JOSÉ ALEXANDRE BUSO WEILLER

**Desempenho dos gastos municipais com saúde no município
de São Bernardo do Campo: um estudo sobre o instrumento
“Orçamento por Desempenho”**

Dissertação apresentada à Faculdade
de Saúde Pública, Universidade de
São Paulo como parte dos requisitos
para obtenção do grau de Mestre em
Serviços de Saúde Pública

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública

Linha de Pesquisa: Política e Gestão em Saúde

Orientador: Prof. Dr. Áquilas Nogueira Mendes

São Paulo, agosto, 2014

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Weiller, José Alexandre Buso

Desempenho dos gastos municipais com saúde no município de São Bernardo do Campo: um estudo sobre o instrumento “Orçamento por Desempenho”. São Paulo, 2014.

184 p.: il.; 30cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Saúde Pública/USP.
Área de concentração: Serviços de Saúde Pública.

Orientador: Áquilas Nogueira Mendes.

1. Políticas Públicas. 2. Orçamentos. 3. Indicadores de Serviços.
4. Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde. 5. Economia da Saúde

Nome: Weiller, José Alexandre Buso

Título: Desempenho dos gastos municipais com saúde no município de São Bernardo do Campo: um estudo sobre o instrumento “Orçamento por Desempenho”.

Dissertação apresentada à Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, para a obtenção do título de mestre em Serviços de Saúde Pública.

Aprovado em:

Banca Examinadora:

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

À Gilson de Cássia Marques de Carvalho (*in memoriam*)...
...à tod@s SUSmaníacos!

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Carlos Roberto e Thereza Emília, que, de diferentes formas, me apoiam e ajudam nas minhas escolhas e ideias. Contarei sempre com vocês!

Ao professor, amigo e orientador, Áquilas Nogueira Mendes, pela energia de todos os encontros, pela radicalidade no pensar os atuais “tempos turbulentos” e pela grande amizade!

À minha paixão e esposa, Clarice, pelo apoio incondicional “na alegria e na tristeza, na saúde e na doença, em todos os dias da nossa vida”! Minha eterna defensora e crítica...obrigado pela sua ética que, por muitas vezes, me “abre” os olhos...

Às minhas irmãs, Camila Maria e Giovana Cristina, por sempre me lembrarem que família é única e divertida!

Aos meus amigos e amigas UNESPian@s pelas experiências vivenciadas na construção de uma Universidade mais ética.

Aos meus amigos e amigas PROAHSiatic@s pelos dias de experiências em trabalho e aprendizado. Lembrado à tod@s que um SUS é, e sempre será, possível!

Aos meus amigos e amigas são bernardenses que construíram e constroem uma Saúde Pública em São Bernardo do Campo mais equânime e efetiva.

Aos meus amigos e amigas mauaenses que, também, constroem comigo uma Saúde Pública em Mauá mais equânime, efetiva e desafiante!

Aos membros da minha banca de qualificação, José Maurício Conti e Gilson de Cássia Marques de Carvalho, pela cuidadosa leitura do material, indicações para melhora e proposição de ideias.

À tod@s usuários, trabalhadores e gestores da Saúde Pública que acreditam, radicalmente, no princípios vigentes do SUS!

Ele acredita que o chão é duro
Que todos os homens estão presos
Que há limites para a poesia
Que não há sorrisos nas crianças
Nem amor nas mulheres
Que só de pão vive o homem
Que não há um outro mundo.

Murilo Mendes, *O utopista*

RESUMO

WEILLER, J. A. B. (2014). *Desempenho dos gastos municipais com saúde no município de São Bernardo do Campo: um estudo sobre o instrumento “Orçamento por Desempenho”* Texto para defesa de mestrado apresentado ao Programa de Pós Graduação em Saúde Pública, do Departamento de Prática de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP (Orientador: Prof. Dr. Áquilas Nogueira Mendes).

A análise empreendida nesta dissertação aborda o processo de desenvolvimento de uma metodologia que busca relacionar o desempenho entre as políticas públicas de saúde e os orçamentos organizados e destinados ao seu financiamento. Para tanto, o seu objetivo central é avaliar o desempenho do gasto em saúde do município de São Bernardo do Campo, a partir de uma metodologia específica, intitulada “orçamento por desempenho” – *performance budget*, que contribui para relacionar o planejamento com os resultados da política de saúde alcançados. Este trabalho revisa também os principais conceitos de gestão, planejamento e orçamento, descrevendo as características estruturais e legais do processo de orçamentação do SUS, durante os anos 1990 e 2000. Para a avaliação de desempenho do gasto em saúde do município de São Bernardo do Campo, entre 2005 a 2012, foram utilizados os instrumentos orçamentários PPAs, LDOs, LOAs e, ainda, relatórios e planilhas provenientes dos processos de pactuação em saúde, além de dados secundários acessados em diversas bases federais de informações em saúde (SIOPS, SISPACTO, etc.). Este período de análise teve como eixo central a comparação entre diferentes grupos gestores, no que concerne a execução, com maior ou menor sucesso de produção de um sistema de saúde municipal. As características gerais da saúde pública, no período de análise, demonstraram grande crescimento a partir de 2009, com a implantação dos mais variados serviços e equipes de saúde. Ao analisar os instrumentos orçamentários com foco na Saúde, observou-se, também a partir de 2009, uma melhora na organização, padronização e, mínimo, processo de relação dos indicadores citados no PPA e presentes nas pactuações da Saúde Pública nos anos que se seguiram. Porém, há que constar, que os processos de avaliação de metas físicas indicadas nas LDOs municipais em todos os anos de estudo não foram cumpridos por nenhum grupo gestor. A elaboração e proposição de uma metodologia, na lógica do “Orçamento por desempenho” se apoia na construção de uma matriz de indicadores pactuados no âmbito do SUS e organizados por subfunções orçamentárias da área da saúde e categorias desse “orçamento por desempenho”, como *recursos, outputs, eficiência e outcomes*.

Palavras-chave: Avaliação de Desempenho em Saúde; Orçamento por Desempenho; Indicadores Pactuados no SUS; São Bernardo do Campo.

ABSTRACT

WEILLER, J. A. B. (2014). *Performance of municipal health expenditure in São Bernardo do Campo: a study on "Performance Budgeting"* Text tool to defend Masters presented to the Graduate Program in Public Health, Department of Public Health Practice, University of São Paulo, São Paulo, SP (Advisor: Prof. Dr. Áquilas Nogueira Mendes.).

The analysis undertaken in this dissertation addresses the process of developing a methodology to relate performance between public health policies and budgets and arranged for its financing. For that, your main objective is to evaluate the performance of health spending in São Bernardo do Campo, from a specific methodology entitled "performance budgeting" - budget performance, which contributes to planning relate to the results of health policy achieved. This paper also reviews key concepts of management, planning and budgeting, describing the structural and legal characteristics of the budgeting process of SUS during the years 1990 and 2000. To assess the performance of health spending in São Bernardo do Campo between 2005-2012, the budgetary instruments PPAs, LDOs, LOAs, and also reports and spreadsheets from the negotiation of agreements on health were used in addition to secondary data accessed in various federal databases of health information (SIOPS, SISPACTO, etc.). This period of instigating factor analysis was the need to compare how different management groups, managed with more or less success, producing a municipal health system with favorable results to the population. The general characteristics of public health in the period of analysis, showed strong growth from 2009, with the implementation of various services and health teams. By analyzing the budgetary instruments with focus on Health, it was observed, once again starting in 2009, an improvement in the organization, standardization and minimum ratio of process indicators cited in the PPA and gifts pacts in Public Health in the years followed. However, it must appear that the process of evaluation of physical targets indicated in municipal LDOs in all years of study have not been met by any group manager. The establishment and development of a methodology, the logic of "Budget performance" is based on building an array of indicators agreed under the NHS and organized by budget sub-functions of healthcare categories and that "performance budgeting" as resources , *Outputs*, *Outcomes* and efficiency.

Keywords: Performance Assessment in Health Care; Budget Performance; Indicators agreed in the SUS; São Bernardo do Campo.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Ciclo das funções integradas da Gestão Pública	33
Figura 2 – Integração do orçamento-programa ao plano	60
Figura 3 – Quando foi o primeiro esforço do governo para introdução de medições de resultados?	67
Figura 4 – Que tipos de informações para o desempenho são produzidas para avaliar o desempenho do governo?	67
Figura 5 – Quando foi a mais recente iniciativa do governo para introduzir medidas de desempenho?	68
Figura 6 – Elementos do processo de planejamento da saúde e inter-relações	91

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Comparativo de valores entre propostas para os gastos da União em Saúde, 2014 – Brasil	36
Tabela 2 – Indicadores Econômicos e de Despesas em Saúde Mundiais, 2011 – Brasil	37
Tabela 3 – Percentual de recursos próprios gastos em saúde em São Bernardo do Campo	120
Tabela 4 – Número de estabelecimentos de Saúde, gestão municipal, segundo tipo em São Bernardo do Campo de 2005 à 2012	123
Tabela 5 – Distribuição quantitativa de itens presentes no PPA em São Bernardo do Campo de 2002 à 2012	127
Tabela 6 – Distribuição quantitativa de itens presentes na LDO em São Bernardo do Campo de 2002 à 2012	131
Tabela 7 – Despesas liquidadas e inscritas em restos à pagar segundo subfunção na Função Saúde nas LOAs de São Bernardo do Campo entre 2005 e 2008, em R\$ de dez. 2012*	137
Tabela 8 – Despesas liquidadas e inscritas em restos à pagar segundo subfunção na função Saúde nas LOAs de São Bernardo do Campo entre 2009 e 2012, em R\$ de dez. 2012*	138
Tabela 9 – Relação de indicadores nas LDOs de São Bernardo do Campo entre 2006 e 2009 na Função Saúde	147
Tabela 10 – Relação de indicadores no PPA e LDOs de São Bernardo do Campo entre 2010 e 2012 na Função Saúde	148
Tabela 11 – Relação de indicadores finais estabelecidos no SISPACTO em São Bernardo do Campo entre 2007 e 2012	149
Tabela 12 – Relação de indicadores finais estabelecidos do SISPACTO segundo Subfunções orçamentárias e categorias do PB em São Bernardo do Campo entre 2007 e 2012	150
Tabela 13 – Relação de indicadores estabelecidos para a categoria Recursos segundo subfunção em São Bernardo do Campo de 2006 à 2012	151
Tabela 14 – Relação de indicadores estabelecidos para a categoria <i>Outputs</i> segundo subfunção em São Bernardo do Campo de 2006 à 2012	153
Tabela 15 – Relação de indicadores estabelecidos para a categoria Eficiência segundo subfunção em São Bernardo do Campo de 2006 à 2012	155
Tabela 16 – Relação de indicadores estabelecidos para a categoria <i>Outcomes</i> segundo subfunção de São Bernardo do Campo de 2006 à 2012	157
Tabela 17 – Quadro geral das metas alcançadas segundo categoria do PB e quadriênio (1º e 2º) em São Bernardo do Campo de 2006 à 2012	159

