATASUS mostram que o somatório dos repasses mensais ao município no exercício foi de R\$ 13.879,18, sendo assim, há indicação de que a maior parte dos recursos não foi utilizada em 2002.

Além das transferências do Fundo Nacional de Saúde, alguns Estados promovem repasses de recursos próprios para os Fundos Municipais de Saúde. Estes também recebem aportes dos orçamentos dos próprios municípios de acordo com os limites determinados pela EC nº 29/2000.

Para os municípios, os percentuais de vinculação são de 15% das suas receitas de impostos e transferências recebidas. Existe a previsão do prazo de cinco anos para que os percentuais de recursos a serem destinados para o financiamento do setor pelos governos subnacionais sejam alcançados. Os municípios que estivessem aplicando percentuais inferiores ao fixado deveriam elevá-los, gradualmente, até o exercício financeiro de 2004, reduzindo a diferença à razão de pelo menos um quinto por ano, com aplicação mínima de 7% a partir de 2000.

Mendes e Marques (2003b, p.398) destacam que a vinculação de recursos dos municípios não alterou o quadro de financiamento da saúde, pois os percentuais exigidos já eram realidade desde 1998. Todavia, a polêmica levantada em torno dos itens que deveriam ser computados como despesas na função saúde também alcançou a esfera municipal, com a ocorrência da inclusão dos gastos com inativos.

Essa polêmica faz parte das contestações geradas a partir da publicação da Emenda Constitucional nº 29/2000 quanto à definição de ações e serviços de saúde pública, mormente nos estados e municípios, cujo propósito era conseguir desrespeitar a vinculação ao considerar “a inclusão de tudo na saúde”. Outro ponto bastante controverso relaciona-se à base de cálculo da União e aos mecanismos de transferências e de aplicação dos recursos federais (MENDES; MARQUES, 2003b, p.396).

A expectativa é de publicação de Lei Complementar que detalhe e regule os diversos pontos concernentes à Emenda Constitucional 29/2000. Enquanto isso não acontece, existe um consenso entre o Ministério da Saúde e os Tribunais de Contas do país para efeito de fiscalização do cumprimento da emenda. Tal consenso se apoiou no documento “Parâmetros

consensuais sobre a implementação e regulamentação da EC-29”, elaborado pelo Conselho Nacional de Saúde em conjunto com outras entidades, e a Portaria do Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro nº 2.047/2002 (MENDES; MARQUES, 2003b, p.398).

O Conselho Nacional de Saúde, após intenso debate, também aprovou a resolução nº 316/2002, substituída pela 322/2003, ambas homologadas pelo Ministério da Saúde. Esta última apresenta dez diretrizes e constitui-se no principal instrumento de consenso entre as entidades ligadas à saúde e de orientação para o projeto de regulamentação da Emenda Constitucional 29/2000 (MENDES; MARQUES, 2003b, p.399).

A Portaria GM/MS nº 2.047/2002 estabelece as diretrizes para a aplicação da EC nº 29/2000 quanto à base de cálculo, regra de evolução progressiva dos percentuais mínimos de vinculação, definição das ações e serviços públicos de saúde envolvidos nos cálculos e instrumentos de acompanhamento, fiscalização e controle do cumprimento da EC nº 29/2000.

O percentual de aplicação deve ser obtido através do quociente da despesa com ações e serviços públicos de saúde aplicada no exercício pela soma das bases de cálculo municipal no mesmo exercício, multiplicado por 100, apresentado com duas casas decimais (art. 2º, § 3º da Portaria GM/MS nº 2047/2002).

A base de cálculo deve ser composta pelas receitas de impostos municipais, as transferências obrigatórias recebidas da União e dos Estados, Imposto de Renda Retido na Fonte e outras receitas correntes dos municípios (art. 1º, inciso II da Portaria GM/MS nº 2047/2002).

O cálculo dos recursos aplicados em ações e serviços de saúde será feito pela soma das despesas liquidadas no exercício.

O art. 7º da referida portaria especifica que seriam consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde “as relativas à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde”, o que inclui:

- I. vigilância epidemiológica e controle de doenças;
- II. vigilância sanitária;
- III. vigilância nutricional, controle de deficiências nutricionais, orientação alimentar e a segurança alimentar promovida no âmbito do SUS;
- IV. educação para saúde;

- V. saúde do trabalhador;
- VI. assistência à saúde em todos os níveis de complexidade;
- VII. assistência farmacêutica;
- VIII. atenção à saúde dos povos indígenas;
- IX. capacitação de recursos humanos do SUS;
- X. pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, promovidos por entidades do SUS;
- XI. produção, aquisição e distribuição de insumos setoriais específicos, tais como medicamentos, imunobiológicos, sangue e hemoderivados, e equipamentos;
- XII. saneamento básico e do meio ambiente, desde que associado diretamente ao controle de vetores, a ações próprias de pequenas comunidades ou em nível domiciliar, ou aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI);
- XIII. serviços de saúde penitenciários, desde que firmado Termo de Cooperação específico entre os órgãos de saúde e os órgãos responsáveis pela prestação dos referidos serviços;
- XIV. atenção especial aos portadores de deficiência; e
- XV. ações administrativas realizadas pelos órgãos de saúde no âmbito do SUS e indispensáveis para a execução das ações indicadas nos itens anteriores.

De acordo com o parágrafo único do mesmo artigo, inciso II, no caso dos municípios, poderão ser incluídas, excepcionalmente, as despesas de juros e amortizações, no exercício em que ocorrerem, decorrentes de operações de créditos contraídas a partir de 1º de janeiro de 2000, para financiar ações e serviços públicos de saúde.

O art. 8º, por sua vez, lista os gastos que não são considerados despesas com ações e serviços públicos de saúde:

- I. pagamento de aposentadorias e pensões;
- II. assistência à saúde que não atenda ao princípio da universalidade (clientela fechada);
- III. merenda escolar;
- IV. saneamento básico, mesmo o previsto no inciso XII do art. 7º, realizado com recursos provenientes de taxas ou tarifas e do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza, ainda que excepcionalmente executado pelo Ministério da Saúde, pela Secretaria da Saúde ou por entes a ela vinculados;
- V. limpeza urbana e remoção de resíduos sólidos (lixo);
- VI. preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos Entes Federativos e por entidades não-governamentais;
- VII. ações de assistência social não vinculadas diretamente à execução das ações e serviços referidos no art. 7º, bem como aquelas não promovidas pelos órgãos de Saúde do SUS.

O parágrafo único do art. 8º, inciso II, destaca que as despesas listadas no art. 7º, no exercício em que ocorrerem, realizadas com receitas oriundas de operações de crédito, não devem ser consideradas como despesas com ações e serviços públicos de saúde.

O instrumento de acompanhamento, fiscalização e controle da aplicação dos recursos vinculados a ações e serviços públicos de saúde é o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS.

Um resumo dos principais itens componentes da Demonstração do Cálculo de Aplicação do Percentual de Recursos Próprios Aplicados em Saúde conforme a EC 29/2000 no Exercício de 2002 do município de Brumadinho, encontra-se na Tabela 5.

**Tabela 5 - Resumo da Demonstração da Aplicação de Recursos em Saúde conforme EC 29/2000
Município de Brumadinho/MG – Exercício de 2002**

Receita	Previsão Atualizada 2002	Receita Realizada em 2002
Impostos (I)	2.014.000,00	2.043.991,00
Transferências da União (II)	4.148.000,00	5.090.918,42
Transferências do Estado (III)	6.930.000,00	8.830.205,88
Receita de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais (IV = I + II + III)	13.092.000,00	15.965.115,30
Despesa	Dotação Atualizada 2002	Despesa Liquidada em 2002
Despesas Correntes (V)	5.160.493,00	4.953.659,18
Despesas de Capital (VI)	188.750,00	186.009,18
Total (VII = V + VI)	5.349.243,00	5.139.668,36
(-) Transferências Intragovernamentais (VIII)	0,00	0,00
(-) Inativos e Pensionistas (IX)	0,00	0,00
Despesa Total com Ações e Serviços de Saúde (X = VII - VIII - IX)	5.349.243,00	5.139.668,36
Transferências de Recursos do SUS	Previsão Atualizada 2002	Receita Realizada em 2002
União (XI)	67.000,00	1.966.563,68
Estado (XII)	20.000,00	14.782,86
Municípios (XIII)	0,00	0,00
Outras Receitas do SUS (XIV)	0,00	0,00
Total (XV = XI + XII + XIII + XIV)	87.000,00	1.981.346,54

Cálculo do Percentual de Recursos Próprios aplicados em Saúde

Itens	Dotação Atualizada 2002	Despesa Liquidada em 2002
Despesa Total com Ações e Serviços de Saúde (X)	5.349.243,00	5.139.668,36
(-) Transferências de Recursos do SUS (XV)	87.000,00	1.981.346,54
(-) Receita de Operações de Crédito (XVI)	0,00	0,00
Despesa com Recursos Próprios XVII = X - XV - XVI	5.262.243,00	3.158.321,82
Percentual de Recursos Próprios Aplicados em Saúde (XVII / IV)	40,19	19,78

FONTE: SIOPS/SUS - DATASUS

A tabela 5 indica que, já em 2002, os recursos aplicados na saúde correspondiam a 19,78%

dos recursos próprios do município, ultrapassando o previsto de ser alcançado em 2004 (15%). Um fato curioso é a divergência dos valores de transferências apresentados em duas das bases de dados do DATASUS: Cadernos de Saúde (R\$ 1.840.038,26) e SIOPS (R\$ 1.966.563,68).

A questão do financiamento também se constitui em um ponto crucial no processo de regionalização da atenção à saúde. Os municípios responsáveis pelo atendimento da população referenciada de outros municípios recebem diretamente do Fundo Nacional de Saúde recursos para esta finalidade. Contudo, sabe-se que o valor transferido não é suficiente para cobrir o custo de diversos procedimentos da média e alta complexidade. As dificuldades do processo de regionalização podem ser observadas pela fala do PS1:

“[...] o dinheiro ia tudo pra lá (Betim) e pra Belo Horizonte, porque só eles tinham o serviço. Então eles falavam: ‘Nós vamos atender’ e não atendiam, o dinheiro e continuava indo pra lá e a gente sabia que não dava pra pagar nem o serviço que eles fazem pra eles mesmos. Mas a gente ficava sem o serviço e sem o dinheiro. Agora, a gente viu nessa pactuação que, aí que eu acho que entra o papel do Estado: algumas coisas Betim não pode oferecer pra nós, municípios pequenos. A gente joga pra outra, abre mais a região, vira macro-região. Vai pra Belo Horizonte. Belo Horizonte não pode oferecer e nós temos coisas que nós não temos pra onde referenciar paciente. Aí que deveria, no meu ver, entrar o papel do Estado: Então, nós vamos criar uma alternativa pra atender esses outros. E a gente, pelo menos na nossa micro-região, que ficou definido que a gente ia pedir pelo menos ao Estado, que devolvesse esse dinheiro: porque se Betim não vai fazer e se Belo Horizonte não vai fazer, eu tenho um recurso mínimo pra aquele procedimento. Mínimo, mas é meu. Se ninguém faz, ele vai ficar com o Estado. A gente quer que devolva.”

Cabe destacar que a regionalização passou a ser prioridade no processo de implantação do SUS a partir da publicação da NOAS/SUS 01/01, sendo assim as mudanças para melhoria do sistema de referência ainda eram embrionárias.

Uma solução encontrada por Brumadinho e outros municípios da sua micro-região foi a criação de um Consórcio Intermunicipal de Saúde, com a destinação de 1% dos recursos recebidos do Fundo de Participação dos Municípios – FPM, cujo objetivo é atender às demandas da população, as quais, isoladamente, um município pequeno não consegue resolver. Como destaca o PS1:

“[...] esse consórcio vai tentar, vai estudar formas de diminuir os extrapolamentos que a gente tem nos municípios. Porque todo município é a mesma coisa: problema é oftalmo, ortopedia, otorrino. Então, esse consórcio vai tentar achar uma solução pra esses municípios. De repente cumprindo até um do papel do Estado que seria equipando, comprando, montando um centro de oftalmologia.”

Sabe-se que os recursos direcionados ao setor da saúde são limitados para atender todas as demandas da sociedade. Assim, se por um lado é imprescindível aos municípios explorarem, da melhor maneira possível, todas as fontes de financiamento, também deve existir uma preocupação com o processo de gestão dos recursos disponíveis. Dessa forma, os gestores locais têm a responsabilidade de utilizar tais recursos buscando a eficiência, a eficácia e a efetividade dos serviços prestados.

4.3 Planejamento e Gestão do SUS

O Sistema Único de Saúde prevê a utilização de instrumentos de gestão para aproveitamento das oportunidades e para a superação dos desafios no processo de promoção, prevenção e assistência à saúde. A idéia é o fortalecimento das capacidades de planejamento e de organização dos sistemas estaduais, regionais e municipais de saúde, mas respeitando a flexibilidade e o incentivo à criatividade na gestão do sistema (Portaria GM/MS nº 548/2001).

Os quatro instrumentos previstos para o âmbito municipal são: Agendas, Planos de Saúde, Quadro de Metas e Relatório de Gestão. De acordo com a Portaria GM/MS nº 548/2001, os princípios que balizam tais instrumentos são:

- Normatização: visa à comparabilidade das informações em planos nacionais, estaduais e municipais, respeitando a criatividade dos gestores na formatação e prestação de outras informações consideradas relevantes;
- Objetividade: busca a simplificação, clareza, responsabilização, transparência e disseminação das informações;
- Sintonia com a nova metodologia implantada pelo Plano Plurianual 2000/2003, o qual se baseia na concepção da administração pública voltada para resultados;
- Definição de Indicadores de Saúde: procura estar adequada às diferentes realidades políticas, institucionais e epidemiológicas do país;
- Alcance e Adequação dos Sistemas de Informação em Saúde: visa a abranger aspectos além da assistência médica hospitalar e ambulatorial, como saúde coletiva, vigilâncias sanitária e epidemiológica, controle social, produção de insumos, entre outros.

As Agendas são compostas pelo conjunto de eixos prioritários de intervenção, objetivos, indicadores e metas das políticas de saúde, tendo por base as referências políticas, epidemiológicas e institucionais de cada esfera de governo. A Agenda municipal deve ser elaborada em conformidade com as Agendas federal e estadual. A periodicidade de elaboração da Agenda é anual. Tal instrumento é considerado o “embrião” dos Planos de Saúde, Quadro de Metas e Relatórios de Gestão (Portaria GM/MS nº 548/2001).

Em Brumadinho, no exercício de 2002, não ocorreu a elaboração da Agenda de Saúde. Em 2001, os eixos prioritários da Agenda Municipal foram os mesmos estabelecidos pela Agenda Nacional de Saúde: (1) Redução da Mortalidade Infantil e Materna, (2) Controle de Doenças e Agravos Prioritários, (3) Reorientação do Modelo Assistencial Descentralizado, (4) Melhoria da Gestão, Acesso, Qualidade das Ações e Serviços de Saúde, (5) Desenvolvimento de Profissionais do Setor Saúde e (6) Qualificação do Controle Social.

Para cada um dos eixos prioritários, o município estabeleceu as estratégias, os programas/atividades e os indicadores e as metas a serem alcançadas.

Por exemplo: Eixo: Qualificação do Controle Social

Estratégia: Capacitar os conselheiros de saúde

Programas/Atividades: Conselho Municipal de Saúde

Indicadores: Proporção de conselheiros capacitados

Meta: 100%.

Os Planos de Gestão “[...] são documentos de intenções políticas, de diagnóstico, de estratégias, de prioridades e de metas, vistos sob uma ótica analítica.” Os Planos de Saúde constituem a base das atividades e das programações da gestão municipal do SUS e devem ser submetidos aos conselhos de saúde. A periodicidade de elaboração deste instrumento é quadrienal, todavia deve ser revisto anualmente para incorporar os movimentos de mudanças no planejamento das políticas de saúde (Portaria GM/MS nº 548/2001).

O Plano Municipal de Saúde de Brumadinho foi aprovado para o período 2001/2004 pelo Conselho Municipal de Saúde (Resolução CMS nº 06/2001). O período de abrangência do plano não está de acordo com a vigência do Plano Plurianual do município 2002/2005 e no período de 2002 não ocorreu revisão do plano.

O Plano Municipal de Saúde de Brumadinho apresenta diagnósticos sobre aspectos demográficos, econômicos e epidemiológicos, capacidade instalada, processo de cadastramento de estabelecimentos de saúde, saneamento básico, programação pactuada integrada (PPI) e financiamento.

Tomando-se por base o diagnóstico, foram delineados os eixos gerais de intervenção: modernização administrativa, política de recursos humanos, financiamento, reorganização da assistência e melhoria da infra-estrutura. Observa-se que os eixos estabelecidos no plano não correspondem integralmente àqueles definidos na Agenda de Saúde.

O Plano Municipal de Saúde de Brumadinho incorpora, ainda, modelo de planilha para desenvolvimento das ações propostas, planilhas de prioridades de investimento em infra-estrutura, Agenda Municipal de Saúde/2001, relatórios do SIOPS, Pacto de Indicadores da Atenção Básica/2001, Programação Pactuada Integrada da Epidemiologia e Proposta de Inserção da Saúde Bucal às Equipes de PSF.

Os Quadros de Metas são partes integrantes dos Planos de Saúde e servem de base para a elaboração dos Relatórios de Gestão, devendo conter os indicadores e as metas prioritárias de cada esfera de governo em cada exercício anual. Os Quadros de Metas são baseados nas Agendas de Saúde (Portaria GM/MS nº 548/2001). No caso do município de Brumadinho, as metas são parte integrante da Agenda Municipal de Saúde que, por sua vez, são complementadas pelos indicadores pactuados da Atenção Básica e da PPI Epidemiologia.

Por fim, os Relatórios de Gestão apresentam as avaliações do cumprimento dos objetivos e metas explicitados no Quadro de Metas, bem como a aplicação dos recursos pela esfera de governo em cada exercício anual. São elaborados pelos gestores e submetidos ao Conselho Municipal de Saúde. A sua finalidade é sistematizar e divulgar informações sobre os resultados obtidos, bem como a probidade dos gestores do SUS às instâncias formais do SUS, ao Legislativo, ao Ministério Público e à sociedade (Portaria GM/MS nº 548/2001).

O Relatório/2002 do município de Brumadinho apresenta os resultados alcançados comparados às metas da Agenda de Saúde Municipal. Os resultados referem-se aos exercícios de 2001 e 2002, indicando a utilização da mesma programação nos dois exercícios. A elaboração do relatório serviu como propulsora para avaliação formal das propostas de cada

área da Secretaria de Saúde, para o exercício de 2002, reflexões sobre os resultados não alcançados e novas proposições para o exercício de 2003.

Alguns pontos abordados referentes à falta de integração entre os instrumentos de gestão podem ser pelo fato de, inicialmente, serem elaborados somente para cumprimento de mais uma formalidade requerida pelo SUS, como destaca o entrevistado PS1:

“O ministério cria um instrumento e te manda fazer. Aí, de imediato, ocê começa a fazer aquilo como autônomo, vou dar uma resposta. Depois é que ocê vai pesar, [...] começa a estudar esse instrumento, ele realmente é bom. Como é que a gente pode fazer pra ele melhorar, pra ele não ser só do Ministério, pra ele ser nosso.”

Os instrumentos de gestão são vistos como relevantes na condução da política de saúde do município de Brumadinho, existindo motivação para adotar a proposta do Ministério da Saúde como sendo do próprio município. O entrevistado PS1 tem a seguinte opinião sobre os instrumentos de gestão:

“Eu acho que eles são ótimos. Porque eles nos obrigam a refletir sobre a prática. E quando ocê pega o consolidado, cê escreve, cê discute, aí ocê tem condição de visualizar. Por que a saúde ela é [...] tão assim, como é que eu falo, rápido e é tanta coisa que ocê tá mexendo, que se tiver da gente priorizar sentar e fazer um relatório é mais difícil. [...] acontece que a rotina vai te consumindo. Cê num prioriza o tempo. E quando a gente tem de fazer é diferente.”

Aos poucos, o município tem começado a usar os instrumentos não somente com o intuito de satisfazer uma exigência do governo federal, mas também melhorar o atendimento das demandas da população.

O Relatório de Gestão de 2002 foi construído com a participação dos coordenadores de cada setor da secretaria, inclusive com a realização de oficinas para a definição de uma estrutura básica a ser seguida. Como destacado no próprio documento, o objetivo era “[...] apresentar os dados referentes à gestão do SUS no exercício de 2002, avaliando o cumprimento ou não das metas definidas na Agenda de Saúde. Esta avaliação deverá subsidiar o planejamento da Secretaria Municipal de Saúde para 2003 e a construção da Agenda de Saúde.”

De acordo com o entrevistado PS1, em 2003, buscou-se utilizar a Agenda de Saúde como instrumento de gestão de cada setor:

“[...] pegamos cada eixo prioritário e fizemos uma oficina com o coordenador. Explicamos o que quê é agenda, apresentamos a agenda. O que quê é indicador, como que a gente calcula o indicador. E falamos: agora cada setor vai criar objetivos e indicadores pro seu setor dentro dos eixos que lhe cabe. Tivemos muita coisa, muita.”

O referido entrevistado menciona que as discussões com os coordenadores são focadas na organização do sistema e ampliação de acesso e não no planejamento de programas específicos. Em relação a estes últimos, são tratados à parte, buscando envolver pessoas que produzem a ação na elaboração do planejamento operacional chamado de “protocolo”. A gestão da saúde do município tem adotado os programas definidos pelo governo federal, por entender que eles atendem às necessidades da população, e segue os parâmetros estabelecidos pelo ministério.

Apesar do esforço para qualificar o instrumento, as metas contidas na Agenda de Saúde são aquelas não contempladas pelo Pacto dos Indicadores da Atenção Básica e pela PPI Epidemiologia, sinalizando a fragmentação do processo de gestão. Além disso, a agenda estava sendo construída durante o exercício de sua vigência.

O PS1 destacou alguns aspectos relacionados aos recursos humanos, sobretudo os coordenadores, que têm dificultado o processo: resistência a mudanças; falta de iniciativa e determinação para implementar melhorias; tentativa de não assumir a responsabilidade pelos resultados negativos apurados, falta de liderança e capacidade de trabalhar em grupo. Na fala do PS1, é possível perceber que esses têm sido alguns dos principais obstáculos a serem vencidos:

“O grupo gestor, o secretário, vem permitindo a gente fazer muita proposta que no nosso conhecimento é até um pouco avançado, ele vem permitindo isso, mas a gente esbarra muito na colaboração dos funcionários. [...]. O que quê a gente tem mais de fazer? Porque a gente não avalia que é só a questão salarial, pra tá envolvendo as pessoas e fazendo com que elas se responsabilizem pela saúde do município.”

Talvez, a resistência seria pela própria cultura burocrática ainda presente no município, como indica a fala do PS1: “[...] nós temos gente que até hoje ainda não participa rotineiramente das reuniões. Que fala, ‘eu tenho que trabalhar, eu tenho que fazer, eu não tenho tempo a perder pra ficar em reunião’. E, infelizmente, o Fundo Municipal é um desses setores.”

Ainda em relação ao planejamento e gestão da saúde, cabe destacar o papel dos Conselhos Municipais de Saúde. A Lei nº 8.142/90 assegura o controle social, reconhecendo a

importância da comunidade na gestão do SUS, mediante a criação de Conferências e Conselhos de Saúde.

Os Conselhos de Saúde são formados por representantes do governo, prestadores de serviços profissionais de saúde e usuários, com paridade da composição destes últimos em relação às demais representações. De acordo com Assis (2003, p.329), os Conselhos de Saúde são:

[...] instâncias internas à estrutura do SUS e as suas deliberações deveriam, em geral, ser resultados de negociações com os órgãos executores (Ministério da Saúde, Secretarias Estadual e Municipal de Saúde), que teriam como eixos orientadores: representatividade de seus membros, visibilidade de suas proposições, transparência das relações e a articulação com a sociedade. Seria a garantia do processo democrático e a qualidade das ações no processo institucional.

O papel que o Conselho Municipal de Saúde (CMS) deveria desempenhar no processo de gestão do SUS, muitas vezes, é comprometido pela falta de compreensão da abrangência da sua função e capacitação necessária dos seus membros para atuação efetiva na condução da política de saúde. No que diz respeito ao primeiro aspecto, o PS1 afirma que o conselho acabava se envolvendo em questões administrativas, como demissão de determinado funcionário, não exercendo de fato o controle social.

Existem iniciativas dentro do município para capacitação do conselho, sendo esta uma das metas da Agenda desde 2001. Conforme o entrevistado PS1, na construção da Agenda de Saúde de 2003, o conselho também recebeu orientações e foi solicitado a participar, todavia ele não se sentiu capaz de interferir nos eixos de assistência, mas se responsabilizou pela definição dos objetivos, indicadores e metas do eixo Qualificação do Controle Social. Os objetivos traçados foram os seguintes:

- Realizar cursos de capacitação para conselheiros não capacitados;
- Garantir acesso às informações de saúde;
- Garantir comunicação entre o CMS e população;
- Criar e manter Informativo/Jornal do CMS;
- Realizar reuniões com o Ministério Público;
- Realizar reuniões com o Legislativo Municipal;
- Ampliar participação de conselheiros nas reuniões do CMS;
- Capacitar a Secretária do CMS;
- Criar e Divulgar cronograma de reuniões das comissões do CMS.

4.4 Sistemas de Informação e Pacto dos Indicadores da Atenção Básica

No setor público municipal de saúde, observa-se o reconhecimento quanto à importância de empreender esforços para obtenção e manutenção de dados e informações que permitam o acompanhamento do SUS em todo o país. Isso pode ser comprovado pela existência dos bancos de dados nacionais, da estratégia do cadastro, do Cartão Nacional da Saúde e do Pacto de Indicadores da Atenção Básica.

As informações são fundamentais para implementação dos novos instrumentos de gestão da política da saúde, a qual está focada não somente nos cuidados com a doença, mas também com as ações de prevenção e promoção da saúde. Sendo assim, o escopo dos sistemas de informações deve ser bem maior do que os dados de morbi-mortalidade. A afirmação do entrevistado PS1 vem ao encontro do mencionado:

“Eu acho que a saúde, realmente, ela avançou mais. Por isso que hoje a maioria das pessoas quando vem buscar algum dado na prefeitura, eles encaminham para cá, porque normalmente a saúde tem um dado consolidado do município muito maior que a própria administração. O SIAB, por exemplo, ele nos dá: dados de escolaridade, de convênio médico, de saneamento básico, de coleta de lixo, coisa que a própria administração não tem um instrumento que traga isso para ela.”

Existem diversos sistemas de informações no âmbito do Ministério da Saúde, sendo que alguns são de caráter universal e abrangência nacional, o que implica a obrigatoriedade de atualização por parte das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, com destaque para:

- SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade;
- SINASC - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos;
- SINAN - Sistema de Informações de Agravos de Notificação;
- SIH/SUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS;
- SIA/SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS;
- SIAB - Sistema de Informações da Atenção Básica;
- SI-PNI - Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização;
- SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde.

Alguns outros sistemas acarretam significativo esforço institucional, com penalidades para a Secretaria Municipal de Saúde, caso não sejam cumpridas as normas operacionais e fluxo, requerendo atenção especial do gestor municipal. Exemplos:

- SISPRENATAL – Sistema de Informação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento;
- SISCOLO – Sistema de Informação de Controle de Câncer do Colo de Útero;
- SISHIPERDIA – Sistema de Informação de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos. O seu funcionamento é obrigatório para o recebimento dos medicamentos previstos no Programa de Assistência Farmacêutica à Hipertensão Arterial e Diabetes *Mellitus*.

A grande quantidade de sistema de informações, além de sobrecarregar os recursos humanos dos municípios, ainda apresenta problemas de consistência, mormente, pelos seguintes motivos:

a) Inadequação do preenchimento dos formulários de coleta de dados:

Um instrumento comum de coleta de dados para alimentar os sistemas de informações é o formulário em papel, gerando um grande volume de registro rotineiro de dados. Tal trabalho e o processo de digitação aumentam a probabilidade de erros e vieses na informação produzida.

Os entrevistados PS1 e PS2 relataram fatos relacionados à inadequação do preenchimento dos dados pelos profissionais da saúde, o que acarreta complicações no cálculo dos indicadores e, conseqüentemente, no processo de tomada de decisão.

“[...] se as pessoas que preenchem as informações pra gente não tiverem atenção no preenchimento, não saber o preenchimento correto. Então, direto a gente tá tendo que fazer treinamento do pessoal, capacitação, porque se não a gente não tem como confiar nesse dado.” (Entrevistado PS2).