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Categorias do “Orçamento por Desempenho”	71
Quadro 2 – Resumo das mais recentes reformas implementadas	72
Quadro 3 – Nome dos programas na LDO de São Bernardo do Campo entre 2002 e 2008	132
Quadro 4 – Nome dos programas na LDO de São Bernardo do Campo entre 2009 e 2012	133
Quadro 5 – Relação de ações do PPA 2002-2005 na Função Saúde de São Bernardo do Campo	141
Quadro 6 – Relação de ações do PPA 2006-2009 na Função Saúde de São Bernardo do Campo	142
Quadro 7 – Relação de ações do PPA 2009-2013 na Função Saúde de São Bernardo do Campo	143

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Gastos em ações e serviços públicos de Saúde como proporção do Produto Interno Bruto segundo esfera de governo no Brasil entre 2002 à 2011	34
Gráfico 2 - Produto Interno Bruto segundo município do Grande ABC entre 2006 à 2010, em R\$ de dez. 2012*	113
Gráfico 3 - PIB per capita segundo município do Grande ABC em 2010, em R\$ de dez. 2012*	114
Gráfico 4 - IDH - Dimensão Longevidade segundo município do Grande ABC em 1991, 2000 e 2010	115
Gráfico 5 - IDH - Dimensão Educação segundo município do Grande ABC em 1991, 2000 e 2010	115
Gráfico 6 - IDH - Dimensão Renda segundo município do Grande ABC em 1991, 2000 e 2010	116
Gráfico 7 - Índice de Desenvolvimento Humano segundo município do Grande ABC em 1991, 2000 e 2010	117
Gráfico 8 - Receita disponível e despesa em saúde com recursos municipais per capita de São Bernardo do Campo entre 2005 à 2012, em R\$ de dez. 2012*	118
Gráfico 9 - Receita de transferências SUS per capita em São Bernardo do Campo de 2005 à 2012, em R\$ de dez. 2012*	119
Gráfico 10 - Quantidade de equipe de saúde segundo tipo em São Bernardo do Campo de 2007 à 2012	122
Gráfico 11 - Número de beneficiários de planos de saúde, segundo tipo de contratação, e taxa de cobertura em São Bernardo do Campo de 2005 à 2012	125
Gráfico 12 - Execução orçamentária segundo fase da despesa em São Bernardo do Campo de 2005 à 2012, em R\$ de dez. 2012*	135

LISTA DE SIGLAS

ADCT – Ato das Disposições Constitucionais Transitórias

ADIN – Ação Direta de Inconstitucionalidade

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

ASPS – Ações e Serviços Públicos de Saúde

BID – Banco Interamericano de Desenvolvimento

BNDES – Banco Nacional do Desenvolvimento Econômico e Social

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CIBs – Comissão Intergestores Bipartite (representantes da Secretaria de Estado da Saúde e dos secretários municipais de Saúde)

CIR – Comissão Intergestores Regional

CIT – Comissão Intergestores Tripartite (representantes do Ministério da Saúde, da Secretaria de Estado da Saúde — CONASS —, e dos secretários municipais de Saúde — CONSASEMS)

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CPMF – Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira

CSLL – Contribuição Social sobre o Lucro Líquido

DATASUS – Departamento de Informática do SUS

EC 29 – Emenda Constitucional nº29/2000

FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e de Compensatórias

FMI – Fundo Monetário Internacional

FPM – Fundo de Participação dos Municípios

GM – Gabinete do Ministro

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

IGP-DI – Índice Geral de Preços-Disponibilidade Interna

INSS – Instituto Nacional do Seguro Social

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias

LOA – Lei Orçamentária Anual

LRF – Lei de Responsabilidade Fiscal

MAC – Média e Alta Complexidade

MS – Ministério da Saúde
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB – Norma Operacional Básica do SUS
ONU – Organização das Nações Unidas
OPAS Organização Pan-Americana da Saúde
PAB – Piso da Atenção Básica
PACS – Programa de Agentes Comunitários
PIB – Produto Interno Bruto
PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPA – Plano Plurianual
PPI – Programação Pactuada e Integrada
PSF – Programa de Saúde da Família
SES – SP Secretaria de Estado da Saúde – São Paulo
SIA – Sistema de Informação Ambulatorial
SIAI – Sistema de Informações da Administração Financeira da União
SIH – Sistema de Informação Hospitalar
SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SNA – Sistema Nacional de Auditoria
STN – Secretaria do Tesouro Nacional
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	26
1. PROBLEMA.....	37
2. OBJETIVOS.....	38
3. METODOLOGIA	39
4. FUNDAMENTOS DO COMPROMISSO DA GESTÃO PÚBLICA	48
4.1 PLANEJAMENTO	49
4.2 ORÇAMENTO E SUA EXECUÇÃO	52
4.2.1 O “ORÇAMENTO POR DESEMPENHO” – O <i>PERFORMANCE BUDGET</i>	61
4.3 ACOMPANHAMENTO – AUDITORIA.....	73
4.4 CONTROLE PÚBLICO	80
4.5 AVALIAÇÃO	86
5. O TRAJETO ESTRUTURAL E LEGAL DA ORÇAMENTAÇÃO NO SUS 93	
5.1 AS TRANSFERÊNCIAS DOS RECURSOS FEDERAIS SUS PARA OS MUNICÍPIOS: O PAPEL DAS NORMAS OPERACIONAIS NOS ANOS 1990	94
5.2 O PLANEJA SUS	101
5.3 A REGIONALIZAÇÃO E O COAP	106
6. UMA METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DOS ORÇAMENTOS DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO.....	110
6.1 CARACTERÍSTICAS ESTRUTURAIS E ECONÔMICAS DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO.....	111
6.1.1 Características gerais da Saúde no município de São Bernardo do Campo	121
6.2 ANÁLISE DOS INSTRUMENTOS ORÇAMENTÁRIOS DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO NA FUNÇÃO SAÚDE	128
6.3 O ORÇAMENTO POR DESEMPENHO – O <i>PERFORMANCE BUDGET</i> : A RELAÇÃO ENTRE AS METAS DOS INSTRUMENTOS ORÇAMENTÁRIOS E DOS INDICADORES PACTUADOS.....	141
6.3.1 Os instrumentos orçamentários e suas metas	142
6.3.2 Pactuação em Saúde e seus indicadores: uma análise específica à luz do “Orçamento por Desempenho”	147
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	162
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	168

INTRODUÇÃO

A política de saúde, com vistas a um processo de mudança e melhora das condições de vida da população, vem sempre acompanhada de um contexto que apresente um modo de gestão dessa ação pública e sua respectiva avaliação e monitoramento. Pensar o agir dos entes públicos é estabelecer, a partir das políticas, um constante processo de gestão que envolva o planejamento, o orçamento e seus respectivos controles e avaliações.

Segundo Paim e Teixeira (2006), a política de saúde abrange questões relativas ao poder em saúde se referenciando ao estabelecimento de diretrizes, planos e programas e, ainda, expressa dimensões do poder. Os vários estudos produzidos no âmbito acadêmico indicam que a política de saúde abrange as relações de poder na conformação da agenda, na formulação, na condução, na implementação e na avaliação de políticas.

Assim este pensar política de saúde envolve estudos sobre o papel do Estado, a relação Estado-sociedade, as reações às condições de saúde da população e aos seus determinantes. Ampliando-se a análise, temos a necessidade de estudos da política de saúde em relação às políticas econômicas e sociais, controle social e economia da saúde.

Tamaki et al. (2012) colocam em discussão a prática desta política de saúde a partir das diversas dimensões que a Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) pode ter:

A problematização do objeto – Gestão do SUS – com o objetivo de conhecer o entendimento dos principais atores que lidam com a prática no dia-a-dia, ou seja, equipes gestoras das instâncias federal, estaduais e municipais e suas representações, permitiu a construção consensual de que o conceito Gestão do SUS pode ser apresentado sob várias perspectivas, visto que este objeto é discutido por várias correntes teóricas e várias perspectivas empíricas. Há que se destacar que, na prática das instituições, este fazer é complexo e contingenciado por vários elementos contextuais (p. 840).

Quando consideradas essas diferentes perspectivas e dimensões da Gestão do SUS, num contexto de política de saúde, surge uma impossibilidade de obtenção de um padrão único para resultados adequados às diferentes realidades. Assim, os gestores e suas equipes, dotados de seu poder de decisão, implementarão políticas de saúde a partir de diferentes formas e caminhos.

A construção histórica do movimento sanitário e os aspectos normativos e legais estabelecidos no SUS tem apresentado uma vertente estruturalista-funcional¹ no que se refere ao planejamento em saúde. Os Planos de Saúde, os Relatórios de Gestão, a Programação Pactuada e Integrada, o Pacto de Gestão² e, mais recentemente, o Contrato Organizativo de Ação Pública³, são os principais dispositivos e ferramentas que estão à disposição, impostas ou não, aos entes federados para a promoção da participação e da gestão democrática no SUS.

No interstício dessa relação entre o funcional-estruturalismo e a política vinda do campo subjetivo da tomada de decisões é que está o desafio de mobilizar recursos, cumprir pactuações e garantir respostas às necessidades de saúde pública.

Felisberto et al. (2010) indicam ainda, que processos e práticas de avaliação devem fazer sentido na perspectiva dos diversos atores envolvidos. Os autores destacam que os processos de aprendizagem no âmbito da gestão se fazem a partir das avaliações, podendo estar ligadas às ferramentas formais e obrigatórias. Dessa forma, há um fortalecimento da relação funcional-estruturalista com a política ao passo que a primeira, dotada do processo de avaliação permite um melhor conhecimento do objeto em observação, ampliando a perspectiva da política, a fim de melhorar a prática dos gestores, da organização e do público alvo, usuários do SUS.

Segundo a Rede Interagencial de Informação para a Saúde (RIPSA, 2008) a disponibilidade de informação apoiada em dados válidos e confiáveis é condição essencial para a análise objetiva da situação em saúde, assim como para a tomada de decisões baseadas em evidências e para a programação de ações de saúde em seus mais diversos dispositivos e ferramentas.

Deste modo, os indicadores de saúde se desenvolvem para facilitar a avaliação das informações produzidas com tal finalidade e assim quantificá-las. Além de prover matéria-prima essencial para a análise, a disponibilidade de um conjunto básico de indicadores tende a facilitar o monitoramento de objetivos e metas em saúde, estimular o

¹ Para os funcionalistas, a sociedade está constituída por subsistemas (estruturas) que operam (funcionam) de modo interdependente. Cada um dos componentes do sistema, suas partes, tal como uma peça qualquer em relação a uma máquina, desempenham papéis que visam contribuir para estabilidade e ordem social (PARSONS, 1969).

² Para melhor entendimento dos instrumentos, ver os Volumes da Série Cadernos de Planejamento do Ministério da Saúde produzidos em 2009.

³ Para melhor entendimento do COAP, ver decreto 7.508/2011 (2011a) e o Caderno de Informações para a Gestão Interfederativa no SUS produzido em 2012 (BRASIL, 2012e).

fortalecimento da capacidade analítica das equipes e promover o desenvolvimento de sistemas de informação.

Quando se refere à avaliação de desempenho dos sistemas de saúde, Szwarcwald et al. (2005) argumentam que:

Tem obtido importância crescente entre os gestores do setor saúde, constituindo etapa essencial para o planejamento das ações voltadas para garantir a qualidade da atenção e subsidiar decisões que atendam às reais necessidades da população. Alguns países, como o Canadá, Reino Unido e a Austrália têm desenvolvido, nos últimos anos, instrumentais para a avaliação do desempenho dos sistemas de saúde (p.12).

Neste ponto, importante material tem sido desenvolvido pelo Laboratório de Informações em Saúde do Instituto de Comunicação e Informação em Ciência e tecnologia da FIOCRUZ juntamente com o Ministério da Saúde é o PROADESS. Este material sintetiza uma metodologia de avaliação de desempenho de sistemas de saúde a partir de diferentes dimensões de análise e um extenso rol de indicadores.

O PROADESS foi iniciado a partir de uma rede brasileira de pesquisadores vinculados a sete instituições de pesquisa no campo da saúde coletiva que tiveram como fator instigador a publicação que ranqueou 191 países, em 2000, através de um relatório da Organização Mundial de Saúde, que apresentou um quadro sobre o desempenho dos sistemas de saúde a partir de uma metodologia específica.

Como visto, a necessidade de um olhar para o desempenho da ação pública, especialmente no setor saúde, tem se desenvolvido de forma global. No mais recente relatório PROADESS é apresentado o núcleo do pensar o desempenho de sistemas de saúde:

Para avaliar o desempenho do sistema de saúde é imprescindível ter clareza sobre os princípios, os objetivos e as metas a serem alcançadas, uma vez que isto servirá de base para a escolha das dimensões que serão objeto da avaliação. Disso segue que avaliação de programas e avaliação de sistemas de saúde, embora distintas, são ambas igualmente necessárias. E, mais do que isso, constituem processos avaliativos que se alimentam mutuamente. Avaliar um sistema é mensurar e monitorar o grau em que o sistema de saúde atinge seus objetivos (p. 10)

Esta importante contribuição do PROADESS amplia e reforça, ainda mais, o foco no desempenho que os gestores públicos devem ter. Quando a discussão se dá no campo dos processos e resultados esperados das áreas financeiras e contábeis, Pereira et al. (1999) consideram que a avaliação de desempenho pode ter vários significados em função

do sentido atribuído ao termo “avaliação” e do contexto relativo ao “desempenho”, objeto dessa avaliação. Segundo esses autores é possível dizer que:

Avaliar desempenho significa julgar ou atribuir um conceito diante de expectativas pré-estabelecidas, sendo um meio para se tomar decisões adequadas, constituindo-se num processo complexo que agrega as características informativas essenciais para se avaliar adequadamente um desempenho e as condições essenciais para se integrar ao processo de gestão, no seu ciclo planejamento-execução-controle. Por outro lado, o termo ‘avaliação’ refere-se ao ato ou efeito de se atribuir valor, sendo que ‘valor’ pode ser entendido num sentido qualitativo (mérito, importância) ou num sentido quantitativo (mensuração) (p. 23).

Uma interessante ferramenta que relaciona o orçamento e os reais impactos da política planejada é o *Performance Budget*⁴ (PB), trazida neste trabalho a partir da produção de Robinson (2008). O PB tem a função básica de relacionar, a partir de diferentes eixos de avaliação com indicadores específicos, os recursos dispendidos em ações públicas e seus respectivos resultados, visando os reais impactos nas condições de vida da sociedade.

Um movimento importante realizado pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD) foi, em 2009, a publicação de um livro que relatou e discutiu os processos históricos de desenvolvimento da gestão e do orçamento por desempenho nos países que compõem essa organização. Tal livro, *Performance Budgeting in OECD* (OECD, 2007) indica em seu Prefácio:

Os governos estão sob pressão para avaliar o seu próprio desempenho. A informação sobre o desempenho do setor público pode satisfazer a necessidade pública de saber, e pode ser usada para mostrar que os governos fornecem uma boa relação custo-benefício através de suas ações. Talvez o mais importante, a informação sobre o desempenho tenha o potencial de ajudar os governantes a tomarem decisões melhores no orçamento e na gestão (tradução nossa, p. 03).

Assim a questão central do desempenho se mostra essencial dada à necessidade e o anseio da população por melhores serviços, e no caso da saúde, de melhores condições de vida e saúde.

Cabe descrever que a OECD é uma organização internacional de 34 países que aceitam os princípios da democracia representativa e da economia de livre mercado procurando fornecer uma plataforma para comparar políticas econômicas, solucionar problemas comuns e coordenar políticas domésticas e internacionais (OECD, 2014).

⁴ Compreende-se, neste trabalho, o termo *Performance Budget* como “Orçamento por Desempenho”.

Quando considerada a avaliação econômica da saúde, Bonacim e Araujo (2011) indicam que este processo assume um papel de destaque em todo o mundo, exigindo dos gestores novos desafios na busca contínua da eficiência e eficácia das atividades. As informações de orçamento e custos associadas aos indicadores de produção e qualidade, embora insuficientes para a visão de conjunto institucional, são importantes no planejamento e na tomada de decisão dos gestores.

Segundo Campos (1994), “a gestão de um sistema de saúde considera importante o planejamento como instrumento gerencial para ordenar a produção de serviços de saúde”. Assim o planejamento deve contribuir para alcançar melhor alocação e distribuição de recursos, utilizando como ferramentas os diagnósticos epidemiológicos e das necessidades de saúde. Nesta perspectiva, é possível afirmar que a política de saúde é eficaz quando a ação planejada for realizada.

Para Mendes (2001), o Estado necessita de ferramentas gerenciais ágeis e competentes para que as políticas públicas, por ele implementadas, sejam eficientes e eficazes. Uma política é eficiente quando gasta menos tempo e recursos (financeiros, materiais e humanos) para a sua realização. Para tanto, espera-se que a atuação do Estado se pautar pelo princípio da racionalidade, isto é, otimização de recursos, que só é possível a partir de um planejamento que envolva a solução de problemas e o aproveitamento das potencialidades existentes.

Segundo Matus (1997):

Uma organização só se justifica pelos seus resultados, entendidos como eficiência e eficácia de seus procedimentos finais e intermediários, e a quantidade e a qualidade de seus produtos, além do impacto de suas ações sobre os problemas sociais que tomou como objeto de sua intervenção, ou como sua missão (p. 45).

Assim um Estado que se pautar numa Carta Magna que garanta direitos em saúde de forma universal, equânime e integral, “só se justifica” pelo real impacto que suas ações geram na melhor qualidade de vida da população.

A importância da gestão voltada para atender às necessidades de saúde, assegurando a relação entre planejamento e seus recursos, particularmente alocados no orçamento deve se dar nos campos da eficiência, eficácia e, principalmente, efetividade entendida como impacto social⁵.

⁵ Estes termos, eficiência, eficácia e efetividade serão melhor tratados no item 3. Metodologia.

Neste ponto, a lógica da unidade orçamentária, enquanto “*agrupamento de serviços subordinados ao mesmo órgão ou repartição a que serão consignadas dotações próprias*” (Artigo 14 da Lei nº 4.320/64), torna-se fundamental na construção de um novo modelo de gestão orçamentária e financeira. Este modelo viabiliza um processo de planejamento, transparente e participativo que orienta a alocação adequada de recursos no orçamento público, sendo capaz de garantir a execução do que foi planejado e, ao mesmo tempo, permitindo o acompanhamento, controle e avaliação permanentes das políticas implementadas e dos recursos utilizados.

Cabe citar parte da Instrução Normativa nº 10, de 02 de outubro de 1991 do Departamento do Tesouro Nacional onde se descreve:

A repartição da administração direta que o orçamento da união ou, mais especificamente, o QDD, consigna dotações específicas para a realização de seus programas de trabalho e sobre os quais essa repartição exerce o poder de disposição.