“Porque o mais complicado é o médico, porque o médico acha que não tem que escrever, ele acha que isso é função do auxiliar que tá lá. Não é, porque o auxiliar não sabe a causa morte da pessoa, ela não sabe mexer no CID, porque ela pode não ter uma causa só, ela pode ter várias causas. Então, o médico é o mais complicado, é difícil.” (Entrevistado PS2).

“Quando eu fiz o levantamento eu falei com ele: Aqui doutor! cê não tá atendendo pré-natal. Cê manda que tá atendendo pré-natal, mas olha aqui, não é isso que sua produção mostra. ‘Ah, então eu tô pondo número errado?’ Tá pondo número errado e isso contamina o dado todinho, porque ocê

tem um indicador atingindo o pré-natal. [...]. Algumas vezes é o contrário, cê num tem e tá lançando. É uma coisa que ocê não pode confiar de olho fechado, mas, até o momento, é a única coisa que a gente tem de concreto que pode nos mostrar algum resultado do trabalho.” (Entrevistado PS1).

b) Morosidade no repasse de dados pelo Estado:

A divergência de dados das bases municipal e estadual acontece devido aos óbitos e nascimentos fora do município, pois, nesses casos, a informação é encaminhada para o estado e, depois, este direciona para o município. Conforme afirma o PS1: “[...] sempre demoram mais a chegar no município, porque aí o papel vai para o estado e o estado não me devolve isso informatizado, ele devolve o papel, aí eu lanço aqui, mas ele também já lançou lá.”

c) Limitações de alimentação dos sistemas estabelecidas pelo próprio ministério:

O Sistema de Informações Ambulatoriais oferece aos gestores instrumento para operacionalização das funções de cadastramento, controle orçamentário, controle e cálculo da produção e geração de informações necessárias à transferência de recursos financeiros intergovernamentais para municípios e estados não habilitados em gestão plena.

Tomando-se por base os recursos físicos e humanos disponíveis no município, o sistema define o limite máximo de um determinado procedimento, por exemplo, número de consultas por médico, considerando um tempo mínimo de consulta de 15 minutos. Sendo assim, o sistema não aceita o registro da produção que ultrapasse tal limite.

Contudo, uma atitude do ministério, provavelmente com o intuito de garantir a qualidade do atendimento, propicia a incorreção dos dados, pois a não possibilidade de registro não significa a não realização do procedimento. O PS3 relata que, quando um médico ultrapassa o limite estabelecido pelo sistema, a produção excedente passa para o próximo mês, porque “[...] não é justo a gente perder esses procedimentos que o médico fez. Quando não tem jeito mesmo, a gente deixa para o próximo mês.” Assim, os dados do período acabam ficando distorcidos.

d) Utilização de fontes diferentes quanto ao número de habitantes:

O PS2 afirma que, para o cálculo dos indicadores do pacto, são utilizados dados do IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Mas alguns bancos de dados usam a população estimada pelo estado.

Para tentar amenizar o problema, os relatórios gerados pelos sistemas são encaminhados aos profissionais responsáveis pelo preenchimento para conferência. Além disso, nos casos em que o dado foi registrado em um sistema, mas não em outro, busca-se saber o porquê. Nesse processo, os agentes comunitários desempenham papel importante, pois conseguem investigar o motivo das divergências, já que estão em contato direto com a população. Todavia, a atuação do agente é limitada como relata o PS2:

“[...] o agente ele tem, a gente tem que criar um formulário interno nosso, pra esse tipo de coisa, porque no formato que ele preenche, se eu não me engano, não coloca a causa, é só pra colocar o óbito que teve naquela família, não coloca porque quê teve o óbito. Então muitas vezes eles não se envolve nisso, eles só lançam que teve o óbito, mas não a causa dele, por que essa causa a função é do médico de tá informando. Então, muitas vezes dá pra mim comparar números, agora a causa, às vezes, desses números eu não consigo comparar o agente com o médico.”

O cadastro nacional dos usuários do SUS pressupõe o levantamento de um conjunto mínimo de informações sobre a população, possuindo como base o domicílio e abrangendo todo o território nacional, cuja responsabilidade é dos municípios habilitados em alguma das condições de gestão do SUS. Esse cadastro foi instituído considerando-se a expansão do Cartão Nacional da Saúde a toda população brasileira, sendo este um sistema informatizado com o objetivo de facilitar o acesso do usuário aos serviços de saúde e tornar viável o planejamento, organização e acompanhamento dos serviços prestados a cada cidadão.

Na visão do entrevistado PS1, “[...] o cartão SUS foi criado não para conhecer a situação de saúde, mas para saber aonde a população tá andando, e até hoje não se efetivou, porque é uma coisa caríssima, que o município, se tiver de assumir, nenhum vai assumir. Cada lugar, cada unidade de saúde, ela deveria ter um computador.” Quanto à finalidade, ele acha “[...] fantástico pra questão de pactuação, pelo menos, e de controle da sua população, ele é fantástico. Agora, eu não vejo muito como efetivar o cartão SUS.”

O cartão SUS é uma das estratégias previstas de construção de uma Política de Informação e Informática em Saúde que conduza ao processo de informatização do trabalho de saúde, com o intuito de obter ganhos de eficiência e qualidade permitidos pela tecnologia, com geração automática dos registros eletrônicos, resultando em informações de maior confiabilidade para gestão, geração de conhecimento e controle social (MS, 2004, p.7).

Um dos fundamentos da proposta da Política de Informação e Informática é “[...] garantir, nas três esferas de governo, com definição de prazos, a compatibilização, interface e modernização dos sistemas de informação do SUS e o aperfeiçoamento da integração e articulação com os sistemas de dados de interesse para a saúde.” (MS, 2004, p.10).

O Pacto dos Indicadores da Atenção Básica, por sua vez, é um instrumento nacional de monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde, referentes à atenção básica, instituído pela Portaria GM/MS nº 3925/98. O pacto deve ser realizado entre os municípios e o estado.

O Pacto dos Indicadores da Atenção Básica tem sofrido mudanças ao longo dos anos, em um processo contínuo de aperfeiçoamento. Em 2002, a relação dos indicadores com metas pactuadas vinculou-se às áreas estratégicas da NOAS/SUS 01/02: Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Controle de Hipertensão, Controle do Diabetes, Controle da Tuberculose, Eliminação da Hanseníase e Saúde Bucal.

Alguns indicadores se relacionam à situação de saúde da população, como Número de Óbitos em menores de um ano, Taxa de mortalidade em mulheres por câncer de mama e Taxa de prevalência da hanseníase. Outros referem-se à resposta do sistema de saúde, por exemplo, Proporção de recém-nascidos de mães com 6 consultas ou mais no pré-natal e Média Anual de Consultas Médicas nas especialidades básicas por habitante. Há, ainda, aqueles que indicam a cobertura da atenção à saúde: Cobertura Vacinal em menores de um ano de idade e Razão entre exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 29 anos e a população feminina nesta faixa de idade.

O Pacto dos Indicadores é uma ferramenta muito útil ao processo de planejamento, controle e avaliação das ações de saúde, como pode ser observado pelas falas do PS1:

“Com relação à secretaria, eu acho que assim, a gente tem tentado trabalhar como responsável pela saúde da população, mas com todas as limitações que a gente tem, principalmente financeiras. Então tem que se criar critérios de atendimento, tem que se priorizar patologias de acordo com a nossa realidade. E eu acho que a gente tem tentado trabalhar com isso, tentando utilizar dados epidemiológicos, sabe, dos outros sistemas.”

“[...] desde o ano passado que a gente pegou a pactuação, a gente tem tentado discutir com as equipes, principalmente de PSF, porque são indicadores da Atenção Básica, as nossas metas e o porquê da gente não ter alcançado, e a partir daí o que a gente pode fazer pra melhorar. Esse ano a gente já tá com uma proposta pronta de revisão dos protocolos, porque cada programa: saúde da mulher, saúde da criança, saúde do idoso, hipertensão, diabetes, cada um é um programa do ministério. Cada um deles quase sempre tem um sistema de informação que te dá um dado.”

“Quando você pega um indicador e você sabe, você trabalha naquela ação, também, você não vê aquilo como um mero instrumento, você vê aquilo como o resultado de uma ação sua, ou do médico ou do enfermeiro. E aí você tem condições de estar discutindo isso com eles. Que tipo de ação que você pode fazer pra isso?”

Contudo, como o processo de pactuação ainda é recente, foram apontados diversos obstáculos à melhor implementação da ferramenta:

a) O estabelecimento do pacto acontece durante o período de sua vigência:

O Pacto dos Indicadores da Atenção Básica só faz sentido se for realizado antes do período de apuração dos resultados. Mas não é o que vinha acontecendo, a secretaria de saúde conseguiu pactuar metas de ações já desenvolvidas, cujo resultado era conhecido, conforme afirmação do entrevistado PS1:

“[...] a vacinação de idoso, quando a pactuação acontece a campanha de vacinação já aconteceu. Cê pactua em cima do seu resultado. Essa inclusive foi uma briga que eu tive esse ano no metropolitano, por que eles falavam comigo que eu não tinha alcançado a meta do ano passado da vacinação do idoso. Eu falei: gente eu não sou louca, eu pactuei em cima dum resultado de uma campanha. A campanha é em abril, a gente pactua em junho... Quer dizer, você pactua em cima de resultado, cê não tem como errar. Quer dizer, as coisas são lentas mesmo. Na verdade isso tudo é muito um treino. Porque senão ocê já tinha de tá com uma agenda em dezembro pronta. Mas na verdade tem alguns sistemas de informação que não te oferece dados antes de março. Dado concreto. Por exemplo, de internação. O que é internação daqui, eu tenho. Agora, o meu paciente que internou lá em Betim, Belo Horizonte, o sistema só me devolve isso, o DATASUS só põe isso na internet daí três meses, dois meses quando fecha o ano.”

Pela fala do referido entrevistado, percebe-se que o principal problema está relacionado com a morosidade de atualização da base de dados pelo Estado e Ministério da Saúde.

b) Diferença entre os indicadores calculados pelo município e pelo estado:

Quando é feita a pactuação, o estado já apresenta calculados todos os indicadores dos municípios, mas o entrevistado PS1 afirma que não batem com os calculados pelo próprio município, o que gera questionamentos:

“Que dado que ele tem? O dado que a gente manda, porque a gente que alimenta o sistema. Os dados tinham de bater, não tinham? Eles me passam uma portaria com a fórmula de cálculo para eu calcular este indicador, quer dizer, eu estou fazendo igualzinho a ele, não é? Se está tendo algum furo na fórmula de cálculo, procedimento usado, eu estou tendo o mesmo furo que eles, e os dados não batem.”

c) Ausência de parâmetros para fazer a pactuação:

Para o estabelecimento dos indicadores é necessário ter um parâmetro de meta viável ou desejável de se alcançar. Como o município ainda está aprendendo a conhecer a realidade de saúde da sua população, às vezes, não é possível fazer a pactuação adequadamente como indica a fala do PS1:

“[...] teve coisas que a gente não pactuou e colocou inclusive no ofício, encaminhando: não pactuamos porque não tínhamos parâmetros. Nem o próprio estado não tinha um parâmetro pra falar: isso é normal, dez é normal, cinco é normal. Nós não pactuamos, mas é melhor a gente não pactuar. Assim, pactuou em cima do resultado que a gente viu ali, então vamos fazer isso. Mas depois de 2001 a gente começou um exercício de tá tentando acompanhar, e pegar os próprios dados, porque antes, em 2001, a gente pegou os dados que o estado deu pra gente.”

d) Não possibilidade de pactuar uma situação pior do que a pactuada no exercício anterior:

O Ministério da Saúde parte do pressuposto que o desempenho do município deve ser sempre evolutivo, não permitindo a pactuação de uma situação pior do que a pactuada no exercício anterior, mesmo sabendo que a meta não poderá ser alcançada. Contudo, o Pacto de Indicadores da Atenção Básica está numa fase de aprendizagem e aperfeiçoamento e, portanto, era de se esperar uma maior flexibilidade quanto à determinação das metas a serem alcançadas. Os relatos do entrevistado PS1 ilustram possíveis motivos para maior flexibilização do sistema:

“[...] município nenhum ainda tinha habilidade com indicador, nem o próprio metropolitano. [...] Na época, um exemplo claro: mortalidade infantil. Eles tinham um dado lá e nós tínhamos outro dado aqui. Nós tínhamos um dado de ‘seis óbitos infantis’, eles tinham um dado de ‘quatro óbitos

infantis'. E aí, o que quê eles falaram pra gente: 'É claro que vocês vão usar o que está menor, é melhor pro município'. Realmente, é melhor mesmo, não é? Pusemos quatro. Meta: quatro. Não pensamos nas consequências disso. Só que depois nós confirmamos que realmente a gente tinha seis óbitos. Não sei porque o Estado não tinha esse dado ainda. E aí, quer dizer, a gente manteria porque a gente já tem uma média boa de óbito infantil, a gente manteria mais ou menos isso. Ano passado nós tivemos cinco óbitos, sendo que a nossa meta era quatro. E aí o que quê nós fizemos: mesmo tendo pactuado no ano passado quatro, a gente quis pactuar pra 2003, cinco. Porque a gente sabe que quatro é muito difícil da gente atingir. Porque hoje, nós já temos três óbitos infantis, nós tamo em julho. E aí a moça fez eu trocar o 'coiso', porque é um indicador decrescente e eu não podia pactuar acima do que eu pactuei ano passado."

"E é o que acontece, assim, quando ocê implanta o PSF, porque antes de você implantar o PSF você tem aquela população que chega só sob demanda espontânea, quando cê implanta o PSF ocê vai até a população e você começa a descobrir os casos, e então aquele caso crônico, que estava lá em casa, deitado, não vinha, por dificuldade mesmo de acesso, ocê descobriu, aí você já tá lançando, aí, parece que assim: Nossa! O município piorou! Não piorou, agora ele tem conhecimento da saúde da população."

e) Autonomia do município para estabelecer indicadores conforme a sua realidade:

De certa forma, o item anterior reflete a falta de autonomia dos municípios para pactuar metas condizentes com a sua realidade. Existe pressão tanto do Estado quanto do Ministério no estabelecimento das metas do município, como afirma o entrevistado PS1:

"Fiz um ofício ontem falando que a gente tava remandando a planilha de acordo com as alterações solicitadas por eles e que já sabíamos que não íamos atingir a meta no fim do ano. Porque aí quando o Ministério falar: 'Ah! Mas você não está atingindo!'; 'Não tô atingindo porque fui obrigada a pactuar uma coisa que eu sabia que era fora da realidade'. Então quer dizer, é uma coisa que cê tem gestão plena, você é responsável, cê pode fazer o que ocê quiser desde que, dentro do que eu queira (estado). E o Ministério também é assim."

Na visão do referido entrevistado, não há motivo para o Estado querer que seja pactuada uma meta diferente da estabelecida pelo município, a não ser por precisar fazer a pactuação dele. Mas, o mais importante é a definição do município porque é ele quem conhece os seus dados, a realidade de sua população.

Apesar dos conflitos existentes com o Estado e o Ministério da Saúde, o entrevistado PS1 acredita que a ação tem saldo positivo, pois:

"Eu acho que é válido. Porque senão muita coisa a gente deixa de fazer. Eu acho que gente tem de trabalhar sob pressão, mesmo, sabe? Eu acho que a gente pode ter mais flexibilidade. Eu acho que o Ministério poderia deixar a gente mais flexível por causa da nossa realidade. Mas, é... eu acho que ele precisa, pelo menos pra educar nós, profissionais da saúde, ele precisa de fazer isso, pra não ficar aquela coisa de servidor público: eu faço quando eu quero, eles fingem que me pagam e eu finjo que trabalho."

Além dos indicadores do Pacto da Atenção Básica, existem os indicadores da Programação Pactuada Integrada da Epidemiologia e diversos outros gerados pelos próprios sistemas de informação.

5 EVOLUÇÃO CONCEITUAL DO ORÇAMENTO PÚBLICO

Os movimentos de transformação do Estado e, mais especificamente, da administração pública, inevitavelmente, foram acompanhados por mudanças significativas na concepção do orçamento público. Conforme observa Burkhead (1971, p.38), “[...] não há dúvida de que um sistema orçamentário representa uma reforma administrativa das mais importantes.”

A compreensão do processo orçamentário e das suas instrumentalidades – planejamento e programação, gerência e administração, contabilidade e administração financeira, controle e avaliação – decorre da evolução da sua condição de instrumento político. Dessa maneira, a forma com que tais instrumentalidades vêm sendo praticadas, ao longo do tempo, depende da natureza do Estado, da estrutura institucional do setor público e da própria cultura administrativa local, que são decorrentes da dinâmica da História. (FREITAS, 2003, p.9).

A técnica orçamentária não se desenvolveu uniformemente em todos os países e nem entre as esferas de governo dentro dos países. Normalmente, as primeiras experiências aconteceram nos governos nacionais (BURKHEAD, 1971, p.3). Entretanto, respeitadas as especificidades de cada lugar, é possível identificar no processo histórico alguns marcos do desenvolvimento do orçamento público. Neste trabalho, são destacadas a origem dos sistemas orçamentários na Europa e a evolução das abordagens do orçamento público nos Estados Unidos, cujo arcabouço conceitual serviu como referência para as reformas orçamentárias implantadas aqui no Brasil.

5.1 Origem e Evolução Conceitual do Orçamento Público

Nos primeiros estágios evolutivos do orçamento público, a orientação predominante era a do controle político das atividades governamentais. Lino Silva (2002, p.26) menciona que a idéia de controle dos recursos públicos já era prevista pela legislação sancionada por Moisés 1300 anos A.C., mas muitos tratadistas consideram a outorgação da Carta Magna do rei João Sem Terra da Inglaterra, em 1215, como uma espécie de embrião do orçamento público (GIACOMONI, 2000, p.46).

O artigo 12 da referida Constituição Inglesa estabelecia restrições quanto à criação de tributos, os quais deveriam ser aprovados pelo Conselho Comum do Reino formado pelos

barões feudais e pelo clero. A luta inicial para o controle das finanças públicas, na verdade, estava relacionada com a imposição de limites na carga tributária. O controle sobre a despesa pública começou muito mais tarde e como subproduto da necessidade de proteger os contribuintes (BURKHEAD, 1971, p.4).

O controle representativo parlamentar nem sempre teve uma aceitação tranqüila, pois os monarcas tendiam a reagir estimulados pelo absolutismo, característico do período de passagem do feudalismo para o capitalismo, que dominava a coroa britânica (GIACOMONI, 2000, p.45). Contudo, foi nesse período, no âmbito da Revolução Comercial na Europa, que se criaram as pré-condições para as práticas orçamentárias - existência do excedente econômico, do Estado e da moeda (FREITAS, 2003, p.9).

As experiências mais consistentes em matéria orçamentária surgem após o fim do Estado Absolutista e expansão do Estado Liberal. Burkhead (1971, p.5) afirma que o orçamento, plenamente desenvolvido, passa a existir na Inglaterra somente por volta de 1822, com a clara exposição ao parlamento da fixação da receita e despesa e indicação do provável superávit ou déficit. Na França, apesar de esforços anteriores, foi após a Revolução Francesa (marco do Estado Liberal) que a Constituição consagrou o princípio da não cobrança de impostos sem o consentimento da nação (BURKHEAD, 1971, p.9).

A concepção do orçamento público tinha como fundamento a ideologia do Estado Liberal baseada em teóricos como Voltaire que concebia o governo como um mal necessário, por isso os poderes deviam limitar-se em fazer observar os direitos naturais (liberdade, propriedade e proteção das leis) e Montesquieu que propôs a divisão dos poderes (Legislativo, Executivo e Judiciário) como forma de conter a tendência natural do homem de abusar de qualquer parcela de poder que lhe fosse confiada (FREITAS, 2003, p.10). Assim, a função principal do orçamento era a de possibilitar aos órgãos de representação um controle político sobre o Executivo e a preocupação estava em manter o equilíbrio financeiro e evitar ao máximo a expansão dos gastos (GIACOMONI, 2000, p.64).

Ao lado do controle político, o controle no sentido contábil e financeiro tornava-se relevante, pois “[...] era preciso aperfeiçoar o orçamento para dotá-lo com informações úteis, especialmente de interesse do parlamento.” (GIACOMONI, 2000, p.65). Destaque também

foi dado ao aspecto jurídico, com a definição do orçamento como “lei que fixa a despesa e estima a receita”. (GIACOMONI, 2000, p.65).

Nessa fase, o aspecto econômico tinha posição secundária em decorrência da influência da teoria econômica que pregava a natureza automática e auto-regulável do mercado. “As finanças públicas caracterizavam-se por sua ‘neutralidade’: o equilíbrio financeiro impunha-se naturalmente e o volume do gasto público não chegava a pesar significativamente em termos econômicos.” (GIACOMONI, 2000, p.65).

Com a quebra da Bolsa de Nova York em 1929, assiste-se ao fim do Estado Liberal Clássico e da teoria econômica do mercado auto-regulável. Nesse contexto, surge a doutrina Keynesiana, segundo a qual o Estado deveria intervir na economia para acabar com a recessão e promover o desenvolvimento através de uma política de gastos públicos (FREITAS, 2003, p. 12). Assim, o orçamento público passa a ser utilizado sistematicamente como instrumento de política fiscal do governo (GIACOMONI, 2000, p.65).

A expansão das atividades estatais, por outro lado, incentivou o desenvolvimento e a ênfase de outras instrumentalidades do orçamento: gerência e administração, planejamento e programação. Giacomoni (2000, p.66) cita entre os idealizadores dessa nova concepção de orçamento público a Comissão de Economia e Eficiência do presidente Taft (1910-1912) dos Estados Unidos da América.

Segundo Burkhead (1971, p.38), o sistema orçamentário nos Estados Unidos desenvolveu-se quase um século após o da Europa, isso por causa da pouca importância das operações financeiras do governo em relação às operações da economia como um todo antes da Primeira Guerra Mundial. As pressões por reforma no sistema orçamentário ocorreram, inicialmente, nos municípios e estados por causa da expansão de suas atividades. No governo federal, a pressão tornou-se mais forte quando as despesas aumentaram em ritmo mais acelerado do que a expansão da atividade econômica, alternando déficits e superávits.

Além da dificuldade financeira, outros fatores que incentivaram a reforma orçamentária americana nas três esferas de governo foram as pressões das classes empresariais em face do aumento da carga tributária e o combate ao “caciquismo” político e à corrupção (BURKHEAD, 1971, p. 30).

A Comissão de Economia e Eficiência, durante dois anos, realizou diversos estudos nas áreas de orçamento, organização, pessoal, contabilidade e métodos e processos empresariais no governo. Em 1912, o presidente Taft encaminhou ao congresso relatório da comissão, no qual acentuava “[...] a importância de criação de um sistema orçamentário nacional, como instrumento de administração e controle do Executivo.” (BURKHEAD, 1971, p.25).

De acordo com Burkhead (1971, p.26), o orçamento era concebido pela comissão como “[...] um documento para ação por parte do Congresso, um instrumento de controle e de administração para o Chefe do Executivo e uma base para fazer funcionar os departamentos e os órgãos.” Portanto, ao lado do controle político, iniciava-se uma outra instrumentalidade: gerência e administração.

A reforma orçamentária na sua essência exigia que os orçamentos públicos deveriam constituir-se em instrumentos de administração, de forma que auxiliassem o Executivo nas várias etapas do processo administrativo: programação, execução e controle. A partir de suas características como documento de ‘antecipação’, o orçamento representaria a própria programação de trabalho do governo. (GIACOMONI, 2000, p.67).

O trabalho da Comissão de Economia e Eficiência estimulou o interesse dos estados e municípios pela reforma orçamentária. No governo federal, contudo, a proposta não foi aceita imediatamente e transformou-se em lei somente em 1921, com a denominação de “Lei de Orçamento e Contabilidade” (BURKHEAD, 1971, p.28). As reformas orçamentárias realizadas até a década de 20 focavam a melhor distribuição de competências do Legislativo e Executivo nas fases do processo orçamentário – elaboração, aprovação, execução e controle (GIACOMONI, 2000, p.50).

Apesar de a comissão acentuar a importância da técnica orçamentária de acordo com o tipo de trabalho a ser executado, pouco foi realizado no sentido prático até meados da década de 30, quando a Administração do Vale do *Tennessee* empreendeu uma completa classificação orçamentária segundo programas e realizações (BURKHEAD, 1971, p.176).

Após a Segunda Guerra Mundial, o governo federal americano proporcionou um crescente impulso ao orçamento de desempenho. Os aperfeiçoamentos na técnica orçamentária do governo federal fundamentaram os trabalhos da Primeira Comissão *Hoover* - Comissão de Organização do Setor Executivo do Governo – (1948) e, mais tarde, da Segunda Comissão

Hoover (1955), cujas recomendações estimularam novas tentativas na adoção do Orçamento de Desempenho (BURKHEAD, 1971, p.179).

O Orçamento de Desempenho foi caracterizado por Morgan (2002, p.98) como “[...] um termo que se aplica amplamente para um grande número de formatos de orçamento que tenta incorporar a **medição de resultados** como uma consideração importante na alocação de recursos orçamentários.”² (grifo do autor). Giacomoni (2000, p.50) destaca que o orçamento de desempenho representava “[...] a fórmula capaz de aproximar a técnica orçamentária do planejamento, instrumento gerencial que começava a ter ampla aceitação.”

A partir da experiência norte-americana obtida com a implantação do Orçamento de Desempenho, a Organização das Nações Unidas (ONU) sistematizou um conjunto de conceitos e disposições técnicas, o qual foi denominado Orçamento-Programa. A ênfase desse formato de orçamento residia na integração entre planejamento e orçamento. Nos anos 50 e 60, a ONU patrocinou a elaboração e divulgação de manuais e seminários com o intuito de difundir os novos conceitos em matéria orçamentária às equipes de orçamento dos países-membros por meio de seus organismos, inclusive a Comissão Econômica para a América Latina - CEPAL (GIACOMONI, 2000, p.156).

Giacomoni (2000, p.156) menciona que o modelo de Orçamento-Programa decorrente dos esforços iniciais da ONU não pode ser confundido com o Orçamento-Programa implantado por Robert MacNamara na Secretaria de Defesa e estendido pelo presidente Johnson dos Estados Unidos, em 1965, ao restante da administração federal civil com a denominação de *Planning, Programming and Budgeting System (PPBS)* - Sistema de Planejamento, Programação e Orçamento.

Wright (1974, p.49) coloca o Orçamento-Programa como um pré-requisito necessário para implantação de um Sistema Integrado de Planejamento, Programação e Orçamento. Para o autor, tal instrumento seria definido como:

[...] um orçamento que torna explícitas as metas e objetivos de uma sociedade e que torna possível comparações diretas das conseqüências econômicas dos meios alternativos de chegar àqueles

² “[...] a term that applies broadly to any number of budgeting formats that attempt to incorporate the **measurement of results** as an important consideration in the allocation of budget resources.”

objetivos. Ademais, tem-se um orçamento que informa o consumidor da natureza, qualidade e volume de bens oferecidos e o seu custo completo, por item e por total.

A característica principal do PPBS foi tentar ligar planejamento com orçamento. Como afirma Morgan (2002, p. 83), os “[...] planos e planejamentos são a essência do orçamento-programa.” Se não existir “[...] um **plano concreto que relacione despesas dos programas a um conjunto de objetivos**, os quais **sucessivamente são conectados às metas**, um verdadeiro orçamento-programa não existe.”³ (grifos do autor).

A distinção entre Orçamento de Desempenho e Orçamento-Programa é apresentada por Burkhead (1971, p.183). No seu entendimento, o primeiro serve para fins administrativos, tanto para o nível de departamento quanto pelas suas divisões responsáveis pelo desempenho, a ênfase reside nos custos e realizações das atividades e o desempenho deve ser baseado no registro de realizações passadas. O segundo, por sua vez, é útil para a revisão ou tomada de decisão no nível departamental ou superior, sendo que os programas representam projeções futuras para as políticas econômicas e sociais de um governo e os seus custos são apresentados em termos gerais ou determinados pela soma dos custos das unidades de desempenho.

A trajetória evolutiva do orçamento público evidencia que em cada momento histórico foi enfatizada uma de suas funções ou instrumentalidades: controle, gerência ou planejamento. Segundo Giacomoni (2000, p.155), apesar das ênfases diferentes, geralmente, uma técnica ou modelo orientador não é substituído integralmente pelo mais atual, parte das novas recomendações acaba convivendo com disposições antigas e mais resistentes.

Schick (1966, p.245) já dizia que “[...] todo sistema orçamentário contém características de planejamento, administração e controle.”⁴ Para ele, a questão principal é o balanceamento entre as três funções que, por sua vez, é alterado em toda reforma orçamentária. Partindo desse esquema analítico, o autor caracteriza cada estágio da reforma orçamentária nos Estados Unidos:

³ *"Plans and planning are the essence of program budgeting. [...] a **concrete plan that connects program expenditures to a set of objectives**, which **in turn are connected to goals**, a true program budget does not exist."*

⁴ *"[...] every budget system contains planning, management, and control features."*

No estágio inicial, a ênfase principal era no controle central da despesa e o orçamento era utilizado para proteção contra abusos administrativos. O detalhamento da classificação dos objetos de despesas era o principal mecanismo de controle. O segundo estágio era orientado para administração. Estava preocupado com o desempenho eficiente do trabalho e das atividades estabelecidas. O orçamento de desempenho, oficialmente introduzido pela Comissão *Hoover*, foi a principal contribuição da orientação administrativa. O terceiro estágio está refletido na orientação para planejamento do novo sistema PPB.⁵

Nos últimos tempos, parece estar havendo novamente uma alteração na importância das funções do orçamento. Para combater a crise das últimas décadas, os países estão passando por um período de ajustamento e os gastos públicos estão no centro desses esforços. “Tem-se aí que o papel mais saliente a ser cumprido pelo orçamento público seria como instrumento de controle, não do tipo político ou administrativo, mas econômico.” (GIACOMONI, 2000, p.69).

Kelly e Wanna (2001, p.63) afirmam que o esforço para mudar os objetivos e a cultura das programações orçamentárias do governo é uma das forças motrizes da agenda da *New Public Management*, cujo surgimento é marcado pelo começo de uma era que enfatizava a restrição e a retidão fiscal.

Os argumentos para a mudança estão relacionados com o fato de o orçamento tradicional ter contribuído para o aumento das despesas do governo ao enfatizar o planejamento e sua dependência ao incrementalismo da despesa na tomada de decisão. Também, pelos sistemas de gestão financeira, baseados no controle, terem sido projetados para garantir a probidade das despesas e assim, diversas vezes, impedirem a busca de economia, eficiência e efetividade na prestação de serviços (KELLY; WANNA, 2001, p.63).

Em um estudo sobre orçamento e gestão dos países da OCDE (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico), são listados três objetivos para a definição dos sistemas de gestão pública (gasto público) que estão ganhando ampla aceitação dentro do contexto de focalização dos sistemas de orçamento e gestão para a obtenção de resultados. São eles:

⁵ *In the initial stage, the primary emphasis was on central control of spending and the budget utilized to guard against administrative abuses. The detailed classification of objects of expenditure was the main control mechanism. The second stage was management-oriented. It was concerned with the efficient performance of work and prescribed activities. The performance budget, officially introduced by the Hoover Commission, was the major contribution of the management orientation. The third stage is reflected in the planning orientation of the new PPB system.*

- implantar e manter a disciplina fiscal agregada (isto é, garantir que o governo não gaste, de modo geral, mais do que o necessário para atingir seus objetivos políticos coletivos);
- alocar recursos de acordo com as prioridades governamentais (ou seja, gastar naquilo que é considerado politicamente mais importante – eficiência alocativa); e
- promover eficiência no uso dos recursos orçamentários para executar programas e serviços (ou seja, encorajar a eficiência técnica). (PUMA/OCDE, 2002, p.7).

5.2 Evolução Conceitual do Orçamento Público no Brasil

Assim como nos demais países, o orçamento público no Brasil orientou-se, inicialmente, pela função controle. Ainda no período colonial, as idéias do liberalismo econômico inspiraram movimentos separatistas no Brasil, como a Inconfidência Mineira, em 1789, baseada na contrariedade dos colonos em face das disposições tributárias emanadas pela metrópole (FREITAS, 2003, p.12).

Entretanto, foi a partir de 1808, com a vinda de D. João VI, que o Brasil iniciou o processo de organização de suas finanças com a criação do Erário Público (Tesouro) e o regime de contabilidade em decorrência da necessidade de maior disciplina na cobrança de tributos com a abertura dos portos (GIACOMONI, 2000, p.52).

As primeiras exigências no sentido de elaboração de orçamentos formais aparecem na Constituição Imperial de 1824. Alguns autores consideram a Lei de 14/12/1827 como a primeira lei de orçamento do Brasil. Para outros tratadistas, as dificuldades de comunicação, os deficientes mecanismos arrecadadores em relação às províncias e certos conflitos com normas legais frustraram a lei orçamentária de 1827 e o primeiro orçamento brasileiro teria sido aquele aprovado pelo Decreto Legislativo de 15/12/1830 (GIACOMONI, 2000, p.52).

As constituições de 1834 e 1891 trataram basicamente da melhor distribuição de competências do Legislativo e Executivo nas fases do processo orçamentário – elaboração, aprovação, execução e controle.

Até as primeiras décadas do século XX, não foram apresentadas grandes novidades na questão da organização das finanças públicas no país. O período era caracterizado por não haver exigências de grande atuação do setor público, pois a economia brasileira era

tipicamente agroexportadora e a industrialização e a urbanização eram fenômenos tímidos (GIACOMONI, 2000, p.53).

Durante esse período, o orçamento não sofreu evolução técnica notável. A ênfase na função controle orientava a apresentação das despesas segundo dois critérios: por ministérios com suas decomposições em unidades organizacionais e objetos de despesas.

Em 1922, a aprovação do Código de Contabilidade da União e seu regulamento constituíram conquista técnica importante, “[...] pois possibilitou ordenar toda a gama imensa de procedimentos orçamentários, financeiros, contábeis, patrimoniais etc., que já caracterizavam a gestão em âmbito federal.” (GIACOMONI, 2000, p.54).

Contudo, foi com a Revolução de 30 e o início da era Vargas que o orçamento público passou a merecer maiores cuidados e atenções (GIACOMONI, 2000, p.60). É importante lembrar que, nessa época, iniciou-se a política desenvolvimentista do Estado com a crescente intervenção planejada na economia para tornar o país mais urbano e industrial e, concomitantemente, as primeiras tentativas de introdução dos princípios burocráticos da administração pública. Com a atuação do Departamento Administrativo do Setor Público - DASP, “[...] foi instituída a função orçamentária enquanto atividade formal e permanentemente vinculada ao planejamento.” (MARE, 1995, p.18).

A instituição da função orçamentária também foi percebida por Nogueira (1997a, p.9) como um dos avanços administrativos alcançados pela atuação do DASP, mas o autor não fala da vinculação com o planejamento. Core (2001, p.19) ressalta que as experiências verificadas em relação ao planejamento, até 1964, tiveram como característica a desvinculação com o processo orçamentário e a ausência de considerações macroeconômicas. Os recursos destinados a alguns planos para gastos específicos ou planos setoriais e regionais não integravam, na sua totalidade, o orçamento.

Apesar da desvinculação do orçamento, nesse período, foram despendidos esforços para se chegar a uma abordagem da despesa por funções. O Decreto-lei 23.150/33 determinou a adoção de um novo critério de classificação da despesa que compreendia sete títulos (Dívida Pública, Administração Geral, Segurança do Estado, Assistência Social, Instrução Pública, Administração Financeira e Diversos) (GIACOMONI, 2000, p.60).

Contudo, a classificação funcional só foi consagrada definitivamente com a 1ª e 2ª Conferência de Técnicos em Contabilidade Pública e Assuntos Fazendários ocorridas, respectivamente, em 1939 e 1940. O Decreto-lei nº 1804/39, produto da 1ª conferência, estabeleceu uma classificação com 10 serviços, cada um subdividido em 10 subserviços. O Decreto-lei nº 2.416/40, gerado pela 2ª conferência, manteve a mesma classificação (GIACOMONI, 2000, p.60).

O objetivo principal perseguido pelas conferências foi o da organização das finanças estaduais e municipais, motivada por iniciativas voltadas à padronização do orçamento como consequência natural da centralização político-administrativa resultante da Revolução de 30 (GIACOMONI, 2000, p.57).

As novas classificações, todavia, não mudaram as características do sistema orçamentário enquanto instrumento jurídico, contábil e de controle político. “Os administradores do Decreto-lei nº 2.416/40 não deram ênfase suficiente à noção de ‘serviço’ como uma função, ou um programa de trabalho.” Faltava uma teoria e uma mentalidade voltadas para a programação que incentivasse a mudança na prática orçamentária de Municípios e Estados (MACHADO JR., 1967, p.148).

Nos anos 50, foram realizados diversos estudos que visavam a revisar as normas financeiras (orçamento e contabilidade) seguidas pela União, com destaque para (1) o anteprojeto de revisão do Decreto-lei nº 2.416/40, oriundo da 3ª Conferência de Técnicos em Contabilidade Pública e Assuntos Fazendários realizada em 1949, (2) o anteprojeto elaborado pela Fundação Getúlio Vargas (1956), solicitado pela Câmara dos Deputados, que tratava do ciclo orçamentário da União e (3) o anteprojeto de Lei apresentado, em 1961, pela Comissão de Estudos e Projetos Administrativos - CEPA, resultante da revisão e fusão dos dois primeiros trabalhos e que dispunha sobre elaboração, execução e controle do orçamento da União, exclusivamente (GIACOMONI, 2000, p.58).

A Lei nº 4.320/64 surgiu como um produto resultante da colaboração daqueles estudos e de inúmeros especialistas de diversos estados e da incorporação de disposições dos manuais das Nações Unidas, especialmente a classificação econômica das transações (GIACOMONI, 2000, p.58).

A Lei 4.320/64 estatuiu normas gerais de direito financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. De acordo com Core (2001, p.18), com essa lei, “[...] a administração orçamentária brasileira experimentou reforma significativa, quando passou a predominar um processo orçamentário orientado para a gerência da despesa pública.”

O orçamento, até então, era um orçamento analítico (no sentido de discriminar os objetos de despesas em seus pormenores), estava intimamente ligado ao controle jurídico, financeiro e contábil e tinha como escopo principal a prestação de contas (CORE, 2001, p.18).

Core (2001, p.19) afirma que, com o advento da Lei nº 4.320/64, o orçamento deixa de ser analítico e passa a ser sintético (o gasto discriminado apenas até elemento de despesa), a receita e a despesa são estruturadas de forma que evidencie a política econômico-financeira do governo e as ações explicitadas conforme um programa de trabalho contendo as funções, atividades e projetos, além de existir a preocupação de o orçamento conter todas as despesas de governo.

Utilizando-se da classificação de Schick (1966, p. 245), mencionada anteriormente, Core (2001, p.20) enquadra o orçamento da Lei nº 4.320/64 como um orçamento funcional ou de desempenho com forte preocupação quanto à eficiência e eficácia na realização das atividades constantes do seu programa de trabalho e conferindo, para tanto, autonomia administrativa e financeira às entidades descentralizadas.

A legislação, também, inovou ao exigir previsões plurianuais de investimentos, essencial para evitar a descontinuidade de obras e serviços públicos, e uma contabilidade especial para a determinação de custos, ingressos e resultados dos serviços públicos comerciais e industriais realizados pela administração central.

O processo de elaboração da Lei nº 4.320/64 foi contemporâneo das reformas orçamentárias em outros países, especialmente, em relação ao movimento nos Estados Unidos que marcou o advento do orçamento-programa. Por isso, o seu texto acabou incorporando algumas terminologias com uma orientação mais para planejamento do que para gerência, levando à

interpretação de que a lei foi indutora do orçamento-programa na administração pública brasileira (CORE, 2001, p.20).

Machado Jr. (1967, p.150) já salientava que, apesar de a Lei nº 4.320/64 referir-se a programas em inúmeros de seus dispositivos, não deve ser entendida como a norma que “[...] estabeleceu as bases para implantação do orçamento-programa nas três esferas do Governo no Brasil.” Por outro lado, também era da opinião que a lei não apresentava qualquer impedimento contra a introdução desta nova concepção de orçamento em qualquer nível de governo ou entidade pública.

Na verdade, tentativas de implantação de um orçamento-programa aconteceram independentemente da Lei nº 4.320/64, como as experiências reformistas, no início dos anos 60, do Rio Grande do Sul, Guanabara e Brasília, estimuladas pela difusão dos novos conceitos pela ONU em seus manuais e diversos cursos e treinamentos de pessoal patrocinados pelas organizações internacionais (CORE, 2001, p.21).

O orçamento-programa foi definido como forma básica de apresentação do orçamento público pelo Decreto-lei nº 200/67, considerado marco da primeira reforma gerencial da administração pública. Estabeleceu-se o orçamento-programa anual como um instrumento de planejamento (um dos princípios de orientação da administração federal), buscando discriminar as despesas públicas por objetivos, ou seja, de acordo com os seus fins.

Assim como alguns estados brasileiros, a União, em 1967, antes mesmo das orientações do Decreto-lei nº 200/67, passou a adotar a classificação funcional-programática da despesa nas suas leis orçamentárias, por meio da adoção de funções, programas e subprogramas, sendo estes últimos subdivididos em projetos e atividades (GIACOMONI, 2000, p.62).

Tomando-se por base a experiência na área federal, o Ministério do Planejamento e Coordenação Geral publicou a portaria nº 9/74 ampliando a utilização da classificação funcional-programática para estados e municípios. O objetivo era a padronização das classificações programáticas que vinham sendo utilizadas pelos outros entes federativos e a introdução dos conceitos de projetos e atividades (CORE, 2001, p.22). Esse fato possibilitou “[...] à norma orçamentária brasileira grande salto qualitativo na trajetória que visava à ampliação do Orçamento-Programa.” (GIACOMONI, 2000, p.62).

5.2.1 O Sistema de Planejamento e Orçamento pós Constituição Federal de 1988

A orientação para planejamento, já iniciada na década de 60 pelas experiências de alguns estados e pelos avanços posteriores da União, foi reforçada pela Constituição Federal de 1988.

A Lei Magna de 1988 apresentou substanciais alterações no tocante à concepção da matéria orçamentária, introduzindo “[...] o que se pode chamar de um processo integrado de alocação de recursos, compreendendo as atividades de planejamento e orçamento” (CORE, 2001, p. 4), baseando-se, para isso, em três instrumentos principais: Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA) que, de acordo com o art. 165, são estabelecidos por iniciativa do poder executivo.

5.2.1.1 Plano Plurianual (PPA)

O PPA é um plano operacional de médio prazo, quadrienal, no qual são definidas as metas e prioridades da administração pública por regiões e os programas que viabilizarão as diretrizes estratégicas. Conforme Giacomoni (2000, p.202), o PPA constitui-se na síntese dos esforços de planejamento de toda a administração pública e orienta a elaboração dos demais planos e programas de governo, assim como o orçamento anual.

A lei que instituir o PPA estabelecerá diretrizes, objetivos e metas da administração pública por regiões, para as despesas de capital e outras delas decorrentes, bem como aquelas relativas aos programas de duração continuada (art. 165, § 1º da CF/88).

A vigência do PPA tem início no segundo exercício financeiro do mandato de cada executivo e termina ao final do primeiro ano do mandato subsequente (art. 35, § 2º, inciso I do ADCT). Essa defasagem de um ano possibilita que o novo governo dê continuidade ao trabalho ainda não acabado do governo anterior, ao passo que cuida da discussão final e da aprovação do seu próprio plano. Dessa forma, é evitado um trabalho desordenado entre as administrações, pois existe um plano a ser obedecido, plano este que, normalmente, possui os grandes e permanentes objetivos de cada ente da federação.

O PPA não é imutável no seu período de vigência, podendo ser alterado por meio de lei específica, desde que sejam seguidos os mesmos procedimentos para criação da lei que institui o PPA.

O art. 165, § 9º da Constituição Federal de 1988, prevê a criação de lei complementar que disporá sobre o exercício financeiro, a vigência, os prazos, a elaboração e a organização do plano plurianual, da lei de diretrizes orçamentárias e da lei orçamentária anual.

Tal lei complementar ainda não foi criada e, por isso, existem diversas questões difíceis de serem respondidas em relação ao PPA, como: Em que bases deve se dar a regionalização? O que seriam despesas decorrentes das despesas de capital? Como definir programas de duração continuada? (GIACOMONI, 2000, p.203).

Em relação à regionalização, Giacomoni (2000, p.203) tem opinião que os desafios são maiores para os municípios porque não se sabe se é possível distribuir, de maneira destacada, as programações e metas do plano e acha provável que apenas os municípios de maior porte, com experiência em zoneamento e em administração descentralizada, podem realizar, vantajosamente, a regionalização do PPA.

Analisando o PPA 2002/2005 do município de Brumadinho, verifica-se a não especificação dos programas por regiões. Quando indagada se o PPA era apresentado de forma regionalizada, a entrevistada GOF2 respondeu:

“Não, porque o município é muito grande, então não dá pra você atender região por região. A gente não faz esse tipo de separação do PPA. Vamos supor, lá, ‘asfaltamento’. Então você já especifica em quais as localidades, mas sem definir, não faz PPA por região do município não.”

Uma das grandes dificuldades de implementação das políticas públicas de saúde no município é a grande extensão territorial com baixa densidade populacional em diversas regiões. Dessa forma, "o município ser muito grande" deveria servir como incentivo para a regionalização do PPA e não o contrário.

Giacomoni (2000, p.203) também apresenta dúvidas quanto à forma de regionalização do PPA: única ou diferenciada de acordo com as funções do governo?

Um argumento a favor da regionalização por função de governo em âmbito municipal seria o fato de os avanços na descentralização das diversas políticas públicas não estarem acontecendo homogeneamente ao longo do tempo. Algumas políticas estão mais bem

estabelecidas, como é o caso da saúde, e permitem pensar as suas respectivas ações de forma mais estruturada, inclusive em termos espaciais.

Em Brumadinho, a adoção do Programa da Saúde da Família (PSF) e do Programa dos Agentes Comunitários da Saúde (PACS) requereu a divisão do município em áreas de abrangência para delimitar a responsabilidade de cada uma das equipes. A divisão do território nem sempre coincide com a definição de áreas administrativas do município, sobretudo por causa da limitação do número de pessoas a serem atendidas por cada equipe.

A regionalização diferenciada também se mostra mais adequada porque as estruturas de prestação de serviços das diversas funções podem não estar situadas em um mesmo espaço físico ou a mudança de estratégia de atendimento de uma função não, necessariamente, pode ser adequada para outra. O relato do entrevistado PS1 sobre a flexibilidade necessária na divisão do território no âmbito do PSF reforça esse entendimento:

“Esse ano a gente já tem feito algumas mudanças nisso, por questões de acesso, Brumadinho cê sabe que é um município muito extenso, tem um problema gravíssimo de transporte aqui dentro, transporte coletivo. Então a gente tem tentado readequar essas áreas e o próprio PSF, se a gente for ler e estudar PSF, ele já preconiza isso, que tem de ser, essa territorialização, ela tem que ser flexível, porque num dado momento cê pode abrir uma outra estrada ali que vai facilitar ocê transferir aquela população pra cá em vez dela ser atendida, cê tem um limite de famílias e de pessoas que podem ser atendidas por uma equipe, aí sim cê tem que respeitar. É um patamar de 4.500.”

Quanto à abrangência do PPA, as despesas de capital, ocupam lugar central. A essa categoria econômica da despesa estão relacionados os investimentos, inversões financeiras e transferências para realização de despesa de capital por outros entes. O art. 167, § 1º, inciso XI da Constituição Federal de 1988, determina que pelo menos os investimentos cuja execução ultrapasse um exercício financeiro deverão ser incluídos no PPA, ou em lei que autorize a inclusão. Além disso, a novidade é a obrigação das despesas decorrentes da despesa de capital integrarem o PPA, ou seja, aquelas relacionadas com a operação e manutenção do investimento (GIACOMONI, 2000, p.204).

O PPA também deverá abranger os programas de duração continuada. A maioria das ações governamentais insere-se em programas de duração continuada, com exceção dos projetos que têm prazos de início e de conclusão. Assim tanto as ações relacionadas às funções

administrativas e de apoio quanto à geração de benefícios à população na forma de bens ou serviços devem constar no PPA.

Na área federal, durante o governo Fernando Henrique Cardoso, vigorou uma interpretação mais restrita, “[...] associando-se a programas de duração continuada apenas as ações de natureza finalística, ou seja, a prestação de serviços à comunidade.” (GIACOMONI, 2000, p.204). No PPA 2004/2007, as ações ligadas às funções administrativas e de apoio também foram contempladas, como exemplos podem ser citados os programas Compras Governamentais e Desenvolvimento de Competências em Gestão Pública. Além disso, a atividade Gestão e Administração do Programa é um dos componentes dos diversos programas de governo.

O art. 1º da Lei nº 1.242/01, a qual dispõe sobre o Plano Plurianual 2002/2005 do município de Brumadinho, define como abrangência do plano “[...] os programas com seus respectivos objetivos e metas da administração pública municipal para as despesas de capital e outras delas decorrentes e para relativas aos programas de duração continuada.”

A interpretação do termo “programas de duração continuada” é ampla. Encontram-se inseridos no PPA do governo de Brumadinho/MG programas de áreas tipicamente “meios”, como Gabinete do Prefeito, Procuradoria Jurídica, Secretaria Municipal de Administração e Finanças. Em relação a algumas áreas tipicamente “fins”, como Secretaria Municipal de Esporte, Lazer, Turismo e Cultura e Secretaria Municipal do Meio Ambiente, as atividades administrativas foram colocadas explicitamente dentro das suas ações.

O PPA 2002/2005 apresenta quatro programas relacionados à função saúde, os quais são divididos em várias ações (projetos/atividades) com responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social. São eles:

Programa: Atendimento Básico da Saúde
Ações:
Aquisição de Equipamentos e Móveis
Manutenção e Conservação das Unidades de Saúde
Participação do Consórcio Intermunicipal de Saúde
Reforma de Unidades de Saúde
Construção e Ampliação de Unidades de Saúde
Aquisição de Veículos para a Saúde
Equipamento Médico Odontológico
Manutenção da Farmácia Básica (Medicamentos)
Interiorização gradativa do atendimento médico de 24 horas

Programa: Vigilância Sanitária
Ações:
Construção e Manutenção do Matadouro Municipal
Atividades de Vigilância Sanitária
Ações de Combate e Controle da Dengue
Participação no Programa de Epidemiologia

Programa: Saúde é Vida
Ações:
Manutenção do Sistema de Abastecimento de Água
Criação e Implementação de Órgão Gestor dos Sistemas de Água e Esgotamento Sanitário
Construção/Ampliação do Sistema de Abastecimento de Água (Distrito do Município)
Manutenção do Sistema de Redes de Esgoto
Ampliação do Sistema de Esgotamento Sanitário
Implantação do Sistema de Coleta e Transmissão de Esgotos com Prioridade para a Canalização do Córrego do Bananeiro

Programa: Saúde da Família
Ações:
Implementação das Ações de Saúde da Família
Capacitação de Recursos Humanos em Atenção Básica
Estudos e Pesquisas sobre a Saúde Bucal

As “outras despesas decorrentes das despesas de capital” nem sempre foram formalmente reconhecidas dentro do PPA, não existindo, às vezes, uma ação de operação e manutenção relacionada com determinados investimentos. Por exemplo: Aquisição de Veículos para a Saúde e Equipamentos Médico Odontológicos do Programa Assistência Básica da Saúde e Criação e Implementação de órgão gestor dos sistemas de água e esgoto sanitário do Programa Saúde é Vida.

O PPA do município de Brumadinho apresenta uma estimativa de receita para o quadriênio 2002/2005 de R\$ 80.277.000,00. A soma de todos os valores necessários para a realização dos programas previstos de todos os órgãos é de R\$ 7.382.700,00, o que corresponde a 9,20% da previsão dos recursos orçamentários para os quatro anos.

Em dezembro de 2002, foi editada a Lei 1.330/2002 para alteração do Anexo II do Plano Plurianual 2002/2005 que contém os programas, os objetivos e as ações orçamentárias de cada órgão do município. O valor da estimativa da despesa aumentou de R\$ 7.382.700,00 para R\$ 27.047.600,00, passando a representar 33,69% da receita prevista para o quadriênio.

Os baixos percentuais indicam ou uma previsão irreal da receita, o que parece menos provável porque, no exercício de 2002, o município apresentou excesso de arrecadação, ou a falta de adequação na definição dos programas a serem executados por cada órgão e/ou dos recursos necessários para a sua execução. A fala da entrevistada GOF2 vem ao encontro da segunda alternativa:

“[...] a gente deixa isso para os secretários abrirem esse orçamento pra ficar cada vez mais claro. Eu, na medida que eu vou acompanhando a evolução a cada ano, a tendência é especificarem mais programas, mais projetos/atividades pra deixar mais claro a utilização do recurso orçamentário. Por exemplo, na área de meio ambiente, por exemplo, programa de arborização municipal é um programa que não tinha no orçamento de 2002, já tem no orçamento em 2003. Não porque você não fazia esse tipo de serviço, mas pra deixar mais claro quanto de recurso você está utilizando nessa parte aí. Então, no caso, cada secretário vai vendo a necessidade de deixar mais claro o seu orçamento. Então, a gente vai adequando o orçamento de acordo com essas metas, essas prioridades que eles passam pra gente. Por exemplo, na área de obras, então, o secretário especifica lá: ‘asfaltamento de vias públicas’; mas ele pode separar por região, por exemplo, ‘asfaltamento da rua tal’. Ele pode criar um projeto atividade só pra aquilo e especificar o valor, porque até para o munícipe fica mais fácil de acompanhar quanto que vai ser direcionado para aquela obra, quanto vai ser destinado pra tal atividade. Eu acho que, quanto mais analítico ele for, melhor para entendimento, mas a gente deixa a critério do secretário, mesmo.”

5.2.1.2 Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO)

A Lei de Diretrizes Orçamentárias é o instrumento que condiciona a ligação entre o plano de médio prazo expresso no PPA e os planos operacionais de curto prazo abrangidos pelas LOA's de cada ano, pois nelas estão traduzidas as diretrizes traçadas no PPA em metas e prioridades para cada exercício financeiro. De acordo com o parágrafo 2º do art. 165 da CF/88:

A lei de diretrizes orçamentárias compreenderá as metas e prioridades da administração pública federal, incluindo as despesas de capital para o exercício financeiro subsequente, orientará a elaboração da lei orçamentária anual, disporá sobre as alterações na legislação tributária e estabelecerá a política de aplicação das agências financeiras oficiais de fomento.

A GOF2 considera como funções mais importantes da LDO a definição de metas para elaboração da LOA e a definição dos parâmetros para a construção da peça orçamentária:

“[...] eu vejo como um direcionador pra gente fazer o orçamento. É de lá que eu vou tirar as bases pra mim construir um orçamento, então por exemplo, na nossa Lei de Diretrizes Orçamentárias, a gente especificou, por secretaria, quais são as metas. Aí, nós já colocamos também, novamente, atividades e projetos condizentes com o que já está no PPA para 2004, estabelecendo-se, por exemplo, parâmetros para se fazer o orçamento também; percentual de créditos de suplementação; se eu for utilizar excesso de arrecadação, como que eu devo proceder; qual minha inscrição de restos a pagar [...], prazos de apresentação da lei orçamentária, prazos para aprovação.”

Conforme o art. 1º da Lei 1.187/2001, a LDO para o exercício de 2002 do Município de Brumadinho estabelece:

- I. as prioridades e metas da administração pública municipal;
- II. a estrutura e organização do orçamento;
- III. as diretrizes para elaboração e execução do orçamento do Município e suas alterações;
- IV. as disposições relativas às despesas do Município com pessoal e encargos sociais;
- V. as disposições sobre alterações na legislação tributária do Município;
- VI. as disposições gerais.

As metas e as prioridades definidas para a Secretaria de Saúde e Assistência Social relativas à função saúde⁶ para o exercício de 2002 foram as apresentadas no Anexo I de Metas e Prioridades que integra a LDO. São elas:

⁶ O programa 07.01.14 não foi discriminado porque se relaciona, exclusivamente, com a função Assistência Social.