O QDD (Quadro de Detalhamento da Despesa) é o instrumento que detalha, a nível operacional, os projetos e atividades constantes do orçamento de um determinado exercício, especificando os elementos de despesa e respectivos desdobramentos, ou seja, é a possibilidade de se desenvolver, realmente, indicadores de desempenho específicos para cada ação detalhada no orçamento.

Assim, um novo modelo de gestão orçamentário-financeira que contemple uma lógica de relação entre planejamento da política de saúde e orçamento deve ser pensado à luz de um ciclo do conceito de gestão mais ampliado. Essa ideia é marcada pelas contribuições de Mendes (2001). Para o autor, esse novo modelo, então, deve seguir uma lógica que compreenda a relação entre as funções de planejamento, orçamento, execução orçamentária, acompanhamento, controle público exercido pela sociedade como um todo, e avaliação. Dessa forma, a gestão orçamentário-financeira deve ser encarada como um instrumento de integração dessas funções aos objetivos, produtos e resultados das políticas públicas.

A figura 1 explicita a relação entre as funções nesse novo modelo de gestão orçamentário-financeira, indicando que há um fluxo contínuo desde o planejamento até a avaliação, produzindo o resultado em políticas públicas e retornando para um replanejamento.

Figura 1: Ciclo das funções integradas da Gestão Pública

Fonte: Mendes (2001)

Num contexto de implantação do SUS e progressiva regionalização e “municipalização” dos processos de cuidado apresentados desde a Lei 8.080 (BRASIL, 1990a) e 8.142 (BRASIL, 1990b), surgem questões do campo do financiamento do cuidado mediante o uso de recursos, cada vez maiores, dos municípios. Neste sentido, novos desafios são apresentados aos municípios para a melhor execução da política de saúde. Sabe-se que para responder a essas responsabilidades, os municípios já vem, há algum tempo, contando com a ampliação de suas receitas. Mendes (2005), descreve:

A descentralização dos recursos tributários promovida pela Constituição de 1988 aumentou significativamente a receita dos governos municipais. Ampliou a participação dos municípios na arrecadação própria e na receita disponível total das três esferas de governo, possibilitando maior autonomia na execução das políticas públicas, em geral, e na saúde, em particular (p. 215).

O crescimento das receitas não implica necessariamente no aumento do gasto em saúde. Além disso, se obtivermos um incremento do gasto, também é importante reconhecer que isso não significa o alcance de maior efetividade na gestão dos recursos.

Em consulta ao banco de dados do SIOPS (Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde), pode-se constatar um aumento constante da média do

percentual da receita própria aplicada em Saúde dos municípios no Brasil. Em 2002, os municípios já superavam o indicado pela Emenda Constitucional nº 29 (BRASIL, 2000c), 15%, no mínimo, da receita de impostos, compreendidas as transferências constitucionais isso porque aplicaram, em média, 16,22%. Em 2011, observa-se um aumento desse percentual de forma significativa, passando para 20,29%.

Quando analisados os gastos com ações e serviços públicos de saúde como proporção do PIB de 2002 a 2011 observa-se, no gráfico 1, que o gasto realizado com ações e serviços públicos em saúde, como proporção do PIB, do Governo Federal se mantém, numa mediana de 1,68%, enquanto Governos Estaduais e Municipais tiveram um crescimento, passando de 0,73% e 0,82%, respectivamente, para 0,99% e 1,10%, isto é, juntos cresceram em média de 80%.

Gráfico 1 - Gastos em ações e serviços públicos de Saúde como proporção do Produto Interno Bruto segundo esfera de governo no Brasil entre 2002 à 2011

Fonte: SIOPS

Esta manutenção dos valores do Governo Federal, em relação ao PIB, pode ser explicada por uma não obrigatoriedade de seu repasse mínimo, o que não garantiu um crescimento real, como nos casos dos municípios e estados, ou seja; municípios e estados, a partir da EC nº 29 (BRASIL, 2000c) estabeleceu a participação mínima de cada ente federado no financiamento das ações e serviços públicos de saúde, vigorando no período de 2000 a 2004 as seguintes determinações previstas no art. 77 do ADCT:

Até o exercício financeiro de 2004, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde serão equivalentes:

I - no caso da União:

a) no ano 2000, o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999 acrescido de, no mínimo, cinco por cento;

b) do ano 2001 ao ano 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto - PIB;

II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, doze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; e

III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, quinze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º.

Assim os recursos federais para gastos em saúde só cresceriam e crescem, obrigatoriamente, se houver variação nominal do PIB, ou seja, não foi estipulado um patamar mínimo e importante como para os municípios e estados, 15% e 12%, respectivamente, de suas arrecadações de impostos. De fato, os municípios têm se destacado como os principais atores do crescimento do gasto em saúde e devem, cada vez mais, aproximar seu orçamento ao planejamento em saúde, focando os impactos esperados nas condições de vida da população.

Não se pode deixar de destacar que, no esforço de garantia de mais recursos para a saúde pública brasileira, em meados de 2013 foi apresentado ao Congresso Nacional um Projeto de Lei Complementar (uma iniciativa popular que chegou a contar com mais de 2,2 milhões de assinatura) - PLP 321/2013, que alteraria os dispositivos da Lei Complementar nº 141 (BRASIL, 2012a), indicando em seu Art. 5º que:

A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, montante igual ou superior a dez por cento de suas receitas correntes brutas, nos termos do § 1º do art. 11 da Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964, constantes de anexo à lei orçamentária anual referente às receitas dos orçamentos fiscal e da seguridade social excluídas as restituições tributárias.

Porém o projeto acima ainda tramita pelo Congresso Nacional e o que foi aprovada foi a PEC 358/2013 (BRASIL, 2013e), advinda da PEC 353/2013 (BRASIL, 2013d), que em seu Art. 2º indica o uso da receita corrente líquida nos cálculos dos percentuais mínimos para os anos subsequentes à aprovação da emenda. Ainda, na emenda, é incluído neste cálculo de gastos mínimos da União as receitas oriundas da exploração de petróleo e gás natural (§ 1º do art. 20 da Constituição Federal).

Para elucidar esta mudança nas receitas oriundas da União, Carvalho (2014) elaborou uma tabela para visualização:

Tabela 1 – Comparativo de valores entre propostas para os gastos da União em Saúde, 2014 – Brasil

Ano	Valor em bilhões de reais			Em percentual da Receita Corrente Líquida		
	PEC 358/2013	PL 123/2013	PLP 321/2013	PEC 358/2013	PL 123/2013	PLP 321/2013
2014	5,9	18,9	46,1	13,2%	15,0%	18,7%
2015	7,5	25,2	46,2	13,7%	16,0%	18,7%
2016	11,6	35,8	50,3	14,1%	17,0%	18,7%
2017	16,4	48,1	54,8	14,5%	18,0%	18,7%
2018	22,8	59,7	59,7	15,0%	18,7%	18,7%
Total	64,2	187,7	257,1	70,5%	84,7%	93,5%

Fonte: Estudos GC (IDISA – acessado em 17/05/2014)

É visível, cada vez mais, a manutenção dos valores gastos pela União nos anos subsequentes a este estudo, além da necessidade, urgente, dos gastos públicos em saúde serem o foco de planejamento orçamentário e sua execução com vistas aos melhores desempenhos possíveis.

Neste contexto de crise de garantia de recursos, principalmente recursos federais, para a saúde pública brasileira destaca-se uma nota técnica elaborada por Robinson e Last (2009) via Fundo Monetário Internacional que, já no objetivo da nota, indica:

O objetivo principal deste memorando técnico é a elaboração de um modelo básico de **orçamentação por desempenho** que pode ser considerado para duas categorias de países:

- Aqueles que desejam introduzir um sistema de orçamentação baseada no desempenho, minimizando a complexidade e os custos de fazê-lo; e
- Aqueles com recursos e capacidades limitados, incluindo países de baixa entrada de receita (BER) (tradução e grifo nosso, p. 01).

Assim o PB, objeto principal deste trabalho, pode se relacionar diretamente com a ideia dos países que estão sob a lógica de baixa entrada de receitas. Como este trabalho mantém seu foco de análise sobre o setor saúde, utiliza-se para a discussão uma tabela elaborada na nota técnica nº 12 de 2013 pelo Núcleo de Saúde da Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira da Câmara dos Deputados que relacionou o gasto público em saúde entre diversos países (BRASIL, 2013b):

Tabela 2 – Indicadores Econômicos e de Despesas em Saúde Mundiais, 2011 – Brasil

Países/ Descritor	Canadá	França	Austrália	Reino Unido	União Europeia	Espanha	Argentina	Brasil	China
PIB <i>per capita</i> (dólar corrente)	50.343,69	42.379,26	61.789,48	38.974,32	34.923,04	31.984,73	10.941,96	12.593,89	5.444,79
PIB <i>per capita</i> , PPC (1)	35.714,79	29.820,09	34.852,66	32.808,79	28.048,60	26.952,35	-----	10.278,63	7.417,89
Despesas <i>per capita</i> de saúde (dólar corrente, US\$)	5.629,73	4.952,00	5.938,65	3.608,65	3.550,68	3.026,65	891,80	1.120,56	278,02
Despesa <i>per capita</i> em saúde, PPC (const. 2005 internacional \$) (1)	4.519,96	4.085,48	3.691,55	3.321,67	3.259,80	3.040,78	1.433,70	1.042,73	432,28
Despesas privadas de saúde, (% do PIB)	3,31	2,70	2,84	1,61	2,33	2,49	3,19	4,83	2,28
Despesas públicas de saúde, (% do PIB)	7,87	8,92	6,19	7,71	7,82	6,95	4,92	4,07	2,89
Despesas públicas de saúde (% do total de despesas em saúde)	70,41	76,74	68,51	82,70	77,04	73,59	60,64	45,74	55,89
Despesas totais de saúde (% do PIB)	11,18	11,63	9,03	9,32	10,15	9,44	8,11	8,90	5,16

Fonte: BRASIL, 2013.