ÓRGÃO/PROGRAMA	OBJETIVOS E METAS
07 – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL	
07.01.01 – Ampliação e Reforma das Unidades Básicas de Saúde Existentes	<ul style="list-style-type: none"> • Modernizar os prédios no sentido de oferecer condições para instalação de novos equipamentos visando melhorar e ampliar a capacidade de atendimento;
07.01.02 – Ampliação da Frota de Veículos	<ul style="list-style-type: none"> • Dotar os serviços municipais de saúde de viaturas equipadas destinadas ao atendimento médico de urgência ou de natureza eventual.
07.01.03 – Aquisição de Equipamentos Ambulatoriais	<ul style="list-style-type: none"> • Oferecer às equipes médicas melhores condições de trabalho com a aquisição de aparelhos e equipamentos médicos, cirúrgicos e de enfermagem.
07.01.04 – Aquisição de Móveis e Utensílios	<ul style="list-style-type: none"> • Aquisição de mobiliário necessário às instalações de novas unidades bem como melhorar as instalações das unidades já existentes com o objetivo de racionalizar os serviços administrativos.
07.01.05 – Implantar Sistema de Avaliação e Controle dos Serviços de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Controlar de forma mais eficiente a prestação de serviços, tanto da rede pública quanto da rede privada prestadora de serviços contratados, visando maior eficiência e agilidade do sistema.
07.01.06 – Reorganização do PSF com Redimensionamento da Operacionalização	<ul style="list-style-type: none"> • Redistribuição geográfica do atendimento das equipes de modo a ampliar o atendimento ao nível de núcleos populacionais.
07.01.07 – Formação Profissional na Área de Saúde Pública	<ul style="list-style-type: none"> • Promover com a participação dos profissionais locais cursos para a formação de auxiliares de enfermagem em face da própria expansão dos serviços e padrões satisfatórios de atendimento, com realização de concursos públicos para a área da saúde.
07.01.08 – Implementação das Rotinas de Vigilância Sanitária e Combate a Epidemias	<ul style="list-style-type: none"> • Dotar o setor de equipamentos necessários ao desempenho das suas atividades visando a melhoria das condições de saúde pública, do atendimento ao público, com especial atenção a soluções por ele demandadas junto à administração. • Desenvolver ações para a apreensão e captura de animais nas vias públicas, em especial nas zonas urbanas da Sede do Município; • Implantação das ações da fiscalização sanitária.
07.01.09 – Modernização e Especialização Hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar e cooperar, através de convênios e consórcios, a modernização e especialização do hospital visando a melhoria da qualidade de atendimento, com aquisição de equipamentos e ampliação física.
07.01.10 – Atendimento Especializado Para Deficientes Físicos, Sensoriais ou Mentais	<ul style="list-style-type: none"> • Manter, de forma integrada com a Assistência Social, programas de atendimento especializado para os portadores de deficiência física, sensorial ou mental, objetivando sua integração à sociedade, propiciando-lhes condições de trabalho e subsistência, com especial apoio à APAE em suas atividades.
07.01.11 – Implantar Programas de Atendimento Infantil	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver programas de assistência à infância através de ambulatorios específicos de pediatria.
07.01.12 – Implantação de Ambulatórios Especializados	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar sistema extra-hospitalar para tratamento de doentes mentais por psicose, alcoolismo e drogados, através de convênios com entidades especializadas situadas no Município ou fora dele. Garantir ao idoso assistência médica, psicológica e social através de programas integrados com a Assistência Social.
07.01.13 – Implementar Programas de Saúde Ocular Através de Convênios	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver junto aos estabelecimentos escolares da rede pública e Associações Comunitárias programas de assistência oftalmológica no sentido de tratar ou corrigir os defeitos da visão.
07.01.15 – Implantação do Banco de Sangue	<ul style="list-style-type: none"> • Implementação do serviço Municipal de cadastramento de doadores e coleta de sangue.

Comparando a LDO com o PPA, é possível perceber a falta de consistência nas classificações utilizadas: o que é considerado ações (projetos/atividades) no PPA é chamado de programas na LDO. Sete dos quatorze programas da LDO ainda não obedecem a mesma nomenclatura das ações do PPA, por exemplo: o Programa 07.01.01 – Ampliação e Reforma das Unidades Básicas de Saúde Existentes tem relação com duas ações do PPA, Reforma de Unidades de Saúde e Construção e Ampliação de Unidades de Saúde, mas não recebem o mesmo nome nos dois instrumentos.

Além disso, os outros sete programas não têm nenhuma correspondência com as ações abrangidas pelo PPA 2002/2005. São eles: 07.01.05 – Implantar Sistema de Avaliação e Controle dos Serviços de Saúde; 07.01.09 – Modernização e Especialização Hospitalar; 07.01.10 – Atendimento Especializado para Deficientes Físicos, Sensoriais ou Mentais; 07.01.11 – Implantar Programas de Atendimento Infantil; 07.01.12 – Implantação de Ambulatórios Especializados; 07.01.13 – Implementar Programas de Saúde Ocular Através de Convênios e 07.01.15 – Implantação do Banco de Sangue. Algumas outras ações definidas no PPA não foram contempladas pela LDO para o exercício de 2002.

A LDO do município de Brumadinho estabelece normas sobre outros assuntos de sua incumbência, de acordo com previsões constitucionais:

- Apresenta disposições sobre as alterações na legislação tributária e seus reflexos no processo orçamentário;
- Define o limite da proposta orçamentária do Poder Legislativo, conforme dispõe a Emenda Constitucional nº 25/2000;
- Estabelece critérios relativos às despesas do município com pessoal e encargos sociais.

Percebe-se uma forte preocupação da administração do município com o atendimento à Lei Complementar nº 101/2000 – Lei de Responsabilidade Fiscal. Em vários capítulos da LDO, para o exercício de 2002, são abordados assuntos como:

- Equilíbrio entre receita e despesa;
- Obtenção de superávit primário;

- Critérios para limitação de empenho das dotações orçamentárias e movimentação financeira, quando necessário, para atender a meta de superávit primário;
- Normas relativas à limitação do gasto com pessoal;
- Impossibilidade do início de novos projetos sem que antes tenham sido integralmente atendidos aqueles já em andamento;
- Cronograma anual de desembolso;
- Limitações para a contratação de serviços de terceiros;
- Regras e condições para auxílios e subvenções a entidades privadas;
- Percentual de, no máximo, 5% da receita corrente líquida para composição da Reserva de Contingência;
- Normas relativas à abertura de créditos adicionais ao orçamento;
- Limitações à contratação de operações de crédito.

“Sob a ótica da Lei de Responsabilidade Fiscal, a LDO é o instrumento mais importante para planejar o comportamento das finanças públicas.” (VIGNOLI, 2002, p.37). As disposições em relação à lei refletem um dos objetivos atuais da definição da gestão do gasto público listados pelo PUMA/OCDE (2002, p.7): implantar e manter a disciplina fiscal agregada.

A LDO do município de Brumadinho, em seu art. 13, também prevê que a alocação de recursos na lei orçamentária e em seus respectivos créditos adicionais será feita de forma a propiciar o controle dos custos das ações e a avaliação dos resultados dos programas de governo, conforme dispõe o art. 4º, I, alínea a, da LRF. Essa seria uma das formas de alcançar um outro objetivo atual dos sistemas orçamentários: “[...] promover eficiência no uso dos recursos orçamentários para executar programas e serviços” (PUMA/OCDE, 2002, p.7). Contudo, as colunas do Anexo I de Metas e Prioridades referentes à determinação da “medida”, “metas físicas” e “custo/valor” dos programas, que deveriam orientar a elaboração da LOA, não foram preenchidas.

5.2.1.3 Lei Orçamentária Anual (LOA)

A Lei Orçamentária Anual viabiliza a concretização das situações planejadas no Plano Plurianual por meio da programação das ações a serem executadas, buscando alcançar os objetivos determinados e obedecendo as metas e prioridades da Lei de Diretrizes

Orçamentárias. A partir da Constituição Federal de 1988, a LOA passou a compreender:

- I – o orçamento fiscal referente aos poderes da União, seus fundos, órgãos e entidades da administração direta e indireta, inclusive fundações instituídas e mantidas pelo Poder Público;
- II – o orçamento de investimento das empresas em que a União, direta ou indiretamente, detenha a maioria do capital social com direito a voto; e
- III – o orçamento da seguridade social, abrangendo todas as entidades e órgãos a ela vinculados, da administração direta e indireta, bem como os fundos e fundações instituídos e mantidos pelo Poder Público. (art. 165, § 5º da Constituição Federal de 1988).

O orçamento fiscal constitui-se no principal dos três orçamentos, pela sua abrangência e dimensão, envolvendo todos os poderes, seus fundos, órgãos e entidades da administração direta e indireta.

O orçamento da seguridade social, por sua vez, abrange as entidades e órgãos vinculados às funções Saúde, Previdência Social e Assistência Social, cobrindo todas as despesas a elas relacionadas. “Nesse sentido, praticamente todos os órgãos e entidades que integram o orçamento fiscal também fazem parte, ainda que parcialmente, do orçamento da seguridade social.” (GIACOMONI, 2000, p.208).

O orçamento de investimento em empresas estatais não considera as receitas e despesas operacionais, mas apenas os investimentos. Como lembra Giacomoni (2000, p.208), a criação deste orçamento refletiu a preocupação, nos anos 80, com o tamanho do segmento empresarial público e a importância dele no quadro de dificuldades fiscais do período, mas o orçamento de investimento em empresas estatais teve a relevância e significados diminuídos com o processo de desestatização da década de 90.

A Lei nº 1.243/2001, que “[...] estima a receita e fixa a despesa do município de Brumadinho para o exercício financeiro de 2002 e dá outras providências”, compreende o orçamento fiscal referente aos poderes (Executivo e Legislativo) do Município, seus órgãos e fundos. As despesas relacionadas à saúde, previdência social e assistência social não foram separadas no chamado orçamento da seguridade social, portanto tais funções não foram destacadas dentro da Lei Orçamentária Anual. O município de Brumadinho não possui nenhuma entidade da administração indireta, inclusive empresas estatais e de economia mista, por isso não foi apresentado o orçamento de investimentos das empresas.

Apesar de a Constituição Federal de 1988 tentar integrar os processos de planejamento e orçamento e a Lei nº 4.320/64 (ainda vigente) propor um orçamento classificado por Core (2001, p.20) como funcional ou de desempenho, o orçamento público do município de Brumadinho relaciona-se mais fortemente com a orientação para o controle, como se pode verificar pelo posicionamento da entrevistada GOF2:

“Olha, o orçamento, é como eu percebo, é o controle que você vai fazer dos recursos, na medida que você vai recebendo, é que você vai poder utilizar e um direcionador: no que que você vai utilizar esses recursos. Então, por exemplo, de hoje pra amanhã eu resolvo que vou fazer uma obra? Não é assim. Eu já tenho um planejamento, do que que eu quero fazer no exercício. Então eu vou buscar essa informação lá no orçamento. Então assim, as outras secretarias, quando vão querer fazer alguma despesa, elas geralmente entram em contato com a Contabilidade pra perguntar ‘isso tá inserido no orçamento?’ ‘É possível fazer?’. [...] Então tem essa percepção da importância do orçamento que não é só se comprando e gastando e que a Contabilidade Pública não funciona dessa maneira. Você tem que ter um controle, porque senão você foge da realidade. É uma conta que todo mundo movimenta.”

O equilíbrio financeiro e a contenção do gasto público são colocados como aspectos centrais da peça orçamentária, traços característicos do orçamento tradicional. As orientações para planejamento e gerência dos serviços públicos não são predominantes, o controle opera-se sobre “o que” será pago com os recursos públicos e não “em que” ou “para que” serão gastos. A afirmação do entrevistado PS1 confirma este último fato:

“Esse ano eu sei que a gente vai poder interferir. No ano passado a gente pôde assim: Setor? O que que cada setor precisa, mas não foi aquela coisa orquestrada. Foi cada setor individualmente. O que precisa de material. Não em termos de assistência.”

O melhor entendimento da abrangência e da orientação prevalecente em um orçamento público é alcançado com a análise das classificações das receitas e, principalmente, das despesas públicas. Isso porque “[...] a classificação orçamentária é um meio de observação e dá à informação sobre operações governamentais a forma e estrutura essenciais à análise e inferência.” (BURKHEAD, 1971, p.145).

Na administração pública, o orçamento da receita não possui rigidez legal como o orçamento da despesa. Não é exigida prévia autorização orçamentária para arrecadação das receitas públicas, mas saber a estimativa dos recursos disponíveis para execução dos programas governamentais é fundamental.

Com o advento da Lei de Responsabilidade Fiscal, as informações da receita assumiram novos papéis, pois vários procedimentos e mecanismos foram estabelecidos nessa lei com base em previsão e arrecadação de receita, como: estabelecimento de metas fiscais, restrição da execução despesa quando a arrecadação não se comportar da forma prevista, determinação da origem de recursos para geração de despesas, entre outros.

Conforme Giacomoni (2000, p.138), “[...] o orçamento de receita é constituído de apenas um quadro analítico com as estimativas de arrecadação de cada um dos tipos de receita da instituição, além de alguns poucos quadros sintéticos.”

A fase inicial da classificação da receita segue o critério econômico, segundo o qual elas são divididas em dois segmentos: receitas correntes e receitas de capital (art. 11 da Lei nº 4.320/64). De acordo com Giacomoni (2000, p.139), o objetivo dessa classificação é identificar de onde surgem os recursos para financiar o consumo e os investimentos públicos.

As receitas correntes relacionam-se com as operações correntes do governo, ou seja, todas as transações por ele realizadas e que não resultam em acréscimos no seu patrimônio (MACHADO JR.; REIS, 2001, p.33). As fontes componentes de tal grupo são derivadas do exercício do poder de tributação do Estado ou do exercício de atividade econômica (CORE, 2001, p.6). Já as receitas de capital têm por finalidade contribuir para a formação de um bem de capital, como obras de asfaltamento, construção de escolas, hospitais etc. (MACHADO JR.; REIS, 2001, p.33) e as fontes componentes deste grupo procedem do endividamento ou transformação de ativos físicos ou financeiros em moeda (CORE, 2001, p.6).

O desdobramento da classificação econômica da receita deveria obedecer ao mesmo critério, mas por dificuldades práticas de separar as receitas entre correntes e de capital, a Lei nº 4.320/64 acabou adotando uma solução híbrida. Os desdobramentos observam ora o critério econômico, ora o critério contábil, ora a destinação, sacrificando a uniformidade da classificação econômica e gerando a classificação por fontes (GIACOMONI, 2000, p.139).

As fontes de receitas definidas pela Lei nº 4.320/64 são as apresentadas a seguir. As oito primeiras são desdobramentos da Receita Corrente e as cinco últimas da Receita de Capital:

- Receita Tributária – oriunda do poder de tributar dos entes governamentais, compreendendo os impostos, taxas e contribuições de melhoria;
- Receita de Contribuições – resultante de contribuições sociais e econômicas;
- Receita Patrimonial – oriunda da exploração econômica do patrimônio da instituição, como juros, aluguéis e dividendos;
- Receita Agropecuária – decorrente da exploração econômica de atividades agropecuárias, agricultura, pecuária etc. e do beneficiamento de produtos agropecuários em níveis não considerados industriais;
- Receita Industrial – derivada de atividades industriais: extrativa mineral, transformação, construção, serviços industriais de utilidade pública (energia elétrica, água, esgoto, limpeza pública, remoção do lixo);
- Receita de Serviços – decorrente de atividades como transporte, comunicação, serviços hospitalares, culturais, recreativos etc.;
- Transferências Correntes – são os recursos financeiros recebidos de pessoas jurídicas ou físicas e que serão aplicados nas operações correntes. No caso dos municípios, exemplo dessa fonte é a participação nas receitas tributárias dos estados e da União, o que compõe o chamado Fundo de Participação dos municípios;
- Outras Receitas Correntes – compreendem as outras receitas não enquadradas nas classificações anteriores: juros, multas, cobrança da dívida ativa etc.;
- Operações de Crédito – envolvem a captação de recursos (empréstimos, financiamentos ou emissão e colocação de títulos públicos) para atender desequilíbrios orçamentários ou financiar empreendimentos públicos;
- Alienação de Bens – resultado obtido com a alienação de bens de capital: ações, títulos, bens móveis, imóveis etc.;
- Amortização de Empréstimos – ingresso proveniente da amortização de empréstimos concedidos;
- Transferências de Capital - são os recursos financeiros recebidos de pessoas jurídicas ou físicas e que serão aplicados nas operações de capital;
- Outras Receitas de Capital – receitas não classificáveis em outras fontes.

A receita prevista para o orçamento do município de Brumadinho para o exercício de 2002 foi de R\$ 17.000.000,00 e a arrecadada de R\$ 20.673.271,10, divididas em seis fontes de

recursos, conforme mostra o Gráfico 1, a seguir.

Gráfico 1 - Receitas Previstas e Arrecadadas do Município de Brumadinho/MG - Exercício 2002

Analisando a previsão da receita, observa-se que as transferências correntes representam a fonte mais significativa de financiamento das despesas (75%), realidade da maioria dos municípios brasileiros (BOVO, 2001, p.114). As receitas tributárias ocupam a segunda posição (14%) compostas, em sua maioria, pelo IPTU – Imposto Predial e Territorial Urbano e ISS – Impostos sobre Serviços. De acordo com Bovo (2001, p.114), esses dois tipos de tributos, juntamente com o ITBI – Imposto sobre a Transmissão de Bens Imóveis, apresentam maior potencial de arrecadação nos médios e grandes municípios, visto que nos de pequeno porte, com base eminentemente rural, a propriedade urbana é pouco significativa e o setor de serviços pouco expressivo. Esse é o caso do município de Brumadinho.

Observando os percentuais de arrecadação, as outras receitas correntes são as que constituem a segunda fonte mais importante de recursos. Uma subdivisão dessa fonte - As indenizações

por Compensação Financeira p/ Exploração de Recursos Minerais – apresenta valores maiores do que a arrecadação do IPTU e do ISS em conjunto.

Para o objetivo deste trabalho, mais relevante do que a compreensão da composição e magnitude das receitas é a análise das classificações da despesa. Isso porque:

[...] com base nas classificações utilizadas em um determinado processo orçamentário, é possível identificar o estágio da técnica adotada. Assim, um orçamento que se estrutura apenas com a informação de elemento de despesa ou objeto de gasto (o que será gasto ou adquirido), além, naturalmente, do aspecto institucional, caracteriza um orçamento tradicional ou clássico. Por apresentar somente uma dimensão, isto é, o objeto do gasto, também conhecido como um orçamento unidimensional; já o orçamento em que, além do objeto de gasto, encontra-se presente a explicação do programa de trabalho, representado pelas ações desenvolvidas (em que serão gastos os recursos), corresponderia a um orçamento bidimensional, também conhecido como orçamento de desempenho ou funcional; e o orçamento tridimensional seria aquele que agregaria ao tipo anterior uma outra dimensão, que seria o objetivo da ação governamental (para que serão gastos os recursos), o que tipifica um orçamento-programa. (CUNHA, 1978 *apud* CORE, 2001, p.7).

As classificações orçamentárias estabelecidas pela Lei nº 4.320/64 permitem identificar as despesas por cinco perspectivas diferentes: institucional, categorias econômicas, elementos de despesa, funcional e programática.

a) Classificação Institucional

A classificação institucional tem a finalidade principal de evidenciar as unidades administrativas responsáveis pela execução da despesa. “É um critério classificatório indispensável para a fixação de responsabilidades e os consequentes controles e avaliações.” (GIACOMONI, 2000, p.93).

A classificação institucional é composta por duas categorias – órgão e unidade orçamentária – conforme dispõem os artigos 13 e 14 da Lei nº 4.320/64. A categoria órgão representa os órgãos de governo ou unidades administrativas subordinadas a cada um dos poderes do ente federativo. A unidade orçamentária, por sua vez, é “[...] o agrupamento de serviços subordinados ao mesmo órgão ou repartição a que serão consignadas dotações próprias.” (art. 14 da Lei nº 4.320/64).

Para Machado Jr. e Reis (2001, p.55), em última análise, “[...] unidade orçamentária é o órgão ou agrupamento de serviços com autoridade para movimentar dotações.” Os autores

propuseram como critério básico para a identificação das unidades orçamentárias a presença de dois atributos: responsabilidade pelo planejamento e execução de certos projetos e atividades e competência para autorizar despesa e/ou empenhar. O objetivo seria constituir centros de planejamento, elaboração e execução orçamentária, controle interno e de custos e resultados (econômicos ou não).

Em 2002, o município de Brumadinho possuía oito unidades orçamentárias. Os percentuais da despesa orçada e executada para cada uma delas são apresentados no Gráfico 2, a seguir. A análise do gráfico indica que as secretarias com maiores responsabilidades na aplicação dos recursos públicos são as da Saúde e Assistência Social e da Educação, Cultura, Esporte, Turismo e Lazer.

Gráfico 2 - Despesas Fixadas e Executadas do Município de Brumadinho/MG segundo a Classificação Institucional – Exercício de 2002

A criação da reserva de contingência passou a ser obrigatória a partir da Lei de Responsabilidade Fiscal. A reserva possui a finalidade de atender passivos contingentes e outros riscos e eventos imprevistos, sendo a forma de utilização e montante estabelecidos na LDO e definidos com base na Receita Corrente Líquida.

b) Classificação por Categorias Econômicas

A classificação por categorias econômicas tem por objetivo “[...] dar indicações sobre os efeitos que o gasto público tem sobre a economia como um todo.” (GIACOMONI, 2000, p.105). Esse tipo de classificação é útil para os governos que “[...] têm assumido ao menos alguma responsabilidade pela prevenção da inflação e deflação, pelo desenvolvimento de recursos e pela estabilização do nível de emprego.” (BURKHEAD, 1971, p.277).

Burkhead (1971, p.277) acreditava que os governos locais não teriam necessidade de uma classificação por categorias econômicas, visto a sua limitação quanto aos compromissos relativos à estabilização da renda e do nível de emprego. Talvez, essa idéia não seja adequada para a atualidade, pois os municípios passaram a assumir o desafio de promover o desenvolvimento econômico com base em ações locais, sobretudo para enfrentar a questão do desemprego.

A classificação econômica mede parte do impacto do governo sobre os níveis de atividade econômica (BURKHEAD, 1971, p.278). Com o propósito de demonstrar os efeitos dos gastos públicos sobre os agregados econômicos, consumo e investimentos, as despesas são segmentadas em duas categorias: Despesas Correntes e Despesas de Capital.

As despesas correntes, conforme Machado Jr. e Reis (2001, p.53), “[...] constituem o grupo de despesas, da Administração Pública, para a manutenção e o funcionamento dos serviços públicos em geral.” Já as Despesas de Capital estão relacionadas com a aquisição ou constituição de bens de capital que contribuirão para a produção ou geração de novos bens ou serviços e integrarão o patrimônio público, inclusive aqueles classificados como bens de uso comum do povo.

Gráfico 3 - Despesas Fixadas e Executadas do Município de Brumadinho/MG segundo Categorias Econômicas - Exercício de 2002

O Gráfico 3 mostra a divisão das despesas do município de Brumadinho, no exercício de 2002, em Despesas Correntes e Despesas de Capital. Os valores tanto fixados (86%) quanto executados (92%) indicam que a maior parte dos recursos é utilizada na manutenção e funcionamento do setor público, coerente com o fato de a categoria Despesas Correntes refletir grande parte das ações do governo (prestação de serviços), tais como: atendimento médico, programas de prevenção e de promoção da saúde, entre outros.

c) Classificação por Elementos de Despesa

O art. 15 da Lei nº 4.320/64 determina que, na lei de orçamento, a discriminação da despesa deve ser feita no mínimo por elementos de despesa, entendidos como “[...] o desdobramento da despesa com pessoal, material, serviços, obras e outros meios de que se serve a administração pública para consecução dos seus fins.” A finalidade básica é propiciar o controle contábil dos gastos tanto internamente, pelos órgãos e unidades orçamentárias, quanto o controle externo pelo Poder Legislativo (GIACOMONI, 2000, p.110).

Conforme a referida lei, as classificações por categorias econômicas e elementos de despesas encontram-se organizadas como se fossem uma só, existindo uma vinculação prévia dos elementos às categorias. Por exemplo: os elementos pessoal e material são tratados sempre

como despesas correntes, e equipamentos e materiais permanentes sempre como despesas de capital.

Os elementos são inseparáveis das categorias de que fazem parte, trazendo sérias conseqüências na evidenciação das contas públicas, pois transações específicas que, na prática, deveriam estar classificadas em uma categoria podem estar em outra, prevalecendo a forma sobre a essência. Por exemplo, o elemento serviços de terceiros pode referir-se tanto a uma despesa corrente quanto a uma despesa de capital, portanto deveria haver flexibilidade para passar de uma categoria para outra, contudo sempre permanece classificado como despesa corrente.

Além disso, conforme afirma Core (2001, p.8), a classificação “[...] foi acrescida, ao longo do tempo, de elementos relativos a aspectos institucionais das transferências, o que tornava mais difícil, ainda, em um único esquema classificatório, a correta identificação da despesa.”

As deficiências do esquema de classificação em conjunto com a abrangência dada pela Constituição Federal de 1988 ao Orçamento Público exigiam a reestruturação da classificação da natureza da despesa, cuja preocupação inicial era dar maior flexibilidade à execução orçamentária. Apesar de a Lei nº 4.320/64 introduzir o chamado orçamento sintético em que as despesas seriam desdobradas até elementos, “[...] havia necessidade de que a elementação se apresentasse ainda mais agregada na Lei Orçamentária, a fim de que o gestor pudesse deslocar a sua maior preocupação dos meios para os fins, conforme requer a boa prática do orçamento-programa.” (CORE, 2001, p. 9).

Assim surgiu a classificação da despesa segundo sua natureza como uma adaptação das classificações econômica e por elementos, adotada nos orçamentos da União a partir do exercício de 1990 por determinação da Lei de Diretrizes Orçamentárias. Ultimamente, essa classificação está regulamentada pela Portaria Interministerial nº 163/2001 que separa a despesa em quatro blocos:

- Categoria Econômica: composta por Despesas Correntes e de Capital.
- Grupo de Natureza de Despesa: representa a agregação de elementos de despesa que apresentam as mesmas características quanto ao objeto de gasto. Pessoal e Encargos Sociais, Juros e Encargos da Dívida e Outras Despesas Correntes são

grupos vinculados às Despesas Correntes. Já Investimentos, Inversões Financeiras e Amortização da Dívida são grupos relacionados às Despesas de Capital.

- Modalidade de Aplicação: identifica o aspecto administrativo de existência de descentralização ou não da execução das ações do programa de trabalho, ou seja, identifica a entidade responsável pela aplicação dos recursos públicos: o próprio órgão ou entidade da esfera de governo, entidades de outras esferas de governo, entidades sem fins lucrativos, entidades com fins lucrativos etc.
- Elementos de Despesa: configura o objeto imediato da despesa.

O ato classificatório passou a ter maior flexibilidade porque os elementos de despesas podem fazer parte de qualquer modalidade de aplicação – direta ou transferências – e serem classificados como despesa de capital ou despesa corrente caso contribuam ou não para a aquisição ou formação de um bem de capital. Segundo Giacomoni (2000, p. 112), a restrição existente na Lei nº 4.320/64 quanto à classificação da despesa com pessoal permanece, pois o grupo Pessoal e Encargos Sociais vincula-se somente à categoria Despesas Correntes, apesar de a utilização do recurso público nesse elemento de despesa poder acontecer tanto para a produção de bens ou serviços correntes (custeio) como para a produção de bens de capital (investimentos).

A Portaria Interministerial nº 163/2001 determina em seu art. 6º que, na lei orçamentária anual, a discriminação da despesa será feita, no mínimo, por categoria econômica, grupo de natureza de despesa e modalidade de aplicação, tornando o orçamento mais sintético e possibilitando maior flexibilidade na execução orçamentária. O detalhamento da despesa por elementos e seus desdobramentos é feito para fins de controle interno, não mais sendo visto como autorização do legislativo que engessa a aplicação dos recursos públicos em itens pré-definidos.

Além da maior flexibilidade, o grupo Modalidades de Aplicação favorece o atendimento de um dos processos básicos da reforma do Estado – redefinição da área de atuação do setor público – porque permite o acompanhamento da aplicação dos recursos orçamentários por outros entes da federação, entidades do setor público não-estatal ou entidades do setor privado.

O município de Brumadinho/MG atende ao disposto na Portaria Interministerial nº 163/2001 quanto à classificação da despesa. Além da apresentação das categorias econômicas, grupos de natureza de despesa e modalidades de aplicação, o desdobramento acontece até elementos de despesas, obedecendo também o que dispõe a Lei nº 4.320/64.