Como pode ser observado, as despesas públicas em saúde como percentual do PIB foi de 4,07% no Brasil, aquém dos valores encontrados para os países de sistema de cobertura universal em saúde, como o Canadá, a França e o Reino Unido. Indica-se, então, que os recursos públicos em saúde no Brasil se mantiveram num contexto de “baixa entrada de receita” (BER), como já indicado anteriormente, o que pode indicar que a utilização do PB pode ser uma ferramenta para melhorar o desempenho em saúde dos entes federados brasileiros.

Em que pese à magnitude do gasto público em saúde no Brasil ser pequena, não se deve desconsiderar a importância da melhor aplicação possível dos recursos públicos, possibilitando o assecuramento de um melhor desempenho, foco principal do PB.

1. PROBLEMA

Este trabalho parte de uma indagação central: Em que medida é possível manter a relação entre o planejamento, orçamento e gasto em saúde, e os efeitos sobre a melhoria da saúde da população? Tal questionamento nos coloca o desafio de utilizar uma ferramenta que responda à cumplicidade entre planejamento e orçamento, viabilizando uma política de saúde mais efetiva.

A partir do que foi colocado nos aspectos teóricos sobre a estrutura da gestão pública em seus diversos componentes (planejamento, orçamento, execução-orçamentária, acompanhamento, controle público e avaliação), surge a necessidade de um instrumento que acompanhe estes itens e que traga respostas rápidas para as ações dos gestores num processo de constante reprogramar-reavaliar, conforme o “Orçamento por Desempenho”.

2. OBJETIVOS

O objetivo principal do trabalho é avaliar o desempenho do gasto em saúde do município de São Bernardo do Campo, a partir de uma metodologia de desempenho do orçamento na saúde, que busque relacionar o planejamento com os resultados da política de saúde alcançados.

A partir deste objetivo principal destacam-se objetivos específicos, que são estruturantes da proposta da pesquisa. São eles:

- Revisar os principais conceitos de gestão, planejamento e orçamento;
- Descrever as características estruturais e legais do processo de orçamentação do SUS, durante os anos 1990 e 2000;
- Investigar e desenvolver uma metodologia baseada no instrumento “Orçamento por Desempenho” que permita avaliar a relação entre os gastos em saúde do município de São Bernardo do Campo e os resultados das políticas de saúde sob a ótica do orçamento.

3. METODOLOGIA

A pesquisa deste trabalho é de caráter documental, apoiada na interpretação de Vergara (2005). Para essa autora:

Utiliza-se a investigação documental pois é realizada em documentos conservados no interior de órgãos públicos e privados de qualquer natureza, ou com pessoas: registros, anais, regulamentos, circulares, ofícios, memorandos, balancetes, comunicações informais, filmes, microfilmes, fotografias, videoteipe, informações em disquete, diários, cartas pessoais e outros (p. 49).

A partir desta metodologia, o levantamento dos Planejamentos Plurianuais, Leis de Diretrizes Orçamentárias e Leis Orçamentárias Anuais, conterà os dados necessários para análises comparativas da avaliação proposta.

A pesquisa tem ainda caráter bibliográfico já que utiliza livros, artigos e legislações que abordem a temática do trabalho, sendo um estudo sistematizado, desenvolvido com base em material publicado acessível ao público em geral, como os sistemas públicos de informação.

Para tal sistematização da pesquisa são utilizadas as bases de dados, a fim de coletar os seus indicadores que estão presentes nos seguintes sistemas:

- SISPACTO – Aplicativo do Pacto pela Saúde disponibilizado pelo Ministério da Saúde (<http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/>)
- Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) (<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/texto/7056/908/Dados-Informados.html>)
- Cadernos Observa Saúde (<http://observasaude.fundap.sp.gov.br/Paginas/Default.aspx>)
- Contrato Organizativo da Ação Pública – COAP

Cada um dos instrumentos supracitados possui um *modos operandi* específico no que concerne à sua função orçamentária em saúde. Devido a essa diversidade, utilizamos em conjunto, a fim de verificar de que forma se dá a integridade orçamentário-financeira no SUS. Para vias de constatação metodológica, ressaltaremos aqui os principais pontos de cada item.

O SISPACTO é um instrumento virtual para preenchimento e registro da pactuação de Prioridades, Objetivos, Metas e Indicadores do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006a).

O SIOPS teve seu início a partir de uma preocupação do Conselho Nacional de Saúde, em 1993, com a questão do financiamento, concebendo então como um sistema de coleta de informações sobre despesas em saúde.

A partir desta iniciativa o Ministério da Saúde implanta, em 1999, o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS, destinado à coleta, armazenamento, processamento e divulgação de dados sobre a receita e despesa com saúde dos três níveis de governo.

Importante considerar o texto presente no Volume 1 da Série ECOS - Economia da Saúde para a Gestão do SUS (BRASIL, 2013c), onde a história acima resumida é descrita sobre o olhar do Ministério da Saúde e da Organização Pan-americana da Saúde:

A ideia do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) nasceu em meio à crise de financiamento da Saúde no início dos anos de 1990, como instrumento social de acompanhamento financeiro da saúde pública brasileira, com informações das três esferas de governo. Naquela época, as principais fontes de financiamento eram objeto de discussão na justiça, e o País convivia com elevadas taxas de inflação. Tornava-se difícil o acompanhamento das liberações orçamentárias, já que qualquer atraso significava perda do valor real do recurso. Implantado em 2000, fruto da parceria do Ministério da Saúde e da Procuradoria Geral da República, o SIOPS firmou-se como importante referência de informações sobre as despesas de estados, DF e municípios em ações e serviços públicos de Saúde, sendo seus dados utilizados, desde 2006, pelo Ministério da Fazenda no acompanhamento do estabelecido na Lei de Responsabilidade Fiscal (p. 77).

Assim o SIOPS passa a ser o principal sistema eletrônico que centraliza todas as informações sobre orçamento de saúde. União, Distrito Federal, estados e municípios ficam obrigados a manter os dados permanentemente atualizados no SIOPS, conforme prevê o artigo 39 da Lei Complementar 141 (BRASIL, 2012a).

É através do SIOPS que se verifica o cálculo que cada ente da Federação deve aplicar obrigatoriamente em Saúde e também por meio desse mesmo sistema que se identificam eventuais descumprimentos. Ao alimentar o banco de dados, os gestores públicos de Saúde cumprem o mandamento constitucional, que atribui a eles o dever de prestar contas dos gastos públicos em ações e serviços públicos, e também dos princípios da publicidade e da moralidade.

Nesta perspectiva, agentes públicos são responsáveis pela fidedignidade das informações, conforme estabelece a Lei Complementar 141 (BRASIL, 2012a), que através do sistema, garante acesso ágil e fácil ao cidadão que tenha interesse em participar e acompanhar as ações públicas em saúde.

Ainda, no Decreto nº 7.827 (BRASIL, 2012d), regulamentador da Lei Complementar 141 (BRASIL, 2012a), são estabelecidas as diretrizes do SIOPS, sendo a fonte de informação para elaboração dos demonstrativos de prestação de contas com o desenvolvimento de um módulo específico de controle externo para uso dos Tribunais de Contas.

Vê-se claramente uma estrutura formal e operativa de acompanhamento dos gastos públicos em saúde dos entes federados. Esta linha de desenvolvimento de informações orçamentário-financeiras facilita a obtenção de dados para este estudo.

O ObservaSaúde é um site organizado pelo Observatório de Saúde da Região Metropolitana de São Paulo. Sua concretização teve apoio da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SMS/SP), da Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS, Fundação do Desenvolvimento Administrativo – FUNDAP, do Ministério da Saúde (MS), da Secretaria de Estado da Saúde (SES/SP) e do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde de São Paulo (COSEMS).

Em 2007 foi incorporado, no site, o Pacto pela Saúde em suas três dimensões, servindo como instrumento para apoiar e auxiliar às Comissões de Gestão Regional (CGRs) no desenvolvimento de suas atividades. A proposta desta dissertação tem como base a solidificação de uma articulação entre esses sistemas (dados e indicadores), principalmente por meio de análises, para que seja possível a qualificação e desenvolvimento do município que foi campo de estudo, no tocante aos resultados em saúde.

O Contrato Organizativo de Ação Pública - COAP tem suas bases no Decreto nº 7.508 (BRASIL, 2011a), onde os entes signatários assumem, conjuntamente, o compromisso de organizar de maneira compartilhada as ações e os serviços de saúde na Região de Saúde, respeitadas as autonomias federativas e com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde para conformar o Sistema Único de Saúde (SUS) com foco no cidadão.

Para início da organização do COAP entre os entes federados, o Ministério da Saúde publicou o Caderno de Diretrizes – Objetivos, Metas e Indicadores – 2013-2015

(BRASIL, 2013f) que apresentou os indicadores que deveriam compor o contrato segundo quantidade e classificação:

Para o período 2013 – 2015 foi definido um rol de 67 (sessenta e sete) indicadores a serem pactuados pelos entes federados, composto por tipos:

- **Indicadores universais** - Expressam o acesso e a qualidade da organização em redes, além de considerar os indicadores epidemiológicos de abrangência nacional e desempenho do sistema (IDSUS), sendo de pactuação comum e obrigatória nacionalmente;
- **Indicadores Específicos** - Expressam as características epidemiológicas locais e de organização do sistema e de desempenho do sistema (IDSUS), sendo de pactuação obrigatória quando forem observadas as especificidades no território.

Os indicadores constantes do Rol Único que são correlatos aos indicadores do Índice de Desempenho do SUS – IDSUS, não expressam os mesmos resultados do IDSUS, em razão da simplificação do método de cálculo, mas contribuem para o aperfeiçoamento do Sistema.

Assim este trabalho elaborou um rol de indicadores que estão apoiados nas quatro fontes citadas para a coleta de dados, com foco no possível desempenho realizado ano a ano pelo município de estudo.

- Procedimentos metodológicos

Serão efetuados levantamentos e comparações dos dados secundários sobre gastos em saúde e indicadores de resultados em saúde do município de São Bernardo do Campo (SBC). A escolha desse município como estudo de caso, deve-se ao fato de São Bernardo integrar a Região de Saúde do ABC – uma das mais organizadas e influentes regiões do Estado de São Paulo – e por, desde 2009, ter se constituído no município “modelo” das gestões do Partido dos Trabalhadores (PT), com inovações no processo de planejamento em saúde.

Destaca-se ainda que o município sempre apresentou um forte desenvolvimento econômico e de ampliação de sua extensão urbana, porém tinha uma rede de serviços de saúde pública reconhecidamente desorganizada e em uma lógica “pré-SUS”, ou seja, que mesmo após a Constituição de 88, Leis 8.080 (BRASIL, 1990a) e 8.142 (BRASIL, 1990b), manteve estruturas que, apenas no último quadriênio do período de estudo, começaram a apresentar mudanças no sentido de fortalecimento do SUS em âmbito municipal.

Uma descrição mais detalhada sobre a estrutura econômica, indicadores sociais e o contexto da organização da saúde pública no município, serão apresentadas no item 6.1 deste trabalho.

Quando analisados os dados orçamentários-financeiros, os valores financeiros são corrigidos segundo o Índice Geral de Preços – Disponibilidade Interna (IGP-DI) da Fundação Getúlio Vargas (FGV) com base em dezembro de 2012. Este índice reflete o comportamento dos preços em geral da economia brasileira e é o mais utilizado para análises financeiros-orçamentárias dos fundos públicos.

O período de análise dos documentos e dados é de 2005 a 2012, sendo este período referente à duas gestões municipais do ente federado em estudo (2005-2008 e 2009-2012). Esta caracterização da pesquisa possibilitou uma análise comparativa da gestão em saúde de possíveis diferentes grupos gestores.

Este período torna-se, ainda mais relevante por contemplar a implantação do Pacto pela Saúde, instituído através da Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006 que divulga e aprova as diretrizes do Pacto em 2006 (BRASIL, 2006a). Além desse importante aspecto, o período contempla, ainda, a instituição de novos instrumentos, documentos e dinâmicas na gestão compartilhada do SUS, via Decreto 7.508 (BRASIL, 2011a) que regulamentou a Lei nº 8.080 (BRASIL, 1990a), ao explicitar conceitos, princípios e diretrizes do SUS que passaram a exigir uma nova dinâmica na organização e gestão do sistema de saúde.

A fim de assegurar adequado tratamento à indagação central desta pesquisa, trabalhou-se com uma ferramenta que contribui para mensurar o melhor desempenho da ação pública em saúde, denominada por *Performance Budget (PB)*, isto é, “Orçamento por Desempenho” (Robinson, 2008).

Segundo esse autor, o PB constitui prática de entronizar nos orçamentos a avaliação de programas de governo, evidenciando quão efetivo podem ser os gastos públicos. Considerou-se este tema relevante uma vez que muitas áreas do governo não carecem de recursos, mas sim de uma adequada avaliação das prioridades e mensuração de resultados.

O trabalho teve como produto final uma matriz de avaliação para análise das ações que foram realizadas no campo da saúde pública pelo município escolhido, tendo em vista o impacto gerado segundo seu planejamento e ações realizadas. Esta matriz contém os indicadores, pactuados nos anos de análise destacados nos planos de saúde, pactuações

regionais e, mais recentemente, presentes no COAP; que foram organizados segundo categorias do PB: *Recursos, Outputs, Eficiência e Outcomes*.

Para os conceitos de eficiência, eficácia e efetividade, este trabalho se pauta, inicialmente, nas definições e discussões que Cohen e Franco realizaram, e que são a base, também, para o posicionamento do Tribunal de Contas da União (TCU). Assim, esses autores definem que:

A **eficiência** é definida como a relação entre os produtos gerados por uma atividade e os custos dos insumos empregados para produzi-los, em um determinado período de tempo, mantidos os padrões de qualidade. Essa dimensão refere-se ao esforço do processo de transformação de insumos em produtos. Pode ser examinada sob duas perspectivas: minimização do custo total ou dos meios necessários para obter a mesma quantidade e qualidade de produto; ou otimização da combinação de insumos para maximizar o produto quando o gasto total está previamente fixado;

A **eficácia** é definida como o grau de alcance das metas programadas (bens e serviços) em um determinado período de tempo, independentemente dos custos implicados. Diz respeito à capacidade da gestão de cumprir objetivos imediatos, traduzidos em metas de produção ou de atendimento, ou seja, a capacidade de prover bens ou serviços de acordo com o estabelecido no planejamento das ações.

A **efetividade** diz respeito ao alcance dos resultados pretendidos, a médio e longo prazo. Refere-se à relação entre os resultados de uma intervenção ou programa, em termos de efeitos sobre a população alvo (impactos observados), e os objetivos pretendidos (impactos esperados), traduzidos pelos objetivos finalísticos da intervenção. Trata-se de verificar a ocorrência de mudanças na população-alvo que se poderia razoavelmente atribuir às ações do programa avaliado (COHEN; FRANCO, 1993).

Cabe dizer que há um extenso debate e definições sobre estes 3 termos apresentados dentro de produções científicas no campo da saúde coletiva, saúde pública e economia da saúde.

Neste estudo realiza-se, ainda, uma ampliação no foco dos termos supracitados, apresentados a partir dos estudos de Figueiredo e Figueiredo (1986) que expõem, sob a luz da avaliação das políticas públicas, duas categorias gerais:

- Avaliação das políticas com propósitos de produção de bens ou serviços públicos, enquadrando-se no que se pode denominar de **avaliação de processo**. Essa avaliação divide-se em três grupos, nos quais se utilizam os critérios de eficácia e eficiência. Quanto ao primeiro grupo, esses autores o classificam como: avaliação de metas da política ou programas. Dessa forma, o critério utilizado seria o da eficácia objetiva, pois consiste em aferir se a diferença entre meta atingida e proposta está dentro de limites estabelecidos,

medindo assim o sucesso ou o fracasso da política. O segundo grupo avalia os meios, ou seja, a metodologia de implantação e execução da política ou programa, utilizando três critérios de eficácia: funcional, administrativa e contábil. Todos esses critérios possibilitam medir a eficácia da intenção instrumental da política ou programa. Por último, os autores salientam a avaliação de processo, aferida na relação custo–benefício e custo–resultado. Nessa avaliação, o destaque é dado para o critério da eficiência, entendido em duas dimensões: a eficiência instrumental, dada pela relação entre custos econômicos e benefícios; e a eficiência política, resultante da relação entre os “custos”, sociais ou políticos, e os benefícios deles decorrentes;

- Avaliação das políticas com propósito de mudanças e **avaliação de impactos** utilizam-se do critério de efetividade. Esta vertente de avaliação tem como finalidade principal medir os efeitos e/ou impactos/resultados provocados pela ação governamental na população-alvo e/ou no ambiente socioeconômico. Em decorrência do resultado que se almeja, esses autores classificam o critério efetividade em objetiva, subjetiva e substantiva. A efetividade objetiva diz respeito à mudança quantitativa entre antes e depois da execução da política ou programa. A efetividade subjetiva relaciona-se ao critério de medição de mudanças psicológicas, nas crenças, nos valores e na percepção da população dos resultados objetivos dos programas às suas demandas. A efetividade substantiva é tratada, por esses autores, como o critério de aferição mais profundo, pois se refere às mudanças qualitativas nas condições sociais de vida da população envolvida na política ou programa.

Conhecer esta perspectiva apresentada por Figueiredo e Figueiredo (1986) se torna importante no processo de ampliação da complexidade de análise das políticas públicas, porém este trabalho mantém seu foco nos conceitos que Cohen e Franco trouxeram. Cabe ainda, quando consideradas as ampliações dadas aos termos eficiência, eficácia e efetividade, a posição que Mendes (2005) traz, ao destacar que:

O estudo sobre a avaliação de políticas públicas ou programas, realizado por Figueiredo e Figueiredo (1986), embora tenha o mérito de esclarecer os diferentes enfoques de avaliação e seus critérios, não possibilita uma compreensão integrada entre as diferentes fases da política (processo e resultado) que estão sendo avaliadas. Isto porque o tipo de avaliação analisado tem uma relação direta com o estágio em que se encontra a política, isto é, avaliação de processo— política em execução (critérios de eficácia e eficiência) — e avaliação de

resultado/impacto — política/intervenção realizada (critério de efetividade) (p. 22).

Assim, ao considerar o Ciclo das Funções Integradas da Gestão Pública (Mendes, 2001), torna-se importante entender a necessidade de não segregar as etapas da gestão quando da utilização de indicadores para avaliação das políticas de saúde. Esta segregação pode acarretar, de fato, a quebra do “ciclo da gestão” ao passo que avaliará apenas uma das possíveis etapas.

Ainda, como parte da metodologia, este trabalho se relaciona constantemente com termos específicos da composição de orçamentos públicos que tem como base a Portaria nº 42 (BRASIL, 1999) do Ministério do Orçamento e Gestão que, em seu art. 2º, define:

Programa: o instrumento de organização da ação governamental visando à concretização dos objetivos pretendidos, sendo mensurado por indicadores estabelecidos no plano plurianual;

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 de governo;

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 de governo.

Importante destacar que nesta portaria ainda são descritos, em seu Anexo, os termos: funções (maior nível de agregação das diversas áreas de despesa que competem ao setor público) e subfunções (uma partição da função, visando a agregar determinado subconjunto de despesa do setor público). Para a função Saúde ficaram elencadas as seguintes subfunções:

- 301 - Atenção Básica
- 302 - Assistência Hospitalar e Ambulatorial
- 303 - Suporte Profilático e Terapêutico
- 304 - Vigilância Sanitária
- 305 - Vigilância Epidemiológica
- 306 - Alimentação e Nutrição

Neste ponto destaca-se a Portaria nº 204 (BRASIL, 2007a) do Ministério da Saúde que regulamentou o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, e que, ainda, foram ampliados

com a Portaria nº 837 (BRASIL, 2009b) que incluiu o bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde, ficando:

- Atenção Básica;
- Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar;
- Vigilância em Saúde;
- Assistência Farmacêutica;
- Gestão do SUS; e
- Investimentos na Rede de Serviços de Saúde.