Duas evidências reforçam a tendência do orçamento de Brumadinho/MG possuir a orientação para o controle: alguns elementos de despesa foram desdobrados em subelementos na lei orçamentária e os dados de execução orçamentária são detalhados e controlados por centros de custos, conforme menciona a entrevistada GOF2:

“Olha, o centro de custos, a gente define primeiro os principais grupos que são: material de consumo, serviços de terceiros pessoa jurídica, serviços de terceiros pessoa física, vencimentos dos servidores. E depois a gente vai discriminando esses grupos, por exemplo, dentro de material de consumo a gente tem material médico-hospitalar, material odontológico, material tipo escritório, pra você definir direitinho o que tá gastando com cada tipo, por item de centro de custo.”

Gráfico 4 - Despesas Fixadas e Executadas do Município de Brumadinho/MG segundo a sua Natureza - Exercício de 2002

O Gráfico 4 mostra a divisão dos recursos do orçamento de Brumadinho, no exercício de 2002, entre os grupos de despesas. O principal recurso utilizado pelo município é o humano, o que está condizente com a principal função da entidade que é a prestação de serviços. Outras Despesas Correntes é o segundo grupo mais importante, abrangendo elementos de despesas

como: subvenções sociais a entidades privadas sem fins lucrativos, contribuições ao Estado, diárias, auxílio financeiro aos estudantes, material de consumo, serviços de terceiros, obrigações tributárias e contributivas, premiações culturais, científicas e desportivas entre outras.

Analisando o grupo Investimentos, observa-se que o valor executado (R\$ 1.281.631,29) é menor do que o fixado (R\$ 2.187.000,00). Isso ocorreu em um exercício financeiro com excesso de arrecadação, em torno de 21%, em relação à receita prevista, o que pode representar dificuldades de planejamento e controle em termos de elementos de despesa. A afirmação da entrevistada GOF2 sobre o processo de execução orçamentária vem ao encontro dessa evidência:

“[...] mas ainda falta muito esse acompanhamento, de saber direitinho quanto que eu já gastei em tal programa, quanto que ainda falta. O melhor aproveitamento orçamentário. Porque se tivesse esse acompanhamento mais de perto, não teria remanejamentos de dotações. A gente tem um grande volume de remanejamento de dotações, e justamente por essa falta de acompanhamento. Por que eles não procuram saber ‘deixa eu saber quanto que eu já gastei no meu ensino fundamental de material de consumo’. Então não tem essa preocupação, eles deixam essa preocupação justamente pra Contabilidade executar.”

Mensurar exatamente quanto será gasto em cada elemento de despesa é uma tarefa praticamente impossível, mas as previsões devem ser as mais próximas possíveis da realidade para que as ações iniciadas não precisem ser interrompidas por falta de recursos orçamentários. O montante previsto e não aplicado em investimentos, provavelmente, foi remanejado para cobrir déficits em outros elementos de despesa.

d) Classificação Funcional

Burkhead (1971, 149) considera a classificação funcional como a “classificação para os cidadãos” porque gera informações gerais sobre as operações do governo, podendo ser apresentadas em uma espécie de “orçamento resumido”. O objetivo principal da Classificação Funcional é mostrar, de maneira sintética, “em que” são gastos os recursos públicos: educação, saúde, assistência social, direitos de cidadania, administração etc.

Giacomoni (2000, p.98) destaca a capacidade da classificação de “[...] fornecer as bases para a apresentação de dados e estatísticas sobre os gastos públicos nos principais segmentos em que atuam as organizações do Estado.”

A estrutura da antiga classificação funcional-programática estabelecida pela Portaria nº 9/74 foi substituída pela Portaria nº 42/99 com aplicação aos orçamentos da União, Estados e Distrito Federal para o exercício financeiro de 2000 e dos municípios para o exercício financeiro de 2002. A Portaria nº 42/99 separa a classificação funcional da estrutura programática.

O critério funcional de classificação da despesa possui duas categorias: função e subfunção. A função é entendida como “o maior nível de agregação das diversas áreas de despesa que competem ao setor público” e as subfunções “uma partição da função, visando agregar determinado subconjunto de despesa do setor público.” (art. 1º, §§ 1º e 3º da Portaria nº 42/99).

A Portaria nº 42/99 define, em seu anexo, 28 funções e 109 subfunções aplicáveis a todos os entes da federação, possibilitando, dessa forma, a consolidação das contas públicas e a comparação entre diferentes entidades.

Uma das inovações da classificação foi a criação da Função 28 – Encargos Especiais que “[...] engloba as despesas em relação às quais não se possa associar um bem ou serviço a ser gerado no processo produtivo corrente, tais como: dívidas, ressarcimentos, indenizações e outras afins, representando, portanto, uma agregação neutra.” (art. 1º, § 2º da Portaria nº 42/99).

Gráfico 5 - Despesas Fixadas e Executadas do Município de Brumadinho/MG segundo a Classificação Funcional - Exercício de 2002

Das 28 funções estabelecidas pela Portaria nº 42/99, 17 foram abrangidas pelo orçamento do município de Brumadinho para o exercício de 2002. O Gráfico 5 mostra como os recursos foram divididos entre elas.

As funções mais relevantes em termos de execução orçamentária foram: Saúde (27,39%), Educação (26,10%), Urbanismo (12,98%) e Administração (11,87%). É curioso notar a presença da função Defesa Nacional no orçamento do município, já que não é uma função típica do governo municipal. Não existem valores de execução para tal função, o que sugere ter havido um engano no momento da classificação da despesa.

A análise das subfunções da Saúde, objeto deste trabalho, mostra que, das seis subfunções estabelecidas pela Portaria nº 42/99, somente duas delas foram utilizadas na elaboração do orçamento: Atenção Básica e Assistência Hospitalar e Ambulatorial. A subfunção Formação de Recursos Humanos, originalmente ligada à função Administração, aparece combinada com a função Saúde, o que é permitido pela norma referida.

As outras subfunções da Saúde – Suporte Profilático e Terapêutico, Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Alimentação e Nutrição – não foram destacadas no orçamento, mesmo existindo ações cujos recursos aplicados deveriam ser agrupados dentro de tais subfunções.

Essa situação é bem visível no caso da Vigilância Epidemiológica. As ações de epidemiologia e controle de doenças são desenvolvidas de acordo com uma Programação Pactuada Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças – PPI-ECD, em que são definidas as atividades a serem realizadas e as metas a serem atingidas pelos estados e municípios, cujo acompanhamento é feito por intermédio de indicadores de desempenho.

Os valores repassados do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde, em conta específica, só podem ser utilizados nas finalidades especificadas em suas atribuições. Sendo assim, o controle da aplicação desses recursos é inevitável, sendo natural a necessidade de segregação dos mesmos em contas orçamentárias também específicas.

Apesar de o município de Brumadinho executar as ações de vigilância epidemiológica e, inclusive, fazer parte da PPI, a subfunção Vigilância Epidemiológica não aparece no orçamento. O posicionamento da entrevistada GOF2 sobre o assunto revela que uma das causas possíveis é a dificuldade quanto aos aspectos de planejamento e controle: “Eu vou abrir mais o orçamento, só que eu vou ter que ter mais controle também, porque eu tenho que abrir um programa pra vigilância sanitária, então tenho que direcionar o recurso real pra ali.”

e) Classificação Programática

Como já mencionado, a classificação programática foi separada da classificação funcional pela Portaria nº 42/99. Até então, vigorava a Portaria nº 9/74 que previa a classificação das despesas nas categorias Função, Programas, Subprogramas, Projetos e Atividades.

A Portaria nº 9/74 foi editada com o objetivo de padronizar as classificações programáticas existentes e introduzir os conceitos de projetos e de atividades. Nesse sentido, “[...] o programa assumiu a característica, apenas, de mais uma categoria de classificação ligada à estrutura da organização, perdendo a flexibilidade necessária para que, como instrumento de programação, concorresse para o atingimento de um determinado objetivo.” (CORE, 2001, p.22).

As despesas públicas deveriam ser classificadas em um dos programas e subprogramas definidos pela Portaria nº 9/74, não existindo a opção de formalização dos programas de acordo com os objetivos e metas definidos e os recursos necessários para a sua realização, ferindo o pressuposto básico dos objetivos definirem o rumo das ações governamentais. Assim, a classificação programática passou a ser utilizada apenas como mais uma etapa a ser cumprida no processo de elaboração e execução orçamentária, não contribuindo para a integração efetiva entre planejamento e orçamento (CORE, 2001, p. 23).

A Portaria nº 42/99 procurou remeter novamente a classificação programática para atender aos aspectos de planejamento, com os programas sendo definidos em conformidade com a necessidade de cada ente da federação. As quatro categorias que constituem tal classificação, de acordo com o art. 2º da Portaria nº 42/99, são as seguintes:

- a) Programa, o instrumento de organização da ação governamental visando à concretização dos objetivos pretendidos, sendo mensurado por indicadores estabelecidos no plano plurianual;
- b) Projeto, um instrumento de programação para alcançar o objetivo de um programa, envolvendo um conjunto de operações, limitadas no tempo, das quais resulta um produto que concorre para a expansão ou o aperfeiçoamento da ação do governo;
- c) Atividade, um instrumento de programação para alcançar o objetivo de um programa, envolvendo um conjunto de operações que se realizam de modo contínuo e permanente, das quais resulta um produto necessário à manutenção da ação do governo;
- d) Operações Especiais, as despesas que não contribuem para a manutenção das ações de governo, das quais não resulta um produto, e não geram contraprestação direta sob a forma de bens e serviços.

A classificação programática possibilita a organização da atividade governamental para alcançar os objetivos condizentes com a solução dos problemas da sociedade. O foco, portanto, está em “para que” serão aplicados os recursos públicos, ou seja, nos resultados esperados com a ação pública, resultados estes medidos por indicadores estabelecidos no plano plurianual. Portanto, como afirma Core (2001, p. 28), o programa representa o módulo de integração entre planejamento e orçamento.

O programa propicia a base para a estruturação do orçamento em termos de bens e serviços necessários à concretização dos objetivos econômicos e sociais pretendidos. Por sua vez, a alocação dos recursos orçamentários para produzir bens e serviços reflete-se na definição dos projetos e atividades, dos quais resultam produtos essenciais à execução dos programas.

A classificação programática favorece a avaliação das ações públicas tanto em relação às mudanças pretendidas na sociedade (efetividade) quanto ao rendimento do trabalho mediante o qual tais mudanças são alcançadas, expresso pela eficácia e eficiência na obtenção dos produtos das atividades e projetos.

Assim como na classificação funcional, a Portaria nº 42/99 inova ao determinar uma categoria neutra “operações especiais” para agregar as despesas que não podem ser associadas à obtenção de produtos e não podem gerar contraprestação direta sob a forma de bens ou serviços, tais como serviço da dívida, aposentadorias e precatórios.

No orçamento do município de Brumadinho, foram apresentados somente dois programas relacionados à função saúde: Atendimento Básico da Saúde e Saúde é Vida. A organização de todas as ações de saúde em somente dois programas não parece adequada. Sabe-se que as ações dos programas Vigilância Sanitária e Saúde da Família, apresentadas no Plano Plurianual, são desenvolvidas pelo município, mas, mesmo assim, não foram contempladas na Lei Orçamentária Anual.

Os objetivos dos programas não foram claramente estabelecidos e nem os indicadores pré-determinados. O programa Saúde é Vida, por exemplo, perpassa três funções diferentes – Previdência Social, Saúde e Saneamento Básico. A intersetorialidade é um aspecto necessário ao desenvolvimento das ações governamentais, mas é preciso saber como os esforços em áreas diferentes vão contribuir para alcançar os objetivos pretendidos pelo setor público, não

sendo este o caso do programa Saúde é Vida. É importante frisar que os Encargos com Inativos e Pensionistas não foram considerados gastos com a função Saúde, mas Previdência Social.

As ações delineadas para a concretização dos programas Saúde é Vida e Atendimento Básico da Saúde foram as seguintes:

Programa: Saúde é Vida
Ações:
Encargos com Inativos e Pensionistas
Construção/Ampliação e Aparelhamento do Posto de Saúde
Programa de Saneamento Básico e de Redes de Esgotos
Manutenção dos Serviços de Saneamento Básico e Esgoto
Capacitação de Recursos Humanos
Construção/Ampliação de Unidade Saúde
Melhoramento Prédios das Unidades de Saúde

Programa: Atendimento Básico da Saúde
Ações:
Manutenção das Atividades Administrativas
Manutenção das Atividades da Atenção Básica da Saúde
Manutenção do Consórcio Intermunicipal de Saúde
Manutenção das Unidades Hospitalares/Ambulatoriais
Manutenção de Convênios Saúde

As medidas de rendimento do trabalho determinadas no Plano Plurianual não foram abrangidas pela Lei Orçamentária Anual, portanto não ficando claras as metas a serem atingidas com a aplicação dos recursos nos projetos e atividades, tornando difícil a avaliação de desempenho dos diversos setores da Secretaria da Saúde e Assistência Social.

De modo geral, pela análise das classificações orçamentárias da despesa, observa-se a predominância da função controle na prática orçamentária do município de Brumadinho. Apesar do uso dos rótulos – programas, projetos e atividades, o processo decisório continua a ser orientado por informações típicas sobre os “meios” e não os “fins” da despesa orçamentária, com destaque para a classificação segundo a natureza, mais especificamente, por elementos de despesa. As evidências indicam um longo caminho a ser percorrido para que o orçamento passe a, predominantemente, enfatizar as funções planejamento e/ou gerência. A

visão da entrevistada GOF2 sobre as principais classificações que são utilizadas no processo de elaboração e acompanhamento do orçamento confirma essa percepção:

“[...] eu acredito que seja mais por projeto-atividade mesmo, que cê tem que definir o que cê vai tá priorizando no orçamento e no caso também a natureza da despesa, por que o que eles mais entendem na hora de elaborar o orçamento, procura entender o que é quê é material de consumo, mesmo que não entendam aquela codificação toda, mas entendem o que é material de consumo o que é material permanente, o que quê eu tenho lá no meu orçamento para obras. Então o prefeito já vai lá ‘o que quê eu tenho pra obras, na área de educação?’ Então eu acho que utiliza mais essa classificação mesmo. Claro que o grupo todo é importante, mas, no finalmente, é o que eu tenho de projeto-atividade e o que eu tenho como natureza da despesa.”

5.2.2 O Plano Plurianual de 2000/2003 do Governo Federal

O Plano Plurianual 2000/2003 do governo federal, denominado Avança Brasil, tem sido considerado um marco nos processos de reforma da administração pública brasileira. No seu escopo, são apresentadas mudanças de impacto no sistema de planejamento e orçamento federais, baseando-se na busca de uma administração menos burocrática e mais gerencial, com efetiva orientação para resultados.

O PPA 2000/2003 é a concretização de substanciais alterações introduzidas no processo de planejamento e orçamento do setor público, que passaram a vigorar a partir do ano 2000, pelas Portarias nº 51/98 e 117/98, ambas do Ministério do Planejamento e Orçamento, e pelo Decreto-lei nº 2.829/98 (MPOG, 1999, p.11).

O Decreto-lei nº 2.829/98 estabeleceu normas para a elaboração e execução do Plano Plurianual e dos Orçamentos da União. A determinação básica é de toda ação finalística do governo federal ser estruturada em Programas orientados para a consecução dos objetivos estratégicos definidos para o período do plano (art. 1º do Decreto-lei nº 2829/98).

A Portaria nº 117/98, substituída pela Portaria nº 42/99, atualizou a discriminação da despesa por funções e programas e revogou a Portaria nº 9/74 que estabelecia a Classificação Funcional-Programática. A finalidade era restabelecer a classificação programática como parte integrante do processo de planejamento, deixando de significar “[...] um aglomerado de ‘caixas’ onde as ações são agrupadas, sem maiores preocupações com o tipo de transação que está sendo classificada.” (MPOG, 1999, p.12).

A Portaria nº 42/99 preservou os fundamentos da Portaria nº 117/98, objetivando, apenas, estabelecer a entrada em vigor, em 2002, da nova classificação para os municípios, tornar mais explícita a possibilidade da combinação das subfunções com funções diferentes daquelas a que estejam vinculadas e recodificar o rol de subfunções para facilitar a adaptação dos sistemas de informática (MPOG, 1999, p.14). A Portaria nº 51/98 instituiu o cadastramento dos projetos e atividades constantes do Orçamento da União.

No esforço de modernização, foi identificada a observância de dois pressupostos: cobrança de resultados e realidade problematizada. O primeiro entendido como uma avaliação junto à sociedade das ações desenvolvidas pelos governos em termos de benefícios efetivamente oferecidos ao cidadão. O segundo pressuposto significa que o problema passa a ser a categoria central para a estrutura do plano e não somente elemento de diagnóstico, como tratado pelo planejamento tradicional (MPOG, 1999, p.11).

Segundo o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (1999, p.12), a concepção de planejamento e orçamento passaria a contemplar as seguintes características:

- a) Visão estratégica, com estabelecimento de objetivos;
- b) Identificação dos problemas a enfrentar ou oportunidades a aproveitar, objetivando tornar realidade essa visão estratégica;
- c) Concepção de programas que deverão ser implementados, com vistas ao atingimento dos objetivos que implicarão na solução dos problemas ou aproveitamento das oportunidades;
- d) Especificação das diferentes ações do programa, com identificação dos respectivos produtos, que darão origem, quando couber, aos projetos e atividades;
- e) Atribuição de indicadores aos objetivos, e aos produtos, metas. (grifos do autor).

Garces e Silveira (2002, p.64) afirmam que o planejamento governamental, a partir dos anos 90, começou a refletir as condições do novo ambiente da gestão pública, mais precisamente, a influência de três fatores marcantes. O primeiro diz respeito aos novos princípios e valores organizacionais e de gestão incorporados pelo movimento de reestruturação do setor público no mundo, os quais se relacionam com a ênfase nos resultados e na gestão intensiva. Nasce, assim, “[...] a idéia de combinar um planejamento abrangente que envolvesse o conjunto de bens e serviços prestados pelo Estado com uma gestão estratégica de um conjunto seletivo de programas considerados estratégicos.” (GARCES; SILVEIRA, 2002, p.64).

O segundo refere-se à necessidade de ampliar a missão do planejamento governamental para incorporar novos objetivos de gestão decorrentes da mudança do papel do Estado, como

combinar visão estratégica e transparência do gasto público para atrair investimentos privados e cooperação do terceiro setor na direção das demandas do desenvolvimento, trabalhando, para isso, com o conceito de planejamento indicativo para um horizonte de longo prazo (oito anos). Existe, também, o desafio de conciliar desenvolvimento com disciplina fiscal, por exemplo, manejando simultaneamente recursos fiscais e não fiscais, públicos e privados e articulando a cooperação entre Estado, a comunidade e o terceiro setor (GARCES; SILVEIRA, 2002, p.65).

O terceiro e último fator atende à necessidade de abranger a noção de desenvolvimento sustentável no âmbito da gestão pública. O planejamento territorial passa ser visto em combinação com o planejamento setorial, abandonando a idéia de atenção maior do setor público apenas sobre as áreas estagnadas e buscando o desenvolvimento solidário entre os territórios (GARCES; SILVEIRA, 2002, p.65).

O programa representa o elemento central nessa nova concepção de planejamento inaugurada pelo PPA 2000/2003, assumindo a característica de unidade de gestão pública (no lugar da visão departamentalizada), viabilizador de parcerias internas e externas ao governo, referência para os investimentos governamentais e não governamentais e elemento integrador dos planos e orçamentos (GARCES; SILVEIRA, 2002, *passim*).

O encadeamento lógico entre os planos e orçamento foi estabelecido com a adoção do “programa” como módulo integrador dos dois instrumentos. “Em termos de estruturação, o plano termina no programa e o orçamento começa no programa, o que confere a esses documentos uma integração desde a origem, sem a necessidade, portanto, de buscar-se uma compatibilização entre módulos diversificados.” (MPOG, 1999, p.13).

A tendência é consolidar o programa como unidade de gestão para que a ação governamental deixe de orientar-se apenas por processos e produtos e passe a guiar-se pelas transformações efetivas, na sociedade, necessárias ao alcance dos objetivos estratégicos (GARCES; SILVEIRA, 2002, p. 70). No tocante ao processo orçamentário, a preocupação com a idéia de produto (bem ou serviço) tornou-se preponderante; entretanto, precisa existir uma relação clara entre produtos das atividades/projetos e os objetivos dos programas.

A avaliação anual da consecução dos objetivos estratégicos do governo e dos resultados dos programas é considerada um pré-requisito para a elaboração da Lei de Diretrizes Orçamentárias e, conseqüentemente, da Lei Orçamentária Anual (art. 5º do Decreto-Lei nº 2.829). De acordo com Garces e Silveira (2002, p.61), o objetivo da avaliação é assegurar o aperfeiçoamento dos programas e planos, com a correção de falhas de concepção e execução, atualização de objetivos e metas em relação às demandas da sociedade e garantia de efetividade dos resultados desejados pelo público-alvo.

O Decreto-lei nº 2.829, em seu art. 6º, prevê a avaliação física e financeira dos programas, projetos e atividades com a finalidade de aferir os resultados, subsidiar o processo de alocação de recursos públicos, a política de gastos públicos e a coordenação das ações de governo e evitar a dispersão e o desperdício de recursos públicos.

Core (2001, p.32) acredita que a revitalização das funções de planejamento e gerência do orçamento acarretou em maior relevância da função controle. Antes centrado somente no aspecto da eficiência do gasto e, posteriormente, também na eficácia, agrega definitivamente a dimensão efetividade. Nesse sentido, o processo de mensuração das ações orçamentárias merece destaque.

A metodologia para avaliação do PPA 2000/2003 valorizou, sobretudo, a análise de resultados, o que pressupõe a determinação dos indicadores representativos dos objetivos dos programas governamentais e a variação observada neles durante um determinado período e o grau de satisfação do público-alvo. Como segunda aproximação, o foco da análise de resultados se dirige para o alcance das metas das ações – produtos dos projetos e atividades, comparando grau de execução física ao desempenho na execução financeira (GARCES; SILVEIRA, 2002, p.61).

A experiência do PPA 2000/2003 do governo federal é pioneira no processo de transformação do planejamento governamental e do orçamento público. Muitos desafios ainda precisam ser superados para o atendimento da proposta em sua plenitude, todavia já foram criados conhecimentos e oportunidades para aperfeiçoamentos no próprio governo federal, assim como implementação em outros entes da federação.

No caso dos municípios, a classificação programática estabelecida pela Portaria nº 42/99 passou a vigorar a partir do exercício de 2002, correspondendo ao primeiro ano de abrangência do PPA municipal após a experiência iniciada pelo governo federal. A expectativa era dos governos municipais atenderem aos novos conceitos e práticas inerentes ao processo de planejamento e orçamento do PPA 2000/2003. Contudo, sabe-se que, na maioria dos casos, as prefeituras não possuem experiência administrativa e técnico-gerencial requerida para iniciar um modelo dessa magnitude.

Os aspectos abordados sobre os planos e orçamento do município de Brumadinho ilustram como ainda é difícil a adoção desse novo modelo pelos municípios, especialmente pelos seguintes fatores:

- A gestão do gasto público é focada no controle dos elementos de despesa e não nos aspectos de planejamento e gerência;
- As unidades de gestão continuam sendo as unidades administrativas: gabinete do prefeito, secretaria da saúde, secretaria da educação etc.;
- Os gestores não “abrem” o orçamento e os programas não refletem todos os problemas que a administração municipal procura solucionar na área da saúde;
- Os programas não serviram como módulo integrador entre planos e orçamentos, existindo divergências entre as nomenclaturas utilizadas na LDO e no PPA e LOA;
- Os indicadores dos programas não foram estabelecidos;
- As metas das ações governamentais foram estabelecidas somente no PPA, não existindo detalhamento das metas a serem alcançadas em cada período pelas LDO e LOA;
- O processo de controle e avaliação ainda se encontra muito centrado nos processos e em aspectos formais da gestão do gasto público.

Este último ponto pode ser confirmado pela visão da entrevistada GOF2 sobre o processo de avaliação e controle:

“No meu entendimento, o controle interno, como o próprio nome diz, ele é interno. Ele tem que ser uma equipe dentro da administração preparada pra verificar os processos que são feitos no dia-a-dia em todos os departamentos. Pra acompanhar o processo licitatório, pra acompanhar a execução orçamentária, acompanhar o planejamento do orçamento, fazer sugestões, críticas construtivas, de modo a melhorar, o melhor gerenciamento dos recursos públicos, melhor administração dos gastos,

das receitas específicas de convênio, das prestações de contas de convênio. O controle interno acho que tem esse papel essencial de levar pro administrador público o que quê é que tem que melhorar na administração e acompanhar os processos para que eles sejam executados da maneira mais correta conforme determinam as leis.”

5.2.3 O Plano Plurianual de 2004/2007 do Governo Federal

O Plano Plurianual 2004/2007 é, também, considerado uma das frentes de ação para transformação da gestão pública pelo governo Luiz Inácio Lula da Silva. A proposta é de aperfeiçoamento da gestão do PPA, partindo-se da experiência implementada no período 2000/2003.

No Manual Técnico para elaboração da Lei Orçamentária de 2004, o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão reconhece os resultados positivos da reforma orçamentária realizada a partir de 2000, notadamente quanto à consolidação de princípios norteadores do processo orçamentário, tais como: identificação clara dos objetivos governamentais, organização das ações de governo em programas, integração do planejamento ao orçamento, promoção da gestão empreendedora e orientada para resultados, garantia da transparência, estímulo às parcerias e participação da sociedade no debate sobre a alocação de recursos públicos (MPOG, 2003b, p.7).

O PPA 2004/2007 apresenta algumas inovações como forma de aprimoramento do processo em andamento, como:

- Orientação e coordenação da gestão estratégica de planejamento pela Presidência da República, com gestão intensiva de um conjunto de programas associados às metas presidenciais;
- Participação de todos os órgãos responsáveis pela implementação de políticas e segmentos representativos da sociedade civil organizada no processo de formulação da orientação estratégica do governo;
- Além da utilização dos indicadores dos programas, adoção de macro-indicadores para mensuração dos mega-objetivos e desafios da orientação estratégica do governo;

- Introdução de instrumentos de gestão dos programas conforme as suas especificidades;
- Articulação com a sociedade civil e demais entes da federação na formulação e avaliação do plano, inclusive com a implementação de programas selecionados de comum acordo com as três unidades federativas;
- Apresentação anual ao Congresso Nacional de projeto de Lei de Revisão do PPA com a manutenção de uma base de planejamento com horizonte permanente de médio prazo, ao projetar a programação física e financeira de mais um exercício financeiro quando da revisão do plano. (MPOG, 2004, *passim*).

6 POSSÍVEL CONCILIAÇÃO ENTRE INDICADORES E ORÇAMENTO PÚBLICO

A mudança de foco para resultados da administração pública está refletida não somente na concepção moderna do orçamento, como também na utilização de indicadores sociais e de desempenho.

A utilização de indicadores auxilia a gestão pública no atendimento das demandas da comunidade pela qual é responsável, tanto na fase de diagnóstico da situação econômica e social quanto na avaliação dos programas implementados. Considerando, ainda, o processo de redemocratização do país em que é ressaltada a importância da participação e controle social, os indicadores têm sido avaliados como uma forma de promover a transparência e *accountability*.

Entre os que lidam com estatísticas sociais, existe uma antiga e forte aspiração, quase um sonho: fazer com que aqueles que efetivamente definem políticas e ações sociais, sobretudo os gestores municipais, lancem mão de informações e resultados estatísticos tanto para definir metas como para priorizar e direcionar intervenções, no sentido de atingir com mais rapidez e eficiência os diferentes objetivos. Esta é a crença de que as estatísticas constituem um instrumento importante para aprimorar um conjunto de ações sociais; desenvolver melhor as políticas sociais, permitindo o acompanhamento e a evolução dos processos; aumentar o consenso social sobre as difíceis escolhas diante do sempre presente constrangimento dos recursos; revelar e criar responsabilidades dos diferentes atores envolvidos nestes processos; e incluir na agenda temas que costumam ser desprezados, mal interpretados ou mesmo negligenciados. (SEADE, 2002, p.3).

No setor público, podem ser observadas diversas iniciativas e experiências de uso de indicadores sociais. A mais conhecida delas é a da Organização das Nações Unidas – ONU que, na década de 90, criou o Índice de Desenvolvimento Humano – IDH, apresentando uma inovação ao introduzir, em sua concepção, as variáveis longevidade e educação, além da renda, para comparar o grau de desenvolvimento dos países.