Há de se analisar de forma crítica a inexistência de uma relação direta entre o indicativo legal estabelecido pelo Ministério do Orçamento e Gestão, e o do Ministério da Saúde, o que tende a gerar nas estruturas orçamentárias, no caso da função Saúde, receitas segundo Blocos de Financiamento e Despesas segundo subfunções. Neste trabalho foram analisados ambos os quadros e indicadas as possíveis incongruências.

4. FUNDAMENTOS DO COMPROMISSO DA GESTÃO PÚBLICA

Uma vez investigadas e analisadas as estruturas teóricas e formais para uma avaliação de desempenho do agir dos entes públicos, é necessário que se estruture a ideia de um real compromisso da gestão pública em mudar, para melhor, as condições de vida da população.

Neste contexto a discussão sobre gestão pública remete ao tratamento de suas funções – planejamento, orçamento, execução orçamentária, acompanhamento e auditoria, controle e avaliação, conceituadas anteriormente, tendo como foco seus processos intrínsecos de relação num movimento de refazer-reprogramar.

Dessa forma este capítulo está estruturado em cinco partes. A primeira parte discute os conceitos de planejamento numa perspectiva de efetividade das políticas públicas. Na segunda parte o orçamento público é então debatido à luz de suas diferentes formas de execução, dando início ao debate sobre uma ferramenta/processo conhecido como *Performance Budget* (“Orçamento por Desempenho”).

Na terceira parte, são trabalhados os processos de acompanhamento e auditoria da ação pública com vistas aos processos formais e legais no Brasil, indicando e debatendo a estrutura daqueles.

A quarta parte, ao trabalhar com o aspecto do controle público, apresenta uma rápida descrição e discussão sobre as funções e importância dos Conselhos e Conferências de Saúde, dando ainda, destaque para as Audiências Públicas como espaços de transparência e de ampliação da formulação das políticas.

Por fim, as estruturas formais e legais, para a avaliação da gestão pública são apresentadas, na quinta parte, como forma de “reiniciar” o processo de planejamento com foco na obtenção de melhores ou maiores resultados da política pública de saúde.

4.1 PLANEJAMENTO

Destaca-se o planejamento como função inicial da gestão pública tendo como foco o cumprimento e a efetivação das políticas. Neste contexto Buarque (1999) coloca:

O planejamento é uma ferramenta de trabalho utilizada para tomar decisões e organizar as ações de forma lógica e racional, de modo a garantir os melhores resultados e a realização dos objetivos de uma sociedade, com os menores custos e no menor prazo possíveis (p. 35).

Nesta racionalidade de tomada de decisões, a reflexão e análise das melhores alternativas são fatores fundamentais para o alcance da efetividade das políticas de saúde. Assim o planejamento “representa uma forma de a sociedade exercer o poder sobre o seu futuro” (INGESTAM, 1987), rejeitando a resignação e partindo para iniciativas que definam o seu destino.

A partir destas considerações, pode-se evidenciar que o planejamento é o espaço de construção da liberdade da sociedade dentro das circunstâncias, delimitadas pelo terreno do possível a fim de implementar as mudanças capazes de moldar a realidade futura. Esta liberdade se molda através de decisões coletivas e vontades dos atores, considerando aqui os gestores dos entes federados, num processo histórico técnico e político que irá delimitar o que é compreendido aqui como terreno do possível.

Buarque (1999) define, por fim, que:

O planejamento governamental é o processo de construção de um projeto coletivo capaz de implementar as transformações necessárias na realidade que levem ao futuro desejado. Portanto, tem uma forte conotação política. E no que se refere ao desenvolvimento local e municipal, o planejamento é um instrumento para a construção de uma proposta convergente dos atores e agentes que organizam as ações na perspectiva do desenvolvimento sustentável (p. 36).

Na lógica de organização dos processos que são funcionais e estruturais, o planejamento se torna um processo ordenado e sistemático de decisão, sendo o suporte para escolhas da sociedade.

Quando analisado o planejamento mediante uma política, que considere decisões e escolhas de alternativas em torno de objetivos coletivos, é necessário que este planejamento preceda a ação, passe por uma negociação e formule as políticas.

Os objetivos coletivos são permeados por interesses e percepções pertencentes a grupos sociais que compõem nossa atual sociedade complexa e de grande dimensão.

Importante considerar que, para as políticas públicas de saúde, os entes federados envolvidos podem ter populações alvo que variem, em número, de milhões à milhares de pessoas, sendo implementadas pela União, Estados ou Municípios.

Assim, considerando esta concepção do planejamento como técnico e político, Buarque (1999) infere que:

A concepção deve levar a uma reformulação profunda da posição dos técnicos na definição das prioridades do desenvolvimento e à necessidade de uma estrutura de participação e mobilização da sociedade para a tomada das decisões, orientadas pela reflexão técnica. Apenas assim, o planejamento pode construir um projeto coletivo reconhecido pela sociedade e em torno do qual os atores sociais e os agentes públicos estejam efetivamente comprometidos (p. 38).

Neste processo de participação e mobilização da sociedade para a tomada das decisões, o processo histórico da saúde pública brasileira apresenta as Conferências e os Conselhos de Saúde como instâncias colegiadas, disposta na Lei nº 8.142 (BRASIL, 1990b), tendo como função, deliberações e tomadas de decisões sobre as prioridades da coletividade de cada território.

Para o alcance de um desempenho, das políticas públicas em saúde, que vá além da eficiência e eficácia, e atinja o impacto necessário para uma mudança social (efetividade) é necessário um processo de transformações que leve ao desenvolvimento sustentável da comunidade ou município, é necessário um claro esforço de seletividade para concentrar as ações nos fatores centrais e determinantes do futuro.

O planejamento assume então uma visão estratégica, que não se deixa dominar pelas emergências e urgências de curto prazo, e que estruture as prioridades numa perspectiva de construção de um novo estilo de desenvolvimento no médio e longo prazos (BUARQUE, 1999). Ou seja, as decisões de curto prazo devem ser reduzidas à ponto de garantir uma resposta adequada (eficaz), porém não deverão ser recorrentes à ponto de se tornar a prática dos gestores locais. Além disso não se pode ignorar as necessidades e carências da sociedade, no imediatismo que possam ocorrer, mas deve-se estabelecer a relação destas com os fatores estruturais do desenvolvimento numa perspectiva de mudança do contexto social e estrutural.

Nessa estrutura de planejamento Buarque (1999) consolida:

É fundamental classificar e ordenar os dados da realidade, distinguindo o urgente— indesejável e necessidade imediata — do importante — relevante e determinante do desenvolvimento local ou municipal: as ações estratégicas concentram-se no que é relevante e determinante, preparando as transformações estruturais futuras; iniciativas de curto

prazo e de rotina voltam-se para as urgências, procurando moderar e amenizar os problemas, enquanto amadurecem as transformações estruturais resultantes das ações sobre o importante (p. 39).

Assim a visão estratégica no planejamento deve organizar as ações, desencadeando um processo de desenvolvimento que vá além do curto prazo e planeje o médio e o longo prazo, objetivando a efetividade das políticas públicas.

No item 5.2 deste trabalho são contextualizadas as legislações e as propostas de apoio organizadas pelo Ministério da Saúde, para a estruturação e execução do planejamento no SUS, denominado PlanejaSUS.

4.2 ORÇAMENTO E SUA EXECUÇÃO

Segundo Baleeiro (1997), orçamento é o ato pelo qual:

O Poder legislativo prevê e autoriza ao Poder Executivo, por certo período e em pormenor, as despesas destinadas ao funcionamento dos serviços públicos e outros fins adotados pela política econômica ou geral do país, assim como a arrecadação das receitas já criadas em lei. (p. 411).

Assim, o orçamento deverá prever as políticas públicas constituídas com a finalidade de atender os ditames constitucionais. O orçamento é, ainda considerado como uma peça que contém a aprovação prévia da despesa e da receita para um período determinado (HARADA, 1997).

Sua figura representa muito mais do que um simples demonstrativo previsor da arrecadação e dos gastos do ente federado significando um verdadeiro instrumento político, já que não é possível pensar o orçamento sem analisar os interesses sociais. Assim, ele reflete um plano governamental que representa a vontade de um coletivo daquela sociedade complexa e de diversas dimensões.

Ainda segundo Baleeiro (1997):

A evolução histórica do orçamento público foi delineando toda a sua complexidade, a qual se perfaz atualmente em um sistema multifacetado, com previsão constitucional, que estabelece um plano plurianual (PPA), as diretrizes orçamentárias (LDO) e os orçamentos anuais (LOA). Portanto, é possível visualizar que o orçamento público não se restringe a uma única peça que dá notícia do panorama financeiro do Estado (p. 412).

O PPA tem a função de determinar os programas e as metas governamentais de longo prazo. Harada (1997) afirma:

Em verdade, esse plano orçamentário plurianual funciona como um programa econômico baseado na política de governo. Assim, deve ser dada interpretação sistemática à Constituição, obedecendo a seus princípios norteadores – e como antes relevado, seu alicerce no Estado Democrático de Direito. E, por conseguinte, a integração nacional é um dos objetivos nacionais permanentes, devendo-se proporcionar a redução das desigualdades inter-regionais por meio da ação articulada da União, aqui instrumentalizada no plano plurianual (p. 70).

Já a Lei de Diretrizes Orçamentárias funciona como um plano prévio, baseado em considerações econômicas e sociais, visando a elaboração posterior da proposta orçamentária e atendo-se a pensar e organizar, a partir das diretrizes do PPA, quais serão

as ações dos programas que devem ser realizadas bem como seus possíveis prazos de execução.