Para o cálculo do IDH são utilizados três índices, aos quais são atribuídos pesos iguais: longevidade (esperança de vida ao nascer), educação (número médio de anos de estudo e taxa de analfabetismo) e renda (Produto Interno Bruto – PIB *per capita*).

O IDH varia entre 0 e 1 e classifica os países segundo três níveis de desenvolvimento humano: países com baixo desenvolvimento humano (IDH até 0,5); países com médio

desenvolvimento humano (IDH entre 0,5 e 0,8) e países com alto desenvolvimento humano (IDH acima de 0,8).

Outras experiências surgiram a partir do IDH, sendo o caso do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – IDHM, Índice de Condições de Vida – ICV e do Índice Paulista de Responsabilidade Social – IPRS.

A concepção e os procedimentos de apuração dos dois primeiros índices de âmbito municipal foram desenvolvidos, pioneiramente, por pesquisadores do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas – IPEA e pela Fundação João Pinheiro – FJP num estudo realizado em 1996 sobre os municípios de Minas Gerais.

O IDHM é semelhante ao IDH, mas não idêntico. Inclui as três dimensões mencionadas (renda, longevidade e educação, com pesos iguais), mas com algumas adaptações metodológicas para adequação dos indicadores básicos (por exemplo, substituição do PIB *per capita* pela Renda Familiar *per capita*) com o intuito de ajustar o índice (concebido para comparar países) à unidade de análise que é o município (PNUD *et al.*, 1998, p.73).

O ICV, por sua vez, utiliza metodologia básica idêntica à do IDH, mas incorpora um conjunto maior de indicadores que retratam realidades sociais, econômicas e ambientais, de modo a captar o processo de desenvolvimento humano sustentável da forma mais abrangente possível. Para isso, ampliou-se o número de indicadores que compõem as dimensões renda, educação e longevidade e introduziram-se duas novas dimensões com o objetivo de retratar a situação da infância e da habitação (PNUD *et al.*, 1998, p.73).

O IPRS foi construído pela Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE) em resposta à solicitação dos líderes e conselheiros do Fórum São Paulo – Século XXI para construção de índices que permitissem captar continuamente o progresso ou não do desenvolvimento dos municípios paulistas em direção à sociedade desejada e discutida amplamente no âmbito do Fórum.

O IPRS tem como objetivo a classificação dos municípios do Estado de São Paulo segundo a qualidade de vida dos seus habitantes. Para isso, foram consideradas as três dimensões abrangidas pelo IDH (renda, longevidade e escolaridade), mas utilizando-se outras variáveis

mais condizentes com a realidade municipal. A idéia inicial era usar indicadores que permitissem a avaliação não somente dos resultados e esforços empreendidos pelo poder público em prol do desenvolvimento em âmbito local, mas também a mensuração do grau de participação e controle da sociedade civil sobre tais ações.

Os municípios do Estado de São Paulo foram classificados em grupos com características similares de riqueza, longevidade e escolaridade por meio da análise de agrupamentos (*cluster analysis*), grupos estes com as seguintes denominações: (1) municípios-pólo, (2) economicamente dinâmicos e de baixo desenvolvimento social, (3) saudáveis e de baixo desenvolvimento econômico, (4) de baixo desenvolvimento econômico e em transição social e (5) de baixo desenvolvimento econômico e social.

Além dessas experiências relacionadas ao IDH, existem outras iniciativas e estudos a serem mencionados para melhor conhecimento do tema em questão.

Índice de Vulnerabilidade Juvenil – criado dentro do contexto do Projeto Fábrica de Cultura desenvolvido no município de São Paulo pela Secretaria de Estado da Cultura, cuja finalidade é auxiliar na escolha de áreas de intervenção. Tal índice considerou, na sua composição, os níveis de crescimento da população, a presença de jovens entre a população distrital, frequência à escola, gravidez e violência entre os jovens e adolescentes residentes no local. Possui uma escala de 0 a 100, em que o zero representa o distrito com menor vulnerabilidade e 100 o de maior (SEADE, 2004).

Indicador Econômico do Município de São João Del-Rei – formulado por um graduando e um professor do Departamento de Ciências Econômicas da FUNREI, consiste em um indicador síntese de curto prazo da atividade econômica do referido município, utilizando-se das variáveis consultas ao serviço de proteção ao crédito (SPC), movimento no terminal rodoviário, consumo industrial de energia elétrica, abate total e nível de emprego (RIBEIRO; BARROS, 2000).

Índice de Qualidade dos Municípios (IQM) - criado em 1998 pela Fundação CIDE (Centro de Informações e Dados do Rio de Janeiro) com o objetivo de classificar os municípios fluminenses segundo seu potencial e condições apresentadas para o crescimento e desenvolvimento, ou seja, para receber investimentos. Utilizando-se de 67 variáveis foram

construídos 38 indicadores distribuídos nos seguintes grupos: centralidade e vantagem locacional, qualificação da mão-de-obra, riqueza e potencial de consumo, facilidades para negócios, infra-estrutura para grandes empreendimentos, dinamismo e cidadania. A metodologia de cálculo do IQM é semelhante à do IDH, calcula-se a média ponderada dos índices calculados para os grupos, os quais, por sua vez, são calculados considerando-se a média ponderada dos índices para os indicadores que compõem cada grupo. Os índices para cada indicador são obtidos por interpolação linear. Importante frisar que cada um dos indicadores e dos grupos possui pesos diferentes atribuídos conforme a base teórica adotada (RODRIGUES, 2002, p. 78).

Índice Geral de Desenvolvimento Econômico e Social (IDES) – um trabalho apresentado na ENANPAD em 2001 possuía entre seus objetivos desenvolver índices econômicos e sociais de alta periodicidade e baixo custo e demonstrar como tais índices podem ser utilizados para ajudar na interface entre os governos estaduais e municipais. Para o cálculo do IDES são utilizados dois índices: índice de desenvolvimento social IDS (composto pelos índices de saúde, educação, serviços e renda do chefe de família) e índice de desenvolvimento econômico IDE (composto pelos índices de infra-estrutura, mão-de-obra e renda média). Por meio dos dados obtidos na Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais – SEI, foram levantados todos os indicadores para os 415 municípios baianos, em seguida, houve a plotagem dos resultados do IDE contra os resultados do IDS para cada um dos municípios, classificando-os conforme o quadrante a que pertenciam em 4 grupos – (1) Incluídos, (2) Remediáveis, (3) Pobres porém limpinhos, (4) Sertanejos (QUINTELLA; SOARES JR., 2001).

Os índices, mencionados anteriormente, foram apresentados dentro do contexto da necessidade de conhecimento da realidade municipal para planejamento e controle das ações e políticas públicas, sejam elas municipais ou estaduais. Porém, em nenhuma das propostas observou-se a ligação entre resultados esperados e o uso dos recursos patrimoniais e orçamentários para alcançá-los.

Existem trabalhos (FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 1994; BORTOLANZA, 2000; BORTOLANZA 2001; CRUZ, 2002) que apresentam a necessidade de formulação de um sistema de indicadores para diagnósticos da realidade e avaliações dos resultados das ações implementadas em um ou vários aspectos da gestão pública.

Outros trabalhos (MARINHO, JORGE NETO, 1999; BERGUE, 2001; TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2002) já sinalizam a importância de relacionar informações sobre a realidade socioeconômica e o processo orçamentário, mas não apresentam nenhuma proposta consolidada para atender a esse objetivo.

A dificuldade de integrar os recursos orçamentários e os resultados das políticas públicas municipais faz parte de uma discussão mais ampla que é a de estabelecer relações entre indicadores de esforços e indicadores de resultados.

Nesse sentido, vale destacar a discussão da validade do IDH para avaliação das ações governamentais, como salientado por Castro (2003, p.20):

Nossos governantes precisam ser avaliados, precisam de seu provão. Mas o IDH é o provão errado para isso. Nos quatro anos de mandato de um governo, é possível mudar os fluxos, fazendo a economia crescer ou matriculando mais gente na escola. Mas o IDH inclui medidas de estoques que têm um grande fator inercial. [...] Medidas enérgicas de saúde pública reduzem a mortalidade infantil. Mas a esperança de vida é afetada pelo que não se fez pela saúde dos que morreram ao longo de quase um século. Não há política pública que os faça reviver. Portanto, o crescimento do IDH em quatro anos é freado pelo grande peso dos indicadores de estoque, refletindo o passado.

A Fundação SEADE, quando da elaboração do IPRS, considerou as limitações do IDH e, mantendo o objetivo central deste índice, adotou procedimentos metodológicos para o desenvolvimento de um conjunto de indicadores sensível a variações no curto prazo.

Na definição operacional do IPRS, foram considerados indicadores obtidos de dados secundários, provenientes de registros administrativos, geralmente de atualização anual e que possibilitassem análises e interpretações por município. Além disso, para mensurar e analisar o processo de desenvolvimento dos municípios do Estado de São Paulo, desde o início do projeto, buscou-se a elaboração de indicadores de resultados e esforços.

Uma proposta mais consistente de elaboração de indicadores de esforços é apresentada no relatório “Geração de Indicador de Esforços em Saúde” encaminhado à Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo junto com o relatório sobre as atualizações, avaliações e aprimoramento do IPRS 2002. É um desdobramento da proposta metodológica do índice, resultando na “[...] definição operacional de novas medidas de esforços em saúde que possibilitam apreender e, de certa forma, antecipar o futuro de determinadas ações e serviços

públicos de promoção, proteção e recuperação da saúde atualmente em implementação” (SEADE, 2003b, p.4). As duas dimensões abrangidas pelo estudo são:

- Índice de esforço em atenção básica à saúde: mede a disponibilidade e a produtividade dos recursos humanos mobilizados pelas prefeituras para a oferta de amplo conjunto de procedimentos médico-sanitários, de natureza predominantemente preventiva. Os indicadores usados foram condensados em uma medida única e os municípios paulistas foram classificados em escala intervalar entre 0 e 100.
- Tipologia da estrutura do sistema de saúde: diferencia os estabelecimentos de saúde em atividade nos distintos municípios do Estado de São Paulo de acordo com a capacidade instalada para internação de pacientes, a vinculação ao SUS e a complexidade tecnológica da respectiva produção ambulatorial, resultando na classificação dos municípios em cinco categorias.

Nesse mesmo documento, a Fundação SEADE reconhece a importância do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS – como gerador de informações relevantes para a mensuração dos esforços públicos municipais em saúde. Em um dos seus anexos, estabelece a relação entre dados financeiros e a tipologia da estrutura do sistema de saúde.

A idéia inicial da SEADE era estabelecer relações entre indicadores de esforços e resultados. Apesar de ainda não alcançar esse estágio na pesquisa, os avanços conseguidos são significativos, pois “[...] os indicadores de esforços possuem significado em si mesmos, já que revelam diretamente as iniciativas tomadas pelo poder público em vistas à solução de algum problema.” (SEADE, 2003b, p.6).

6.1 Utilização de Indicadores na Avaliação de Programas Sociais

A avaliação de programas e projetos sociais é um tema presente. De maneira implícita ou explícita, os indivíduos sempre realizam algum tipo de avaliação ou julgamento de valor em relação aos programas sociais. Entretanto, no contexto das entidades públicas, a avaliação

deve ser entendida como um exercício permanente de comparação entre o planejado e o executado com a finalidade de contribuir para a tomada de decisão em relação aos programas e melhorar planejamentos futuros.

Tanaka e Melo (2001, p.13) destacam que, para quem está trabalhando em programas e/ou serviços de saúde, a avaliação é um processo técnico-administrativo destinado à tomada de decisão que envolve momentos de medir, comparar e emitir juízo de valor.

Carvalho *et al.* (2000, p.73) afirmam que o cerne da avaliação é a expressão “juízo de valor”. “Para medir esse juízo é preciso buscar parâmetros, como o *optimum* desejável para cada objeto a ser avaliado. A escolha desse parâmetro pode ficar na subjetividade individual do avaliador ou na consensualidade dos peritos e entendidos em cada objeto a ser avaliado.”

Para os autores (2000, p. 73), a avaliação em saúde compreende todo o processo de emissão de juízo de valor aplicado à questão saúde, envolvendo todos os componentes, desde seus macrocondicionantes setoriais e extra-setoriais até ações específicas terminais de saúde.

Cohen e Franco (2004, p.77), em obra sobre avaliação de projetos sociais, entendem a avaliação como “[...] uma atividade que tem como objetivo maximizar a eficácia dos programas na obtenção de seus fins e a eficiência na alocação de recursos para a consecução dos mesmos.” De acordo com eles, os conceitos utilizados em avaliação foram desenvolvidos pela economia e estão associados à função de produção que vincula recursos, insumos, processos e produtos.

Os recursos são os *stocks* previstos para a realização de uma atividade determinada com os quais se espera obter determinados produtos e atingir os objetivos de um projeto. Os insumos são os fluxos associados a tais *stocks* que são utilizados no processo de implementação, constituindo os elementos necessários para conseguir os resultados (COHEN; FRANCO, 2004, p.93). Recursos e insumos, em muitas ocasiões, podem ser sinônimos. A diferença básica é que o primeiro está associado a projetos permanentes e o segundo àqueles que têm uma existência mais precária. A noção de estrutura está relacionada a estes conceitos e pode ser entendida como “[...] a organização relativamente estável dos recursos para atingir os fins dos projetos.” (COHEN; FRANCO, 2004, p.94).

Os processos, por sua vez, são constituídos pelo conjunto de atividades que se realizam para tentar atingir o objetivo procurado e os produtos são os resultados concretos das atividades desenvolvidas a partir dos insumos disponíveis (COHEN; FRANCO, 2004, p.93).

Os autores (2004, p.93) ainda destacam a distinção entre produtos, efeitos e impactos. Os efeitos são resultados da utilização dos produtos e o impacto, a consequência dos efeitos de um projeto, ou seja, o grau de consecução dos objetivos (estado desejado) em relação à população-meta.

Por exemplo, uma radiografia é um produto intermediário para um diagnóstico que permite obter como efeito a cura do paciente. O processo está constituído pelo conjunto de procedimentos, métodos e atividades mediante os quais se realiza o atendimento do paciente que ocorre dentro de uma estrutura. O impacto deveria ser medido de forma agregada para expressar o melhoramento do estado de saúde nos distintos âmbitos em que o programa se realiza (COHEN; FRANCO, 2004, p.94).

A avaliação pressupõe a medição de diferentes aspectos dos programas sociais – estrutura, insumos, processos, produtos ou impactos – para comparação com parâmetros preestabelecidos e emissão de juízo de valor. Um dos desafios que se coloca ao processo é a escolha de instrumentos de avaliação que propiciem às organizações chegarem às suas conclusões e gerarem informações aos interessados no programa social.

Uma alternativa para a avaliação é a utilização de indicadores. De acordo com Varelli (1999, p.2), “[...] os indicadores são parâmetros qualificados e/ou quantificados que servem para detalhar em que medida os objetivos de um projeto foram alcançados, dentro de um prazo delimitado de tempo e numa localidade específica.”

Segundo Tanaka e Melo (2001, p.19), “[...] o Indicador é uma variável, característica ou atributo de Estrutura, Processos ou Resultados que é capaz de sintetizar e/ou representar e/ou dar maior significado ao que se quer avaliar.”

Jannuzzi (2001a, p.15), referindo-se a Indicador Social, o define como “[...] uma medida geral quantitativa dotada de significado social substantivo, usado para substituir, quantificar ou operacionalizar um conceito social abstrato, de interesse teórico (para pesquisa acadêmica) ou

programático (para formulação de políticas).” Nesta última perspectiva, o indicador é considerado um instrumento operacional para monitoramento da realidade social visando à formulação e reformulação de políticas.

Os indicadores buscam sinalizar algum aspecto da realidade, baseando-se na escolha de variáveis capazes de expressar o conceito que se busca representar. A consistência dos indicadores depende da sua referência a um modelo teórico ou a um modelo de intervenção social, em que as variáveis e categorias relevantes e o encadeamento causal lógico entre elas estejam explicitados (JANNUZZI, 2002, p.56). Uma limitação inerente ao instrumento é que eles “indicam”, mas não representam a própria realidade, sobretudo quando se trata de conceitos abstratos complexos, como condições de vida, desenvolvimento humano, qualidade de vida ou responsabilidade social (JANNUZZI, 2002, p.55).

Os indicadores calculados devem ser comparados com os parâmetros previamente determinados para se chegar ao juízo de valor – pressuposto da avaliação. Os parâmetros podem ser baseados na situação inicial que se quer modificar, no objetivo da avaliação retratado nas metas quantitativas ou no conhecimento científico prévio definido como padrão técnico identificado na literatura e ajustado ao contexto local (TANAKA; MELO, 2001, p.25).

Os indicadores sociais podem ser classificados segundo as diversas aplicações a que se destinam. Jannuzzi (2002, p.59-60) cita três tipologias como relevantes para a análise e formulação de políticas sociais: quanto à natureza do ente indicado (indicadores insumo processo e produto), quanto à temporalidade do processo analisado (indicadores de estoque e de fluxos ou *performance*) e quanto aos três aspectos relevantes da avaliação de programas sociais (eficiência, eficácia e efetividade).

Na classificação quanto à natureza, os indicadores-insumo correspondem a medidas associadas à alocação de recursos financeiros, humanos e equipamentos empregados em um processo ou programa, por exemplo, número de leitos por mil habitantes. Os indicadores-processo são a tradução em medidas quantitativas dos esforços operacionais de alocação de insumos para a obtenção dos objetivos dos programas, por exemplo, número de consultas pediátricas por mil crianças na faixa etária entre 0 e 14 anos. Os indicadores-produto (*outcome* e *output*) são medidas indicativas da presença, ausência, avanços ou retrocessos das

políticas sociais formuladas, estando vinculados às dimensões empíricas da realidade social, por exemplo, diminuição da mortalidade infantil (JANNUZZI, 2002, p.59). O autor (2002, p.60) ainda menciona que, em alguns contextos, os indicadores de insumo e processo costumam ser chamados de indicadores de esforços, e os indicadores de produtos de indicadores de resultados.

A classificação quanto à temporalidade do processo analisado separa as medidas referentes a uma dimensão social em um momento específico (indicadores de estoque) das relativas a mudanças entre dois momentos distintos (indicadores de *performance* ou fluxo). Como exemplo do primeiro caso tem-se número de óbitos infantis e do segundo caso, diminuição do número de óbitos infantis (JANNUZZI, 2002, p.60).

Cardoso (1999, p. 38), em sua obra sobre elaboração de indicadores de desempenho institucional e organizacional do setor público, também aborda as classificações quanto à natureza e quanto aos aspectos relevantes da avaliação de programas sociais. Entretanto, nesta última acrescenta os indicadores de produtividade e não considera os de eficácia e na primeira subdivide os indicadores-produtos em indicadores de *outputs* e indicadores de *outcomes*.

Os indicadores de *outputs* relatam as unidades produzidas ou os serviços oferecidos por um programa e os indicadores de *outcomes* relacionam-se com o grau de atendimento das necessidades e desejos da comunidade com considerações sobre quantidade e qualidade dos serviços prestados, ou seja, a efetividade (CARDOSO, 1999, p.39).

Comparando as terminologias dos indicadores com os conceitos de avaliação abrangidos por Cohen e Franco (2004, p.93), pode-se dizer que os indicadores de *outputs* referem-se aos produtos dos programas e os indicadores de *outcomes* aos impactos.

Para Carvalho *et al.* (2000, p.80), a avaliação de produtos (ou resultados) analisa a eficácia do sistema em atingir seus objetivos finais e propiciar, no caso da saúde, melhoria das condições de saúde da clientela. A avaliação de impacto é vista enquanto um desdobramento da avaliação de resultados, cujo surgimento se dá quando se trabalha com um conceito mais amplo de saúde do que o de simples ausência de doença, abrangendo aspectos de bem-estar do indivíduo no desempenho de suas funções e vivência em seu meio ambiente. Nesse sentido, avaliar saúde é avaliar o conjunto de políticas sociais ao mesmo tempo, tornando

mais complexo o estabelecimento de indicadores para o processo de avaliação. Neste trabalho, opta-se pela visão mais restrita por ser menos difícil de conciliar com o processo orçamentário.

Observa-se, também, que Jannuzzi (2002) emprega o termo “indicadores sociais” para se referir a todos os tipos de indicadores usados para avaliar políticas sociais. Cardoso (1999) chama os indicadores quanto à natureza e os aspectos relevantes da avaliação de programas sociais como indicadores de desempenho. Aristigueta *et al.* (2001, p.254) restringem o uso do termo indicadores sociais às medidas de tendência da saúde e bem-estar da população, separando-os das medidas de desempenho. Todavia, entende-se que, de certa forma, todos os indicadores relativos a programas sociais estão relacionados à dinâmica de mudança da sociedade, portanto podendo ser chamados genericamente de indicadores sociais.

O fluxograma abaixo (Figura 2) sintetiza o referencial teórico-conceitual concernente ao uso de indicadores sociais na determinação e avaliação de políticas públicas, sobretudo as setoriais (saúde, educação, assistência, meio-ambiente etc.):

Figura 2 - Fluxograma Teórico-Conceitual de Referência
Adaptado de JANNUZZI, 2001b, p.10

6.2 Utilização de Indicadores no Processo Orçamentário

O uso de indicadores no processo orçamentário começa a ganhar destaque quando a ênfase deixa de ser na função controle e passa para a gerência e, logo em seguida, planejamento das ações governamentais. Assim, a necessidade de informação sobre “em que” e “para que” se gastam os recursos públicos é adicionada àquela sobre “o que” o governo adquire, tornando proeminente o processo de mensuração das ações orçamentárias.

O orçamento de desempenho inaugura a necessidade de incorporar medidas físicas como uma consideração relevante na alocação dos recursos orçamentários. Neste tipo de orçamento, a ênfase é na gerência e administração e, conseqüentemente, nos custos e realizações (produtos) das atividades, ou seja, na implementação dos programas governamentais. Portanto, os tipos de indicadores a serem usados seriam os de insumo, processo, *output*, eficiência e eficácia.

No orçamento por programas, com orientação para o planejamento, a relevância recai na verificação dos resultados (impactos) nas condições econômicas e sociais da comunidade, o que pressupõe a determinação dos indicadores representativos dos objetivos dos programas, ou seja, os de *outcome* e efetividade.

Na visão de Morgan (2002, p.98), o orçamento de desempenho e o orçamento programa são independentes um do outro, podendo existir orçamento-programa sem medidas de desempenho e medidas de desempenho sem orçamento-programa.

Para Burkhead (1971, p. 182), como já mencionado, orçamento de desempenho e orçamento por programas não são sinônimos, diferenciando-se em termos de finalidade, dimensão tempo e nível organizacional. O primeiro tem a finalidade administrativa e o segundo de revisão ou tomada de decisão, adaptando-se aos requisitos do planejamento orçamentário geral. O desempenho é medido em termos de dados passados e os programas representam projeções para o futuro. Por fim, o programa é definido em um nível mais elevado de organização, podendo compreender várias unidades de desempenho. Apesar das terminologias serem diferentes, o autor (1971, p.193) prevê a conciliação entre os dois tipos de orçamentos.

Nos anos 60, a ONU parece ter adotado uma concepção híbrida de orçamento público, utilizando-se tanto dos conceitos do orçamento por programas quanto do orçamento de

desempenho, como ilustra o trecho do “*A manual for programme and performance budgeting*”, traduzido pelo então Ministério do Planejamento e Coordenação Geral com o título de “Manual de orçamento por programas e realizações”⁷:

Ao adotar-se o método do orçamento por programas e realizações, o melhor é fazê-lo de forma gradativa e ordenada. Para tanto, caberia, inicialmente, distinguir, o que parece ser esclarecedor, entre o orçamento por programa e realizações. No orçamento por programas, a importância principal reside na classificação orçamentária em que se estabelecem funções, programas e suas subdivisões para cada unidade administrativa e se correlacionam esses elementos com dados financeiros exatos e lógicos. O orçamento por realizações supõe, por seu turno, a aplicação de instrumentos administrativos mais aperfeiçoados, tais como custos unitários, medição do trabalho e padrões e desempenho. (ONU, 1971, p.31).

Apesar de a ONU fazer a distinção entre uma abordagem e outra, as duas se fundem em um só instrumento. Ao tratar, especificamente, das realizações físicas, esta fusão fica mais evidente:

O emprego do orçamento por programas e realizações supõe a mensuração do rendimento do trabalho de modo a ajudar a reforçar o processo de tomada de decisões nos diversos níveis da administração pública. Os objetivos básicos são medir fisicamente o trabalho e seus resultados e estabelecer relações pertinentes com o emprego dos recursos a fim de obter dados que sejam úteis para formular e apresentar as propostas orçamentárias, lotar pessoal e distribuir fundos aos órgãos encarregados de executar os planos aprovados, e verificar o progresso alcançado na consecução dos objetivos de política e metas dos programas e trabalhos. Tais medidas contribuem para modificar os planos e programas de modo que a administração possa adaptá-los às exigências conjunturais fazendo face, também, a acontecimentos imprevistos. Além disso, servem para comparar as realizações de operações semelhantes e avaliar a eficiência relativa de unidades administrativas, de prática e métodos. (ONU, 1971, p.127).

Percebe-se que a utilização das mensurações relaciona-se tanto ao processo de implementação dos programas quanto aos resultados, subsidiando o processo de tomada de decisões pelos escalões mais altos sobre os objetivos da política e sua revisão conforme os aspectos conjunturais e, igualmente, pelos setores operacionais do governo quanto à eficácia e eficiência das suas operações.

Na definição dos métodos de mensuração física, a ONU baseou-se no pressuposto de que as unidades administrativas trabalham de acordo com os propósitos para os quais foram criadas, executando programas que geram produtos ou serviços à população. Os programas, por sua vez, são concretizados pela execução das atividades. Sendo assim, as medidas físicas das atividades (desempenho) deveriam estar relacionadas logicamente com as medidas dos programas (resultados) (ONU, 1971, p.128).

⁷ O tradutor teve dúvidas quanto à tradução do termo “performance budgeting” se orçamento por realizações ou orçamento para desempenho.

Basicamente, a ONU define dois tipos de medidas físicas: índice de produtividade e índice de realização ou rendimento. A primeira constitui-se na relação entre os insumos e os produtos do programa, úteis para as altas esferas administrativas para observarem a tendência do rendimento geral da unidade, comparar com outras unidades e o setor privado. Já a segunda diz respeito à relação produto-insumo dos trabalhos, tarefas ou atividades, favorecendo o cálculo dos custos unitários e permitindo análises nos níveis operacionais e de supervisão do governo que contribuem para a maior eficiência no desempenho das ações. Salienta, ainda, a necessidade de integração entre as duas medidas de modo que se possa determinar os efeitos gerados pelas variações dos índices de rendimento sobre os índices de produtividade (ONU, 1971, p.128).

A ONU também fez previsões referentes à utilização de técnicas de análise econômica, tais como custo-benefício e custo-efetividade, para confrontar as vantagens finais que se podem obter com um dado programa e o custo de todos os recursos a utilizar nesse programa, a fim de decidir entre alternativas diferentes (ONU, 1971, p.130).

No Brasil, o orçamento-programa tem sido considerado a peça-chave no processo de reforma administrativa, mais especificamente reforma do processo de planejamento e orçamento. O orçamento público, no Brasil, segue a mesma tendência da ONU de incorporar em um mesmo instrumento o orçamento por programas e de desempenho. O programa é o elemento central da nova metodologia, constituindo-se o instrumento de organização da atuação governamental que agrega atividades e projetos com a finalidade de concretizar os objetivos econômicos e/ou sociais pretendidos pela entidade pública.

As atividades, projetos e operações especiais, comumente chamados de ações pelo governo federal, compõem os programas se entendido que efetivamente contribuem para a consecução de seus objetivos. Atividades e projetos são considerados instrumentos orçamentários, aos quais está associada a idéia de produto (bens ou serviços), oriundos de um ciclo produtivo que está sendo objeto de orçamentação (MPOG, 2003b, p.9).

O governo federal instituiu o cadastro de programas e ações como meio de registro das informações relevantes sobre os programas e ações orçamentárias abrangidos na programação de médio prazo (PPA) e anual (LOA). Os dados requeridos são os constantes da Figura 3 a seguir:

Figura 3 – Estrutura para Cadastro de Programas e Ações Orçamentárias

FONTE: MPOG, 2003b, p.11

Os programas e ações de governo são delineados em conformidade com os objetivos estratégicos de médio prazo definidos no PPA. Este plano constitui o ponto de partida para o cadastro dos programas e ações da proposta orçamentária, de acordo com a indicação do que será desenvolvido no período. O levantamento de informações concentra-se na identificação dos atributos que permitem traçar o perfil característico dos projetos, atividades e operações especiais que os tornam singulares no universo da programação. Além disso, as informações provenientes das propostas orçamentárias setoriais centram-se nos aspectos de quantificação física e financeira das ações no exercício de referência, no grau de importância das demandas, em sua priorização e nos resultados esperados (MPOG, 2003b, p.10).

Em relação, especificamente, às medidas que proporcionam a avaliação, foi estabelecido que cada programa deve conter indicador que quantifica a situação que o programa tenha por fim

modificar e os valores e metas das atividades e projetos componentes do programa. Definiu-se que a cada atividade e projeto só poderá estar associado um produto, cuja quantificação pela sua unidade de medida dará origem à meta (MPOG, 2003b, p.8).

O indicador do programa é definido como o elemento capaz de medir a evolução do problema, geralmente apresentado como uma relação ou taxa entre variáveis relevantes, a qual permite a mensuração dos resultados alcançados com a execução do programa. Por exemplo, um programa que tenha como objetivo reduzir a mortalidade infantil, o indicador correspondente é “Taxa de Mortalidade Infantil” (relação entre o número de óbitos em menores de um ano e o número de nascidos vivos) (MPOG, 2003b, p.13).

A meta física da atividade ou projeto é a quantidade de produto a ser ofertada num determinado período, de forma regionalizada, quando for o caso (MPOG, 2003b, p.13). Considera-se como produto “[...] bem ou serviço que resulta da ação, destinado ao público-alvo ou o investimento para a produção deste bem ou serviço. [...] Em situações especiais, expressa a quantidade de beneficiários atendidos pela ação.” (MPOG, 2003b, p.14). Por exemplo, em uma campanha de vacinação a meta pode ser o número de crianças vacinadas.

No Plano de Gestão do PPA 2004-2007, diante da tendência do Estado em orientar sua atuação para resultados diretos na sociedade, foi colocado como relevante a necessidade de incorporar a cultura dos controles gerenciais e de avaliação em três dimensões das ações governamentais: efetividade (grau de alcance do objetivo do programa), eficácia (capacidade de alcance das metas previstas nas ações do programa) e eficiência (uso otimizado, com economia e qualidade, dos bens e recursos empregados na execução das ações) (MPOG, 2004, p.7).

A Figura 4, a seguir, mostra de forma estruturada a inserção do processo de avaliação na gestão pública:

Figura 4 – Modelo Integrado Plano/Orçamento/Execução/Avaliação

FONTE: MPOG, 2004, p.7

Como visto no capítulo anterior, o programa é o elemento de integração entre o plano e o orçamento, sendo assim, as ações governamentais são organizadas em programas, cujo objetivo é resolver algum problema identificado na sociedade. Os indicadores dos programas, as metas e os custos das ações são medidas necessárias ao processo de avaliação da efetividade, eficácia e eficiência da atuação do governo. Por sua vez, os resultados da avaliação alimentam o processo de revisão do Plano Plurianual e, conseqüentemente, dos programas visando à melhor alocação dos recursos públicos nas Leis Orçamentárias Anuais.

Para melhor entendimento das três dimensões da avaliação dos programas – efetividade, eficácia e eficiência, serão abordadas as suas definições operacionais, conforme Cohen e Franco (2004, p.102-107):

Efetividade: De acordo com Cohen e Franco (2004, p.107), é a relação existente entre resultados e objetivos, podendo ser representada pela fórmula:

$$Efetividade = \frac{Resultados}{Objetivos}$$

Eficácia: Segundo Cohen e Franco (2004, p.102), é o grau em que se alcançam os objetivos e metas do projeto na população beneficiária, em um determinado período de tempo, independentemente dos custos implicados. Esta definição tem dois aspectos fundamentais: metas e tempo. Entende-se que a programação foi realizada com base em normas ou padrões que determinaram a alocação de recursos para a consecução das metas.

Citando Hernandez Orozco (1981), Cohen e Franco (2004, p. 102) sugerem a seguinte notação para definir eficácia:

L = unidades de meta obtidas

M = unidades de meta programadas

Tr = tempo real para chegar ao resultado obtido

Tp = tempo planejado para alcançar a meta total

A = eficácia

$$A = \frac{\frac{L}{Tr}}{\frac{M}{Tp}} = \frac{\frac{L}{Tr} \cdot Tp}{M} = \frac{L \cdot Tp}{M \cdot Tr}$$

Os resultados obtidos devem ser interpretados da seguinte maneira:

Se $A > 1$, o projeto é mais que eficaz;

Se $A = 1$, o projeto é eficaz;

Se $A < 1$, o projeto é ineficaz.

Eficiência: é o custo de uma unidade de produto recebida por um beneficiário em certa unidade de tempo (COHEN; FRANCO, 2004, p.104).

Para os autores (2004, p.103), o conceito de eficiência está relacionado à noção de ótimo e pode ser considerado sob duas perspectivas complementares: (a) minimização do custo,

quando a quantidade de produto está predeterminada ou (b) maximização do produto, se o gasto total está previamente fixado.

O ótimo “[...] se refere às quantidades físicas mínimas de recursos requeridos para gerar uma certa quantidade de produto, assumindo uma tecnologia constante.” O cálculo da eficiência pressupõe atribuir valores monetários às quantidades físicas e, assim, determinar os custos dos produtos (COHEN; FRANCO, 2004, p.104).

Para calcular a eficiência, além das notações usadas no cálculo da eficácia, são utilizados os seguintes conceitos:

Cr = Custo Real

Cp = Custo programado

B = Eficiência.

A fórmula seria:

$$B = \frac{\frac{L}{Tr \cdot Cr}}{\frac{L}{Tp \cdot Cp}} = \frac{\frac{M}{Tr \cdot Cr}}{\frac{M}{Tp \cdot Cp}} = \frac{L \cdot Tp \cdot Cp}{M \cdot Tr \cdot Cr} = A \frac{Cp}{Cr}$$

A interpretação é a seguinte:

Se $B > 1$, o projeto é mais que eficiente;

Se $B = 1$, o projeto é eficiente;

Se $B < 1$, o projeto é ineficiente.

Cabe destacar que a determinação dos custos das ações governamentais é um requisito imprescindível para a elaboração de um orçamento-programa, pois possibilita a tradução das metas físicas em valores monetários. Entretanto, na administração pública, propostas mais consistentes de apuração de custos dos serviços prestados estão começando a aparecer nos últimos anos. Uma das principais limitações é a não consideração do consumo dos ativos - na forma de depreciação, amortização ou exaustão, como um dos componentes de custos. Ainda

se trabalha com os conceitos de despesa empenhada ou liquidada, que não necessariamente representam recursos consumidos pelos produtos das ações governamentais em determinado período, sobretudo por causa dos gastos de capital.

6.3 Limitações e Desafios ao Uso dos Indicadores no Processo Orçamentário

O conhecimento do significado, limites e potencialidades do uso de indicadores sociais é relevante para subsidiar o processo de tomada de decisões de todos os envolvidos no processo de definição de prioridades sociais, alocação de recursos orçamentários, execução e avaliação de programas. Os indicadores, se usados adequadamente, podem enriquecer a interpretação empírica da realidade social e orientar de forma mais competente a análise, formulação e implementação de políticas sociais (JANNUZZI, 2001a, p.131).

O foco da administração por resultados tem gerado a necessidade de relacionar os indicadores de *outcome* (efetividade) aos indicadores de desempenho (insumos, processos, *output*; eficiência e eficácia), ligando diretamente alocações orçamentárias aos resultados. De acordo com Aristigueta *et al.* (2001, p.255), nos benefícios esperados, incluem-se aumento da satisfação do público com o governo, melhoria na qualidade dos serviços e redução de custos.

Como já mencionado, uma limitação inerente ao indicador social está relacionada à sua capacidade de representar o conceito indicado, sobretudo quando se trata de fenômenos sociais mais complexos, pois, muitas vezes, é preciso valer-se de um conjunto de medidas indiretas com probabilidade de gerar uma mensuração adequada, como é o caso do IPRS. A escolha das medidas é feita pelos formuladores do indicador, existindo, assim, um certo grau de subjetividade.

Uma outra restrição é o fato de alguns indicadores de *outcome* (efetividade) representarem tendências gerais da saúde e bem-estar da população e não o resultado de um programa específico. Aliás, algumas modificações na sociedade são conseguidas pela ação integrada de um conjunto de programas sociais. Além disso, as ações desenvolvidas em um exercício financeiro podem colaborar para a mudança social por um período de tempo maior e/ou diferente daquele de sua realização. Um outro aspecto é que nem todas as mudanças sociais

(positivas ou negativas) são causadas pela ação do estado, existindo outros atores que contribuem para isso, como as organizações privadas e públicas não-governamentais.

Quanto às ações governamentais, a ONU (1971, p.135) menciona que uma das principais considerações que se deve fazer é o reconhecimento de que nem todas são igualmente susceptíveis de mensuração física, pois a natureza e a qualidade do produto podem estar sujeitas a mudanças rápidas ou o produto final não pode ser adequadamente definido, como no caso de certas pesquisas.

O problema da mudança de natureza e qualidade do produto foi abordado por Burkhead (1971, p.187) com o nome de problema de homogeneidade. O autor menciona que as comparações de desempenho podem ser prejudicadas pelas condições naturais de realização do serviço, por exemplo o número de visitas diárias por um agente de saúde na zona urbana ou na zona rural, e pelas mudanças tecnológicas que interferem com novos métodos na natureza do produto final e geram unidades de desempenho não comparáveis ao longo do tempo ou entre localidades diferentes.

Uma outra consideração é quanto à necessidade de mais de uma medida de trabalho para refletir os produtos das atividades e programas, o que exige o uso de fatores de ponderações que permitam consolidar convenientemente os dados (ONU, 1971, p. 138). A definição dos pesos de cada uma das medidas também contém um certo grau de subjetividade.

A ONU (1971, p. 136) destaca, ainda, o cuidado a ser tomado na seleção das unidades de trabalho apropriadas, entre as diversas possíveis, como uma tarefa crítica do sistema de mensuração, já que deve existir a possibilidade de conversão das medidas dos níveis inferiores para as dos níveis superiores de organização das ações governamentais. Cita como critérios para ajudar na escolha de uma boa unidade de trabalho os seguintes pontos:

- (a) relacionar-se à missão e propósito da organização;
- (b) ser representativa do esforço total expendido no trabalho;
- (c) ser um indicador relativamente estável de recursos e, na medida do possível, de qualidade;
- (d) ser de uso fácil e que se preste ao sistema de relatórios;
- (e) ser mutuamente exclusiva, a fim de evitar duplicação de contagem;
- (f) ser bastante estável a fim de ser útil por um longo período de tempo;
- (g) facilitar a auditoria, permitindo, assim, verificar a utilidade e exatidão do trabalho realizado;
- (h) ser facilmente identificável à vista e prontamente compreendida por todos envolvidos no planejamento, programação e controle do trabalho;

- (i) ser adaptável ao uso no sistema de mensuração como um todo. (ONU, 1971)

O posicionamento da ONU em relação à adaptação das medidas das atividades às medidas dos programas governamentais indica que, provavelmente, na mensuração dos programas, previu-se o uso de indicadores de *output* e não de *outcome*, sendo, portanto, divergente da estrutura conceitual adotada pelo governo federal.

Considerando o uso de indicadores de *outcome* ou efetividade na administração por resultados, Aristigueta *et al.* (2001, p.262) afirmam que “[...] medidas de *performance* geralmente não podem fornecer informações suficientes para suportar uma afirmação que as atividades do estado são a causa da mudança nas medidas de *outcome*.”⁸ Para os autores (2001, p.263), as medidas de *performance* podem estar alinhadas com os indicadores sociais (*outcome*), mas não ligadas diretamente.

Para Burkhead (1971, p.186), as medidas de desempenho não constituem julgamentos a respeito de programas e não devem ser encaradas como tal, a avaliação que pode ser feita é no sentido da melhoria dos serviços governamentais relativamente ao seu custo. De acordo com o autor:

Na melhor das hipóteses, a classificação por desempenho poderá proporcionar evidência factual que irá auxiliar a todos os níveis de administração a determinar o seu grau de eficiência. Os dados de desempenho, quando agrupados adequadamente em relação a programas mais amplos, poderão também auxiliar os legisladores e cidadãos em geral quando da seleção das atividades governamentais, bem como dos programas. A classificação por desempenho poderá apontar coisas concretas que foram realizadas e o seu custo, mas o seu julgamento de valor, êsse é feito em termos políticos e, para a sociedade, no processo político. (BURKHEAD, 1971, p.186).

Pollitt (1999) *apud* PUMA/OCDE (2002, p.26-29) cita diversas outras barreiras à integração entre gestão financeira e gestão de desempenho:

- Aumento da chance de fracasso das iniciativas da entidade pública se tentar, ao mesmo tempo e em um só processo, implementar gestão de desempenho e reforma orçamentária, pois “[...] os processos orçamentários estão entre as rotinas mais fortemente enraizadas do governo e envolvem atores poderosos e interesses políticos consideráveis sempre a respeito de temas distributivos cruciais.” (POLLITT *apud* PUMA/OCDE, 2002, p.26).

⁸ “[...] *performance measures generally cannot provide sufficient information to support a claim that the state's activities are the cause of changes in the outcome measures.*”

- Tensão entre as exigências do processo político que cercam o orçamento e as exigências dos processos gerenciais que caracterizam o desempenho. O argumento é que, para superar os desafios distributivos complexos e sensíveis do processo orçamentário, os políticos precisam apelar para valores vagos e gerais, para criar ou manter coalização, não sendo interessante avaliações comparativas de programas rivais ou especificações muito precisas de prioridades e metas operacionais.
- Resistência dos servidores públicos que procuram proteger “seus” programas e, conseqüentemente, podem não ser receptivos aos esquemas de completa transparência financeira e de desempenho.
- Existência de divergência cultural entre gestão financeira e de desempenho. Ao menos em parte, a gestão financeira é um processo de disciplina e controle. Por outro lado, muitas das iniciativas para melhoria do desempenho enfatizam profundos valores sociais de determinadas metas a serem atingidas por programas específicos, a necessidade de trabalho de equipe, parceria e compromisso, e a exigência suprema de sensibilidade para com os clientes.
- Séria dificuldade técnica quando da inclusão de medidas de efetividade no sistema de gestão de desempenho, pois ligações automáticas com as alocações orçamentárias serão raramente aceitáveis, tanto do ponto de vista técnico quanto político. Isso significa reconhecer que não se deve pressupor baixo desempenho e cortes de financiamento, quando a integração entre a informação relativa a desempenho e a informação financeira não puder ser alcançada.

Apesar de todas as dificuldades apresentadas, o autor (2002, p.29) não entende que a integração seja impossível, mas frisa a necessidade de maior especificação dos tipos particulares de integração que se busca e dos contextos nos quais tais esforços deverão ter lugar. Assim, ele estabelece um paralelo entre o contexto em que a integração é mais fácil ou mais difícil, conforme mostra o Quadro 2, a seguir:

**Quadro 2 - Variáveis-chave para a Integração entre
Gestão Financeira e Gestão de Desempenho**

<p>A integração seria mais fácil em um contexto em que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • a definição de objetivos e metas estratégicas está relacionada com a alocação de recursos; • existe um orçamento global ou baseado em produtos; • existe plena contabilidade dos custos de atividades; • o programa em questão consiste de um conjunto de produtos ou serviços tangíveis e mensuráveis; • busca-se a integração nos níveis da gestão das prioridades programáticas e da gestão operacional; • o impacto do programa pode ser percebido logo após a entrega dos serviços ou produtos; e • os resultados são atribuídos ao programa com alto grau de confiabilidade – e não existe razão para a suspeita de que eles possam ter sido causados por outros fatores. 	<p>A integração seria mais difícil em um contexto em que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • o incrementalismo histórico é a base da alocação e do planejamento de recursos; • existe um orçamento linear; organizado por itens; • as entidades contábeis não conseguem comparar as unidades de execução das atividades programáticas e de mensuração do desempenho; • o programa consiste de serviços ideais, não padronizados e não tangíveis; • os efeitos do programa só podem ser detectados a longo prazo; • mesmo que “resultados” sejam detectados, sua atribuição direta ao programa é incerta; • o tema é controverso e exige a intermediação de interesses especiais para alcançar apoio político; e • o programa tem objetivos conflitantes – criados para se alcançar consenso político -, e maior clareza e transparência podem prejudicar o apoio recebido.
---	--

FONTE: POLLITT, 1999 *apud* PUMA/OCDE, 2002, p.29.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O interesse em realizar este estudo surgiu da constatação da diversidade de informações e indicadores gerados no setor público municipal de saúde e da sua possível utilização no processo de planejamento e orçamento. Assim, buscou-se compreender e descrever o atual estágio de evolução de integração entre gestão orçamentária/financeira e gestão das políticas de saúde, sobretudo, em relação ao uso de indicadores sociais.

O interesse da pesquisa voltou-se, assim, para uma abordagem empírico-analítica com a condução de um Estudo de Caso da gestão da política de saúde de Brumadinho/MG, município de pequeno porte, aproximadamente 27.000 habitantes, situado na região metropolitana de Belo Horizonte.

Adotou-se como referencial teórico de análise as concepções de reforma do aparelho do Estado, das duas últimas décadas. Isso porque se entendeu que é relevante tratar o tema “Indicadores Sociais no Processo Orçamentário do Setor Público Municipal de Saúde”, considerando os aspectos contemporâneos da administração pública brasileira, pois a compreensão das realidades municipais depende do conhecimento das mudanças que estão sendo implementadas, o que, normalmente, se inicia no governo federal.

O uso de indicadores sociais para avaliação das ações governamentais tem ganhado força no contexto atual de transformação da administração pública brasileira, sob influência da redemocratização do país e da adoção das idéias liberais para combater a crise dos últimos anos.

A descentralização tem sido uma estratégia comum dos dois movimentos, mas com objetivos e impactos diferentes na condução da gestão local. A proposta de descentralização, num primeiro momento, surgiu como uma dimensão essencial do processo de redemocratização, com a abertura política, após um longo período de centralização política e fiscal típica dos governos militares. A agenda democrática tem reivindicado novos direitos sociais e políticos, equidade nos resultados das políticas públicas, participação social, *accountability* e transparência.

Todavia, no início dos anos 80, começa-se sentir os efeitos da crise e as pressões das idéias neoliberais colocadas como único receituário para enfrentar a situação, questionando o papel do Estado de responsável exclusivo pela solução dos problemas sociais e econômicos e incentivando a diminuição do seu tamanho, a desregulamentação, o ajuste fiscal, a eficiência na aplicação dos recursos públicos e a gestão voltada para o cidadão. Sob esse enfoque, a descentralização estaria ligada aos processos de modernização da gestão pública.

Os municípios, pós Constituição Federal de 1988, passaram a possuir maior autonomia política e administrativa e, ao mesmo tempo, tiveram que assumir novos encargos na área social, a promoção do desenvolvimento econômico dentro de sua área de abrangência e o desafio de estabelecer novas formas de relacionamento com a sociedade civil com o intuito de aprofundar a democracia.

Todavia, a forma descoordenada da descentralização, no Brasil, acabou sobrecarregando os governos locais com tarefas para as quais não estavam capacitados ou não podiam assumir plenamente. Hoje, eles enfrentam o desafio de responder às expectativas da sociedade e, ao mesmo tempo, alcançar a capacidade técnico-gerencial e administrativa essencial para o desempenho do seu novo papel. Além disso, os municípios são influenciados pelas propostas de reforma do Estado, particularmente as oriundas da União.

As reformas implementadas nos anos 80 e 90 restringiram-se a uma abordagem reducionista, com ênfase nos aspectos administrativos e fiscais, o que acabou contribuindo para o agravamento das condições sociais. O cerne do Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado proposto pelo governo Fernando Henrique Cardoso foi a promoção do ajuste fiscal e a transformação de uma administração pública burocrática em gerencial.

Uma visão mais rica de reestruturação do Estado começa a ser delineada no Plano de Gestão do governo Luiz Inácio Lula da Silva com previsão de eliminação do déficit institucional (atender às demandas e alcançar todos os cidadãos), aumento da governança e da eficiência e promoção da gestão democrática.

Independentemente da amplitude da proposta, a otimização do gasto público é um ponto preponderante, visto a escassez de recursos para atender às demandas da população. Assim, os dois últimos governos têm trabalhado para redução de custos, aumento da qualidade do

serviço e foco no atendimento do cidadão. Para isso, têm buscado a integração entre planejamento, orçamento e gestão, cujo elo de ligação são os programas de governo, mudando o foco da administração pública de controle de processos para controle de resultados.

O contexto de redemocratização e reforma do Estado geram impactos diferentes na condução das políticas públicas. Na implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), observam-se ações voltadas para garantia do acesso integral e universal a todos os cidadãos e promoção da participação social e, contraditoriamente, políticas de financiamento restritivas inerentes ao ajuste fiscal.

A descentralização foi adotada como um dos eixos condutores de consolidação do SUS. A transferência de poder é o elemento central na caracterização deste processo. A abdicação de poder pelo governo central, por sua vez, implica na redefinição de atribuições e redistribuição de recursos entre as esferas de governo.

Houve a transferência de atribuições na prestação de serviços de saúde à população, com o fortalecimento da presença do município na atenção básica. Contudo, existem restrições quanto ao poder de decisão do governo local relativas à aplicação dos recursos conforme a necessidade de saúde da população pela qual é responsável. Isso porque os critérios de transferência de parte significativa dos recursos da União, principal financiadora do sistema de saúde, relacionam-se com programas e ações estratégicas preconcebidas pelo Ministério da Saúde. No caso de Brumadinho/MG, o PAB Variável correspondeu a 69,5% dos recursos destinados à atenção básica.

A centralização do poder decisório abrange, também, os recursos próprios dos municípios, pois os “incentivos” das ações e programas concebidos pelo Ministério da Saúde nem sempre são suficientes para cobrir todos os gastos a eles relacionados.

Por outro lado, os programas e ações estratégicas do Ministério facilitam a execução da política de saúde, uma vez que os parâmetros principais de atendimento já foram definidos e o município precisa somente elaborar os protocolos. Também, as transferências vinculadas são positivas ao incentivar a melhor gestão orçamentária/financeira, mas assumem um papel negativo quando a baixa qualificação das burocracias locais inibe a utilização adequada do

recurso. O município cumpre a determinação do Ministério, mas não goza dos benefícios porque o recurso, muitas vezes, fica parado em conta bancária.

A política de “incentivos” do ministério é prejudicada pela política de ajuste fiscal, já que o município pode não aderir aos programas por ultrapassar os limites da Lei de Responsabilidade Fiscal, sobretudo com a despesa de pessoal.

Apesar dos princípios da universalidade e integralidade do SUS, os recursos orçamentários aplicados não são suficientes para cobrir todos os procedimentos necessários ao atendimento da população. Para solucionar o problema, o município junto com outros da sua micro-região criaram um Consórcio Intermunicipal de Saúde, com destinação de 1% dos recursos recebidos do Fundo de Participação dos Municípios – FPM, cujo objetivo é atender às demandas da população, as quais, isoladamente, um município pequeno não consegue resolver. Essa foi a maneira de contornar um aspecto negativo da descentralização que é a fragmentação institucional com a proliferação de municipalidades.

A Secretaria Municipal de Saúde, também adotou soluções informais, como a troca de exames não pactuados ou pouco demandados com municípios vizinhos para facilitar o atendimento da população.

Uma outra forma de interferência do governo federal na administração da política de saúde municipal é a obrigatoriedade do uso dos instrumentos de gestão (plano, agenda, quadro de metas e relatório de gestão), a alimentação das bases de dados em saúde e a pactuação dos indicadores da atenção básica e da epidemiologia.

Os instrumentos elaborados inicialmente para cumprimento de mais uma formalidade requerida pelo Ministério da Saúde passaram a ser desenvolvidos com o intuito de favorecer o processo de planejamento e controle das ações de saúde.

O Relatório de Gestão de 2002 foi construído com a participação dos coordenadores de cada setor da secretaria, inclusive com a realização de oficinas para a definição de uma estrutura básica a ser seguida. A partir dos diagnósticos realizados, buscou-se trabalhar a Agenda de Saúde como instrumento de gestão de cada setor, com a definição de objetivos e indicadores para o exercício seguinte.

A ênfase estava na organização do sistema e ampliação de acesso e não no planejamento operacional de programas específicos. Estes últimos são tratados à parte, buscando envolver pessoas que produzem a ação na elaboração do planejamento operacional chamado de “protocolo”. A gestão da saúde do município tem adotado os eixos prioritários e os programas definidos pelo governo federal, por entender que eles atendem às necessidades da população.

Não obstante o esforço para qualificar os instrumentos, o processo de gestão continuava fragmentado e falho, pois as metas contidas na Agenda de Saúde são aquelas não contempladas pelo Pacto dos Indicadores da Atenção Básica e pela PPI Epidemiologia, existindo três instrumentos de planejamento e controle e a Agenda estava sendo elaborada durante o exercício de sua vigência.

As principais dificuldades apontadas quanto ao processo de gestão da saúde são relativas aos recursos humanos: cultura burocrática, inexperiência com os novos instrumentos, falta de iniciativa e determinação para implementar melhorias, tentativa de não assumir a responsabilidade pelos resultados negativos, falta de liderança e capacidade de trabalhar em grupo.

O papel que o Conselho Municipal de Saúde (CMS) deveria desempenhar no processo de gestão do SUS, muitas vezes, é comprometido pela falta de compreensão da abrangência da sua função e capacitação necessária dos seus membros para atuação efetiva na condução da política de saúde. Mas, houve um avanço em sua participação, uma vez que ele se responsabilizou e desenvolveu os objetivos e indicadores do eixo de Qualificação do Controle Social.

No setor público municipal de saúde, observa-se o reconhecimento quanto à importância de empreender esforços para obtenção e manutenção de dados e informações que permitam o acompanhamento do SUS em todo o país. Isso pode ser comprovado pela existência dos bancos de dados nacionais, da estratégia do cadastro e do Cartão Nacional da Saúde, do Pacto de Indicadores da Atenção Básica e da PPI Epidemiologia.

As informações são fundamentais para implementação dos novos instrumentos de gestão da política da saúde, a qual está focada não somente nos cuidados com a doença, mas também

com as ações de prevenção e promoção da saúde. Sendo assim, o escopo dos sistemas de informações é bem maior do que os dados de morbi-mortalidade.

Entretanto, as bases de dados apresentam problemas de consistência, sobretudo pela inadequação do preenchimento dos formulários de coleta de dados pelos profissionais da saúde, morosidade no repasse de alguns dados pelo Estado, limitações de alimentação dos sistemas estabelecidas pelo próprio governo federal e utilização de fontes diferentes quanto ao número de habitantes.

Para tentar amenizar o problema, os relatórios gerados pelos sistemas são encaminhados aos profissionais responsáveis pelo preenchimento para conferência. Além disso, nos casos em que o dado foi registrado em um sistema, mas não em outro, busca-se saber o porquê. Nesse processo, os agentes comunitários desempenham papel importante, pois conseguem investigar o motivo das divergências, já que estão em contato direto com a população.

O pacto da atenção básica apresenta dificuldades quanto: à diferença entre os indicadores calculados pelo município e pelo estado, à ausência de alguns parâmetros para fazer a pactuação, à falta de autonomia do município para estabelecer indicadores conforme a sua realidade, à não possibilidade de pactuar uma situação pior que a do exercício anterior e ao pacto ser realizado durante o exercício de sua vigência com a possibilidade de pactuar algo já realizado.

O Pacto de Indicadores da Atenção Básica está numa fase de aprendizagem e aperfeiçoamento, portanto, era de se esperar uma maior flexibilidade quanto à determinação das metas a serem alcançadas pelos municípios.

As iniciativas desenvolvidas na Secretaria da Saúde para desenvolvimento dos instrumentos de gestão foram dissociadas do processo de planejamento/orçamento. Aliás, não existe integração entre o Plano Plurianual, a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual, quanto mais entre os planos da área da saúde e área orçamentária/financeira.

A gestão do gasto público é focada no controle dos elementos de despesa e das unidades administrativas e não nos aspectos de planejamento e gerência. Os programas listados não

refletem todos os problemas que a administração municipal procura solucionar na área da saúde e os gestores não detalham o orçamento em projetos e atividades.

As ações governamentais não foram organizadas em programas que houvesse a determinação dos bens e serviços necessários à concretização dos objetivos sociais pretendidos. Os poucos programas delineados não apresentaram indicadores e não serviram como módulo integrador entre planos e orçamentos, existindo divergências entre as nomenclaturas utilizadas no PPA, LDO e LOA. Por sua vez, as metas das ações governamentais foram estabelecidas somente no PPA, não existindo detalhamento dos valores a serem alcançados em cada período pelas LDO e LOA.

O controle e a avaliação ainda se encontram muito centrados nos processos e em aspectos formais da gestão do gasto público. Na LDO, percebe-se uma forte preocupação da administração do município com o atendimento à Lei Complementar nº 101/2000 – Lei de Responsabilidade Fiscal.

Agrega-se às restrições da administração pública municipal a dificuldade de operacionalização dos indicadores, mormente, quanto à limitação de indicar conceitos complexos, à identificação da relação dos programas com as mudanças nos indicadores de efetividade, à determinação das medidas das ações governamentais e à não ligação direta entre indicadores de desempenho e indicadores de efetividade.

Apesar de todas as restrições, acredita-se que a forma de condução da política de saúde pela União favorece as iniciativas de uma gestão pública voltada para resultados, com a integração, por meio dos programas de governo, entre planejamento e orçamento, inclusive com o uso de indicadores sociais para avaliação da eficiência, eficácia e efetividade das ações desenvolvidas pelo governo municipal.

Isso porque, a alimentação das bases de dados e a pactuação dos indicadores induzem ao melhor conhecimento da situação de saúde da população e à reorganização das ações para o alcance das metas pactuadas. Para obter o resultado esperado, são necessários recursos orçamentários, portanto, a análise pode se estender para o orçamento público.

Os aspectos destacados sobre a gestão da saúde do município de Brumadinho/MG podem servir como referência para a realização de outros estudos. As conclusões delineadas ao longo do trabalho não podem ser generalizadas a todos os municípios brasileiros, pois os aspectos culturais, históricos e o grau de desenvolvimento social e econômico são determinantes na forma de condução das políticas públicas. Portanto, cada experiência municipal é única, mas pode revelar traços comuns em relação a outros municípios.

Recomenda-se o aprofundamento do estudo do tema em outros municípios, estados e União, com o intuito de trazer reflexões sobre a superação dos obstáculos para a integração entre gestão de políticas públicas e gestão orçamentária/financeira.

Com o intuito de contribuir para o desenvolvimento do referencial conceitual sobre indicadores sociais, são sugeridas pesquisas que adotem como referencial de análise os programas de governo no processo de planejamento/orçamento.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, Fernando Luiz; COUTO, Cláudio Gonçalves. A redefinição do papel do Estado no âmbito local. **São Paulo em perspectiva**. São Paulo, v. 10, n.3, p.40-47, Jul./Set.1996.

ADULIS, Dalberto. **O aperfeiçoamento da gestão pública na área da saúde**: estudo de caso de um processo de transformação organizacional. São Paulo, 1999. Dissertação (Mestrado em Administração) - Programa de Pós-Graduação em Administração, Departamento de Administração, Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo.

AFFONSO, Rui. Os municípios e os desafios da federação no Brasil. **São Paulo em perspectiva**. São Paulo, v. 10, n.3, p. 3-10, Jul./Set. 1996.

ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de, *et al.* Políticas públicas e organização do sistema de saúde: antecedentes, reforma sanitária e o SUS. *In*: WESTPHAL, Márcia Faria; ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio (Orgs.). **Gestão de serviços de saúde**. São Paulo: EDUSP - Editora da Universidade de São Paulo, 2001.

ANDREWS, Christina W.; KOUZMIN, Alexander. O discurso da nova administração pública. **Revista Lua Nova**. São Paulo, n. 45, p. 97-129, Set./Dez. 1998.

ARAÚJO, Vinícius de Carvalho. A conceituação de governabilidade e governança, da sua relação entre si e com o conjunto da reforma do Estado e do seu aparelho. **Textos para Discussão/ENAP**. Brasília, n. 45, 2002. Disponível em: <<http://www.enap.gov.br/setlivroshtml.htm>> Acesso em: 01 abr. 2003.

ARISTIGUETA *et al.* *The role of social indicators in the developing a managing for results system*. **Public Performance & Management Review**. v.24, n.3, p.254-269, March 2001.

ASSIS, Marluce Maria Araújo. O processo de construção do controle social no Sistema Único de Saúde e a gestão nos espaços institucionais. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v.27, n.65, p.324-335, Set./Dez. 2003.

BARROS, Elizabeth. Financiamento do sistema de saúde no Brasil: marco legal e comportamento do gasto. *In*: Organização Pan-Americana da Saúde. **Série técnica projeto de desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde**. Brasília, 2003.

BERGUE, Sandro Trecaastro. **Sistemas de planejamento e controle interno e a análise de desempenho baseada em indicadores de eficácia**: a proposição de uma abordagem da

despesa pública em educação focada no programa de ensino fundamental no município de Cerro Grande do Sul. 2001. Disponível em: <http://federativo.bndes.gov.br/bf_bancos/estudos/e0001578.pdf> Acesso em: 15 Mai. 2004.

BORTOLANZA, Juarez; POSSAMAI, Osmar. O caminho dos municípios na saúde e o uso de indicadores. **Revista de Administração Municipal**. Rio de Janeiro, n. 225, p. 30-33, Set./Out. 2000.

BORTOLANZA, Juarez; POSSAMAI, Osmar. Indicadores de Saúde da População e Planejamento Social. **Revista de Administração Municipal**. Rio de Janeiro, n. 229, p. 14-15, Maio/Jun. 2001.

BOVO, José Murai. Gastos sociais dos municípios e desequilíbrio financeiro. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v.35, n. 1, p. 93-117, Jan./Fev. 2001.

BRASIL. Constituição (1988). Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. **Coleção Saraiva de legislação**. 21. ed. São Paulo: Saraiva, 2001.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. **Coleção Saraiva de legislação**. 21. ed. São Paulo: Saraiva, 2001.

BRASIL. Constituição (1988). Emenda Constitucional nº 19, de 04/06/1998. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br>> Acesso em: 30 abr. 2004.

BRASIL. Constituição (1988). Emenda Constitucional nº 25, de 13/09/2000. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br>> Acesso em: 30 abr. 2004.

BRASIL. Constituição (1988). Emenda Constitucional nº 29, de 14/02/2000. **Legislação do SUS**. Brasília: CONASS, 2003.

BRASIL. Decreto-lei nº 200, de 25/02/1967. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br>> Acesso em: 17 out. 2003.

BRASIL. Decreto-lei nº 2.829, de 29/10/1998. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br>> Acesso em: 16 dez. 2003.

BRASIL. Lei Complementar nº 101, de 04/05/2000. **Diário Oficial – República Federativa do Brasil: Poder Executivo**, ano CXXXVIII, n. 86, p. 1-11, 2000.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19/09/1990. **Legislação do SUS**. Brasília: CONASS, 2003.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28/12/1990. **Legislação do SUS**. Brasília: CONASS, 2003.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado - MARE. **A reforma administrativa do sistema de saúde**. Brasília, 1998. Disponível em: <http://www.planejamento.gov.br/arquivos_down/seges/publicacoes/cadernos_mare/caderno13.pdf> Acesso em: 23 jun. 2003.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado - MARE. **Plano diretor da reforma do aparelho do Estado**. Brasília, 1995. Disponível em: <<http://www.planejamento.gov.br>> Acesso em: 23 jun. 2003.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – MPOG. Portaria nº 117, de 12/11/1998. Disponível em: <<http://www.planejamento.gov.br/legislacao/conteudo/portarias.htm>> Acesso em: 16 dez. 2003.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – MPOG. Portaria nº 51, de 16/11/1998. Disponível em: <<http://www.planejamento.gov.br/legislacao/conteudo/portarias.htm>> . Acesso em: 16 dez. 2003.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – MPOG. Portaria nº 42, de 14/04/1999. Disponível em: <<http://www.planejamento.gov.br/legislacao/conteudo/portarias.htm>> . Acesso em: 16 dez. 2003.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – MPOG. **Instrução para elaboração da proposta orçamentária da União para 2000**: Manual técnico de orçamento (MTO-02). Brasília, 1999. Disponível em: <<http://webfarm2.planejamento.gov.br/mto2004/inicio.htm>> . Acesso em: 20 jul. 2004.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – MPOG. **Gestão pública para um Brasil de todos**: plano de gestão do governo Lula. Brasília, 2003a. Disponível em: <<http://www.planejamento.gov.br>> Acesso em: 20 maio 2004.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – MPOG. **Manual técnico de orçamento (MTO-02)**: instrução para elaboração da proposta orçamentária da União para 2004. Brasília, 2003b. Disponível em: <<http://webfarm2.planejamento.gov.br/mto2004/inicio.htm>> . Acesso em: 20 jul. 2004.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – MPOG. **Plano de gestão do PPA 2004-2007**: texto para discussão. Brasília, 2004. Disponível em: <http://www.planejamento.gov.br/arquivos_down/spi/Plano_de_Gestao.pdf> . Acesso em: 20 ago. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde – MS. Norma operacional básica do Sistema Único de Saúde, 05/11/1996 – (NOB/SUS 01/96). **Legislação do SUS**. Brasília: CONASS, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde – MS. Portaria GM/MS nº 3925, de 13/11/1998. **Legislação do SUS**. Brasília: CONASS, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde - MS. Portaria GM/MS nº 95, de 26/01/2001 (NOAS/SUS 01/01). **Legislação do SUS**. Brasília: CONASS, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde – MS. Portaria GM/MS nº 548, de 12/04/2001. **Legislação do SUS**. Brasília: CONASS, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde - MS. Portaria GM/MS nº 373, de 26/02/2002 – (NOAS/SUS 01/02). **Legislação do SUS**. Brasília: CONASS, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde - MS. Portaria GM/MS nº 2047, de 05/11/2002. **Legislação do SUS**. Brasília: CONASS, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde – MS. **Política nacional de informação e informática em saúde**: proposta versão 2.0 (inclui deliberação da 12ª Conferência Nacional de Saúde). Brasília, 2004. Disponível em: <http://politica.datasus.gov.br/PoliticaInformacaoSaude29_03_2004.pdf>. Acesso em: 25 set. 2004.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 163, de 04/05/2001. Disponível em: <http://www.planejamento.gov.br/orcamento/conteudo/legislacao/portarias/portaria_interministerial_163_4_04_01.htm> . Acesso em: 01 set. 2004.

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. Da administração pública burocrática à gerencial. **Revista do Serviço Público**. Brasília, v. 120, n. 1, p. 7-40, Jan./Abr. 1996.

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. A Reforma do Estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle. **Revista Lua Nova**. São Paulo, n. 45, p. 49-95, Set./Dez. 1998.

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. Reforma da nova gestão pública: agora na agenda da América Latina, no entanto... **Revista do Serviço Público**. Brasília, ano 53, n.1, p-5-26, Jan./Mar. 2002.

BURKHEAD, Jesse. **Orçamento público**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1971.

CARDOSO, Regina Luna Santos. **Elaboração de indicadores de desempenho institucional e organizacional no setor público: técnicas e ferramentas**. São Paulo: FPFL-CEPAM, 1999.

CARVALHO, Gilson *et al.* Avaliação de ações e serviços de saúde. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, v. 24, n. 1, p.72-88, Jan./Fev. 2000.

CASTRO, Cláudio de Moura. Um provão para governantes? **Revista Veja**. São Paulo, v. 36, n. 18, p.20, 07 de maio de 2003.

COHEN, Ernesto; FRANCO, Rolando. **Avaliação de projetos sociais**. 6ª ed. Petrópolis-RG: Vozes, 2004.

CONASS - Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2003.

CORE, Fabiano Garcia. Reforma gerencial dos processos de planejamento e orçamento. **Texto para Discussão/ENAP nº 44**. Brasília, 2001. Disponível em: <<http://www.enap.gov.br/setlivroshtml.htm>> Acesso em: 01 abr. 2003.

CRUZ, Flávio da; PLATT, Orion Augusto. **O uso de indicadores no controle e na gestão pública**. Disponível em: <<http://www.nicb.ufsc.br>> . Acesso em: 04 fev. 2002.

CRUZ, Flávio da; PLATT, Orion Augusto. **Indicadores da análise de desempenho municipal**. Disponível em: <<http://www.nicb.ufsc.br>> . Acesso em: 04 fev. 2002.

CUNHA, Armando Moreira da. **Manual da disciplina: planejamento, programação e orçamentação**. São Paulo: FGV/EBAP/CIPAD, 1978 *apud* CORE, Fabiano Garcia. Reforma gerencial dos processos de planejamento e orçamento. **Texto para Discussão/ENAP nº 44**. Brasília, 2001. Disponível em: <<http://www.enap.gov.br/setlivroshtml.htm>> Acesso em: 01 abr. 2003.

DATASUS. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em 2004.

DINIZ, Eli. Globalização, ajuste e reforma do Estado: um balanço da literatura recente. *In*: SEMINÁRIO INTERNACIONAL “REESTRUTURAÇÃO E REFORMA DO ESTADO: O BRASIL E A AMÉRICA LATINA NO PROCESSO DE GLOBALIZAÇÃO”, São Paulo, 1998a. Disponível em: < <http://www.fia.com.br/REFORMA/TEXTOS.HTM>> Acesso em: 12 jan. 2004.

DINIZ, Eli. Uma perspectiva analítica para a reforma do Estado. **Revista Lua Nova**. São Paulo, n. 45, p. 29-48, 1998b.

DINIZ, Eli. Globalização, reforma do Estado e teoria democrática contemporânea. **São Paulo em perspectiva**. São Paulo, v. 15, n. 4, p. 13-22, Out./Dez. 2001.

DRAIBE, Sônia Miriam. Reforma do Estado e descentralização: a experiência recente da política brasileira de ensino fundamental. *In*: SEMINÁRIO INTERNACIONAL “REESTRUTURAÇÃO E REFORMA DO ESTADO: O BRASIL E A AMÉRICA LATINA NO PROCESSO DE GLOBALIZAÇÃO”, 1998, São Paulo. Disponível em: < <http://www.fia.com.br/REFORMA/TEXTOS.HTM>> Acesso em: 12 jan. 2004.

FELICÍSSIMO, JR. *et al.* (Coord.) **Sociedade e Estado**: superando fronteiras. São Paulo: FUNDAP, 1998.

FREITAS, Mário Sebastião Nogueira de. Uma releitura do orçamento público sob uma perspectiva histórica. **Bahia Análise & Dados**. Salvador, v. 12, n. 4, p. 9-24, Mar. 2003.

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. **Sistema de avaliação das finanças municipais**. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 1994.

GAETANI, Francisco. As iniciativas de políticas de gestão pública do governo Lula. **Revista de gestão governamental e políticas públicas**. Goiânia, ano 2, n. 3, p. 104-138, Nov. 2003. Disponível em: < <http://www.anesp.org.br/sites/300/394/Revista%20respvblica/Respvblica3.pdf>> Acesso em: 12 jul. 2004.

GARCES, Ariel; SILVEIRA, José Paulo. Gestão pública orientada para resultados no Brasil. **Revista do Serviço Público**. Brasília, ano 53, n.4, p. 53-77, Out./Dez. 2002.

GIACOMONI, James. **Orçamento público**. 9. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

HERNANDEZ OROZCO, C. **Planificación y Programación**. San José: Editorial Universidad Estatal a Distancia, 1986 *apud* COHEN, Ernesto; FRANCO, Rolando. **Avaliação de projetos sociais**. 6ª ed. Petrópolis-RG: Vozes, 2004.

HINRICHS, Harley H.; TAYLOR, Graeme M.. **Orçamento-programa e análise custo-benefício**: casos, textos e leituras. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1974.

INOJOSA, Rose Marie; JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. O setor saúde e o desafio da intersectorialidade. **Cadernos FUNDAP**. São Paulo, n. 21, p. 156-164, 1997.

JANNUZZI, Paulo de Martino. Considerações sobre o uso, mau uso e abuso dos indicadores sociais na formulação e avaliação de políticas públicas municipais. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v.36, n.1, p. 51-72, Jan./Fev. 2002.

JANNUZZI, Paulo de Martino. **Indicadores Sociais no Brasil**: conceitos, fontes de dados e aplicações. São Paulo: Alínea, 2001a.

JANNUZZI, Paulo de Martino. Repensando a prática de uso de indicadores sociais na formulação e avaliação de políticas públicas municipais. *In*: ENCONTRO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO - ENANPAD, 25., 2001, Campinas. **Anais...** Campinas: ANPAD, 2001b.

KELLY, Joanne; WANNA, John. A nova gestão pública e as políticas de programação orçamentária do governo. **Revista do Serviço Público**. Brasília, ano 52, n.3, p. 52-81, Jul./Set. 2001.

KLIKSBERG, Bernardo. A gerência na década de 90. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 59-85, Jan./Mar. 1988.

KLIKSBERG, Bernardo. Redesenho do Estado para o desenvolvimento sócio-econômico e a mudança: uma agenda estratégica para a discussão. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p.5-25, Jul./Set., 1994.

KURZ, Robert. O futuro é diferente: uma visão da sociedade do século 21. *In*: FELICÍSSIMO, JR. *et al.* (Coord.) **Sociedade e Estado**: superando fronteiras. São Paulo: FUNDAP, 1998.

LEVCOVITZ *et al.* Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência Saúde Coletiva**. [online]. 2001, v.6, n.2, p.269-291.

MACHADO JR., José Teixeira. A experiência brasileira em orçamento-programa: uma primeira visão. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v.1, n. 1, p. 145-172, 1967.

MACHADO JR, José Teixeira; REIS, Heraldo da Costa. **A Lei 4320 comentada**. 30. ed. Rio de Janeiro: IBAM, 2001.

MARINHO, Emerson; JORGE NETO, Paulo de Melo. Gastos públicos e condições de vida no Ceará. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, p. 139-160, maio/jun. 1999.

MARINI, Caio. O contexto contemporâneo da administração pública na América Latina. *Revista do Serviço Público*. Brasília, ano 53, n. 4, p. 31-52, Out./Dez. 2002.

MARTINS, Luciano. Estado e sociedade: uma mudança de parâmetros. In: FELICÍSSIMO, JR., *et al.* (Coord.) **Sociedade e Estado**: superando fronteiras. São Paulo: FUNDAP, 1998.

MEIRELLES, Hely Lopes. **Direito administrativo brasileiro**. 27. ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2002.

MELO, Marcus André. Crise federativa, guerra fiscal e “Hobbesianismo Municipal”: efeitos perversos da descentralização? **São Paulo em perspectiva**. São Paulo, v. 10, n. 3, p.11-20, Jul./Set. 1996.

MENDES, Áquilas Nogueira; MARQUES, Rosa Maria. O papel e as conseqüências dos incentivos como estratégia de financiamento das ações de saúde. In: Organização Pan-Americana da Saúde. **Série técnica projeto de desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde**. Brasília, 2003a.

MENDES, Áquilas Nogueira; MARQUES, Rosa Maria. Os (des) caminhos do financiamento do SUS. *Saúde em debate*. Rio de Janeiro, v.27, n.65, p.389-404, Set./Dez. 2003b.

MORGAN, Douglas (Org.). **Handbook on public budgeting**. Oregon: Oregon State Fiscal Association, 2002.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. Para uma governabilidade democrática progressiva. **Revista Lua Nova**. São Paulo, n. 36, p. 105-128, 1995.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. A crise da gestão pública: do reformismo quantitativo a um caminho qualitativo de reforma do Estado. **Cadernos FUNDAP**. São Paulo, n. 21, p.6-25, 1997a.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. A dimensão política da descentralização participativa. **São Paulo em perspectiva**. São Paulo, v. 11, n. 3, p. 8-19, Jul./Set.1997b.

ONU - ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Manual de orçamento por programas e realizações**. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento e Coordenação Geral, 1971.

OSZLAK, Oscar. Estado e Sociedade: novas regras de jogo? *In*: FELICÍSSIMO, JR. *et al.* (Coord.) **Sociedade e Estado**: superando fronteiras. São Paulo: FUNDAP, 1998.

PNUD *et al.* **Desenvolvimento humano e condições de vida**: indicadores brasileiros. Brasília: PNUD, 1998.

POLLITT, C. *Performance management and financial management: how to integrate them?* PUMA/SBO, 1999 *apud* PUMA/OCDE. Estudos sobre orçamento e gestão nos países da OCDE: uma proposta de estrutura. **Revista do Serviço Público**. Brasília, ano 53, n. 4, p.5-30, Out./Dez 2002.

PUMA/OCDE. Estudos sobre orçamento e gestão nos países da OCDE: uma proposta de estrutura. **Revista do Serviço Público**. Brasília, ano 53, n. 4, p.5-30, Out./Dez 2002.

QUINTELLA, Rogério H.; SOARES JUNIOR, Jair Sampaio. Desenvolvimento econômico: como bons indicadores podem ajudar na interface entre os governos estadual e municipal. ENCONTRO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO - ENANPAD, 25., 2001, Campinas. **Anais...** Campinas: ANPAD, 2001.

RIBEIRO, Claudiney Guimarães; BARROS, Aluizio A. Indicador econômico do município de São João Del-Rey: reformulação dos aspectos metodológicos. **Vertentes**. São João Del-Rei, n. 16, p. 133-149, jul./dez. 2000.

RODRIGUES, Maria Cecília Prates. Potencial de desenvolvimento dos municípios fluminenses: uma metodologia alternativa ao IQM, com base na análise fatorial exploratória e análise de *clusters*. **Caderno de Pesquisas em Administração**. São Paulo, v. 9, n. 1, jan./mar. 2002.

SCHICK, Allen. *The road to PPB: the stages of budget reform*. **Public Administration Review**. v. 26, n. 4,dez. 1966.

SCHOMMER, Paula Chies. Gestão pública no Brasil: notícias do teatro de operações. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, v. 43, n. 4, p.102-107, Out./Dez 2003.

SEADE. **Índice Paulista de Responsabilidade Social**. Disponível em: <<http://www.al.sp.gov/index11.htm>>. Acesso em: 21 fev. 2002.

SEADE. **Índice de Vulnerabilidade Juvenil**. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br/ivj/principal.html>> . Acesso em: 02 ago. 2004.

SEADE. **Índice Paulista de Responsabilidade Social: continuidade e desdobramentos - atualização**. Disponível em: <http://www.al.sp.gov/index_iprs.htm>. Acesso em: 20 set. 2003a.

SEADE. **Índice Paulista de Responsabilidade Social: continuidade e desdobramentos - geração de indicador de esforços em saúde**. Disponível em: <http://www.al.sp.gov/index_iprs.htm>. Acesso em: 20 set. 2003b.

SILVA, Lino Martins da. **Contabilidade governamental: um enfoque administrativo**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

SILVA, Pedro Luiz Barros. Reforma do Estado e política social no Brasil: êxitos, problemas e desafios da coordenação intergovernamental. **Cadernos de Pesquisa NEPP/UNICAMP**. Campinas, n.31, 1998.

SILVA, Pedro Luiz Barros. Serviços de saúde: o dilema do SUS na nova década. **São Paulo em Perspectiva**. São Paulo, v.17, n.1, p. 69-85, Jan./Mar. 2003.

TANAKA, Oswaldo Y.; MELO, Cristina. **Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer**. São Paulo: EDUSP – Editora da Universidade de São Paulo, 2001.

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Estudo sócio-econômico 1997-2000**: Sumidouro. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: < <http://www.tce.rj.gov.br/estpesq/estsoceco/sumidouro.pdf>>. Acesso em: 09 set. 2002.

VARELLI, Leandro Lamas. **Indicadores de resultados de projetos sociais**. 1999. Disponível em:<http://www.rits.org.br/gestao_teste/ge_testes/ge_tmes_jul99.cfm> Acesso em: 20 Set. 2004.

VIGNOLI, Francisco Humberto (Org.). **A lei de responsabilidade fiscal comentada para municípios**. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas, 2002.

WESTPHAL, Márcia Faria; ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio (Orgs.). **Gestão de Serviços de Saúde**. São Paulo: EDUSP -Editora da Universidade de São Paulo, 2001.

WRIGHT, Chester. O conceito de orçamento-programa. *In*: HINRICHS, Harley H.; TAYLOR, Graeme M. **Orçamento-programa e análise custo-benefício**: casos, textos e leituras. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1974.

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

APÊNDICES

APÊNDICE 1: CARTA DE APRESENTAÇÃO

APÊNDICE 1
CARTA DE APRESENTAÇÃO

São Paulo, 07 de Julho de 2003.

Ao Sr. Antônio Sérgio dos Santos Vieira

DD. Secretário Municipal de Saúde do Município de Brumadinho-MG

Esta carta visa a apresentar Patrícia Siqueira Varela, aluna do curso de mestrado em Controladoria e Contabilidade da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo (FEA/USP), a qual se encontra na fase de desenvolvimento da sua dissertação, cujo tema é *“A utilização de indicadores econômico-sociais no processo orçamentário do setor público municipal de saúde”*.

Para tanto, a referida aluna está utilizando a Metodologia de Pesquisa “Estudo de Caso”, com o intuito de identificar e documentar respostas a questões como: quais são os sistemas de informações e bases de dados nacionais que precisam ser alimentados pelos municípios? Quais são as condições operacionais de alimentação das bases de dados e sistemas de informação e como acontece a transferência dos mesmos ao Ministério da Saúde? Como é o processo de Pactuação dos indicadores da Atenção Básica e de elaboração dos planos municipais de saúde e do orçamento público? Quais são as relações existentes entre informações de saúde, indicadores, planos municipais de saúde e orçamento público dos municípios?

Tendo em vista as boas referências de Brumadinho quanto ao seu processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), acredita-se que desenvolver o Projeto de Estudo de Caso no município de V. Sa. será relevante para alcançar o objetivo principal da pesquisa que é compreender e descrever o atual estágio de evolução da utilização das informações e indicadores de saúde no processo de planejamento e orçamento do setor público municipal de saúde.

Além disso, Brumadinho poderá dar uma valiosa colaboração para a discussão de um assunto de grande relevância social em uma das mais renomadas universidades do país, existindo a possibilidade do relatório de Estudo de Caso elaborado sobre as experiências do município ser utilizado como referência para estudos em outros municípios e, até mesmo, outros entes da Federação. Ao mesmo tempo, a troca de experiências entre uma pesquisadora da área de contabilidade e os profissionais deste município durante o processo de pesquisa e o próprio relatório de Estudo de Caso pode conduzir a novos estudos e ações para a melhoria da gestão da saúde em Brumadinho.

Para que a proposta de Estudo de Caso possa ser realizada no município de Brumadinho, pedimos a concessão de tempo e paciência de V. Sa. e dos funcionários ligados à área de saúde, planejamento e finanças para orientação e viabilização da obtenção dos dados, no período de 21/07 a 02/08, por meio das seguintes fontes de informações:

- Documentos: relatórios de planejamento, orçamentos, relatórios de gestão, Pacto dos indicadores da atenção básica, prestações de contas, leis e normas sobre funcionamento de programas na área da saúde, organograma do município, normas expedidas pelo Ministério da Saúde e pelo Estado, matérias de revistas e jornais sobre o município, entre outros;
- Registros em arquivos: banco de dados e sistemas de informações na área da saúde, dados contábeis, dados do cadastro nacional dos usuários do SUS, orçamentos etc.;
- Entrevistas com os profissionais da prefeitura;
- Observação do processo de obtenção dos dados de saúde através de visitas nas unidades de prestação de serviço ou mesmo acompanhando os profissionais responsáveis pela coleta dos dados.

Vale ressaltar que os dados e informações obtidos não servirão para qualquer outra finalidade que não seja a desta pesquisa acadêmica.

O perfil profissional e pessoal da aluna e as informações sobre o Professor Orientador estão descritos abaixo, bem como as diversas formas de contato com os mesmos.

Aluna do Mestrado: Patrícia Siqueira Varela

Brasileira, oriunda da cidade de São José da Lapa/MG, 26 anos, assistente de pesquisa da FIPECAFI – Fundação Instituto de Pesquisas Contábeis, Atuariais e Financeiras – e professora da FACESP/FECAP – Faculdade de Ciências Econômicas de São Paulo.

E-mail: psvarela@usp.br

Fones: (11) 3766-7713 (res.), (11) 3091-5820 r. 158 (com.), (11) 9395-3236

Professor Orientador: Prof. Dr. Gilberto de Andrade Martins

Professor Titular do Departamento de Contabilidade e Atuária da FEA/USP.

E-mail: martins@usp.br

Fone: (11) 3091-5820 r. 124.

Certos de poder contar com a colaboração de V. Sa. e do município, antecipamos agradecimentos.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Gilberto de Andrade Martins
Professor Orientador