Por fim, a lei orçamentária anual compreende: o orçamento fiscal, o orçamento de investimentos das empresas estatais e o da seguridade social, que comporá a estrutura de como as políticas, programas, planos e ações serão executadas, a partir de previsões orçamentário-financeiras, contando com metas e prazos.

A Lei 4.320/64, que estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal, apresenta em seus artigos a estrutura para a Lei Orçamentária de cada ente federado. Comentam-se, a seguir, alguns destes artigos:

- O Art. 2º, estabelece que a Lei do Orçamento deverá conter a discriminação da receita e despesa de forma a evidenciar a política econômica financeira e o programa de trabalho do Governo, obedecidos os princípios de unidade universalidade e anualidade.
- O Art. 3º destaca que a Lei de Orçamentos compreenderá todas as receitas, inclusive as de operações de crédito autorizadas em lei.
- O Art. 4º enaltece que referida lei compreenderá todas as despesas próprias dos órgãos do Governo e da administração centralizada, ou que, por intermédio deles se devam realizar, observado o disposto no artigo 2º.

Em 2000, com o estabelecimento de normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal através da Lei Complementar nº 101 (BRASIL, 2000a), ficou claramente indicado que, nas Leis de Diretrizes Orçamentárias (LDOs) dos diferentes entes federados deverão estar descritas as “normas relativas ao controle de custos e à avaliação dos resultados dos programas financiados com recursos dos orçamentos” (Art. 4º).

Ainda, na LRF, há previsão em seu Art. 59 de que:

O Poder Legislativo, diretamente ou com o auxílio dos Tribunais de Contas (TC), e o sistema de controle interno de cada Poder e do Ministério Público (MP), fiscalizarão o cumprimento das normas desta Lei Complementar, com ênfase no que se refere a: I - atingimento das metas estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias.

Estas características indicadas pela LRF para as LDOs abarcam o rol de programas que deverão estar presentes juntamente com as metas e a necessidade de avaliação dos

resultados por parte do Poder Legislativo, do ente federado em questão, e ainda da possibilidade de intervenção dos TC e MP neste processo.

Por fim, ainda no Art. 59, no item V do parágrafo primeiro, temos que “Os Tribunais de Contas alertarão os Poderes quando constatarem que houver fatos que comprometam os custos ou os resultados dos programas ou indícios de irregularidades na gestão orçamentária” (grifos nossos). Mais uma vez, o TC é indicado como fiscal ativo do processo de elaboração e execução dos orçamentos.

No campo da saúde, com a aprovação da Lei Complementar 141 (BRASIL, 2012a), especificou-se ainda mais o processos pelos quais os PPAs, LDOs e LOAs devem passar para sua consolidação. Nos parágrafos do Art. 30 da lei, indicam-se:

§1º O processo de planejamento e orçamento será ascendente e deverá partir das necessidades de saúde da população em cada região, com base no perfil epidemiológico, demográfico e socioeconômico, para definir as metas anuais de atenção integral à saúde e estimar os respectivos custos.

§2º Os planos e metas regionais resultantes das pactuações intermunicipais constituirão a base para os planos e metas estaduais, que promoverão a equidade inter-regional.

§3º Os planos e metas estaduais constituirão a base para o plano e metas nacionais, que promoverão a equidade interestadual.

§4º Caberá aos Conselhos de Saúde deliberar sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades.

Fica evidente que, com o passar dos anos, a estruturação do orçamento foi sendo ampliada sobre a perspectiva de participação de diferentes órgãos. Os deliberativos são os poderes executivos de municípios, estados e união, juntamente com seus conselhos de saúde; e órgãos fiscalizadores são os poderes legislativos, judiciários, tribunais de contas e Ministério Público.

O foco no processo de planejamento e estruturação de metas também são pontos importantes que se destacaram desde a Lei 4.320 até a atual Lei Complementar 141 (BRASIL, 2012a). Importante notar que, nesta última, a ascendência dos planos municipais, regionais, estaduais e, por fim, nacional, deve ser garantida com base nos perfis epidemiológicos, demográficos e socioeconômicos contextualizados nas diferentes necessidades de saúde.

A dúvida que se mantém, considerando o parágrafo 2º do artigo acima apresentado, é: como e de que forma serão estruturados os planos e metas regionais a partir das pactuações intermunicipais?

Ao se considerar todas as instituições, entes federados, leis e suas estruturas, fica claro o desígnio do Estado de obter recursos para, em seguida, gastá-los sob a forma de obras, prestação de serviços ou qualquer outra política pública, a fim de realizar os objetivos fundamentais da Constituição Federal.

Dentre estes objetivos, destaca-se o da dignidade da pessoa humana, cujo limite de partida será sempre o mínimo existencial, e que, ao mesmo tempo, vem delimitado em linhas gerais pelos princípios constitucionais e pelos direitos e garantias individuais e coletivas. Para Nóbrega (2011):

Os orçamentos são instrumentos de planificação financeira com o objetivo de servirem a certa racionalidade econômica fundada na busca do lucro, a razão de ser suprema do mercado. Dessa forma, os orçamentos das empresas privadas visam planejar formas de maximização dos lucros. O orçamento público responde a uma problemática diferente, posto que não exista “lucro”, no senso monetário do termo, nos orçamentos estatais. As previsões contidas nos orçamentos públicos refletem as preocupações, as necessidades da sociedade e se caracterizam por previsões de receita e autorizações de despesas (p. 712).

Quando considerado o tipo de orçamento praticado no Brasil, orçamento-programa, Ribeiro (2011) indica que o Governo estabelece sua política com previsões de despesas e respectivas receitas. Tem-se, então, que a função de traçar as políticas públicas é de iniciativa do Poder Executivo, com a aprovação do Poder Legislativo na elaboração orçamentária. Ainda, segundo a autora, deve ser demonstrado pela Administração Pública que os objetivos constitucionalmente estabelecidos foram previstos no planejamento orçamentário, pois a Constituição direciona a conduta do legislador e do administrador, impondo diretrizes a serem necessariamente cumpridas.

Piscitelli (2004), ao tratar da LOA, traz:

Essa lei, com base nas estimativas e autorização para a obtenção de receitas, fixa, até o encerramento da sessão legislativa, os gastos para o exercício seguinte. Este é o calendário previsto, tudo dentro de uma perspectiva de planejamento a médio prazo, com planos plurianual nacionais, regionais e setoriais. E que o planejamento é uma forma de a sociedade, por meio de seus representantes e instituições, aferir suas potencialidades e limitações, coordenando seus recursos e esforços para realizar, por intermédio das estruturas do Estado, as ações necessárias ao atingimento dos objetivos nacionais (p. 60).

Dessa forma, o orçamento ganha sua importância enquanto momento de cidadania no qual as escolhas públicas são feitas e controladas, já que, devido ao seu caráter

expositivo aplicado pela LOA, ele se torna um instrumento de explicitação das políticas públicas num determinado período. É, nele, que as funções Executiva e Legislativa devem se fazer presentes via processo orçamentário, desde a elaboração do plano plurianual, passando pela lei de diretrizes orçamentárias, e com a lei orçamentária anual.

- Tipologia de orçamentos

A evolução das técnicas de elaboração do orçamento se deu em etapas históricas da organização político-administrativa do Estado brasileiro. Neste momento, são apresentadas as características dos orçamentos segundo seus tipos. Importante ressaltar que não há uma clareza prática do processo de organização do orçamento, apesar de legalmente aqueles serem instituídos, ou seja, as características dos diversos tipos podem se fundir ou se apresentar em determinados momentos consideradas as questões socioculturais que são predeterminantes às práticas orçamentárias.

- **Orçamento tradicional**
 - Documento apenas de previsão de receitas e fixação de despesas;
 - Reflete apenas os meios que o Estado dispõe para executar suas tarefas;
 - Há somente a preocupação com a classificação das despesas por objeto do gasto;
 - Principal critério de classificação são as unidades e elementos administrativos (BRASIL, 2013a).
- **Orçamento incremental**
 - A definição dos montantes de recursos a serem alocados para os programas, ações, órgãos ou despesas se realiza mediante incorporação de acréscimos marginais em cada item de despesa, mantendo-se o mesmo conjunto de despesas do orçamento anterior (ou com pequenos ajustes);
 - Opções e prioridades estabelecidas no passado tendem a permanecer inalteradas ao longo do tempo;
 - Não reflete a reavaliação quanto a novas necessidades e prioridades da sociedade;
 - Não privilegia a eficiência do gasto e a evolução da ação governamental (SCHICX, 1976).
- **Orçamento base zero**

- Revisão crítica dos gastos tradicionais de cada área e a criação de alternativas para facilitar a escala de prioridades a serem levadas para decisão superior;
 - Estabelecimento pelos gestores dos parâmetros de cada programa, permitindo também que cada gerente de diversas áreas estabeleça níveis de gasto para cada programa (nível mínimo, atual e mais elevado);
 - Utiliza-se de todo o processo operacional de planejamento e orçamento, fundamentado na preparação de pacotes de decisão, para escolha do nível de objetivo ditado pela ponderação da equação de custos e benefícios (PHYRR, 1981).
- **Orçamento anticíclico**
 - Execução do orçamento que ultrapassa os “limites” fixados pelas Despesas projetadas, estimulando a expansão do gasto público e ampliação das isenções fiscais. Assim, deve ser utilizado como estratégia para ações governamentais que visem as reduções de possíveis crises financeiras. Exemplo: a retirada das empresas do grupo Petrobras do câmputo da meta de superávit primário (possibilidade de investimento) além de antecipar em um mês o aumento do salário mínimo como medida de estímulo à demanda agregada (proteção social) (GADELHA, 2011);
- **Orçamento-programa**
 - Instrumento de planejamento que permite identificar os programas, os projetos e as atividades que o Governo pretende realizar, além de estabelecer os objetivos, as metas, os custos e os resultados esperados e oferecer maior transparência dos gastos públicos, gerando:
 - Integração planejamento-orçamento
 - Quantificação dos objetivos e fixação de metas
 - Relação insumo-produto
 - Alternativas programáticas
 - Acompanhamento físico financeiro
 - Avaliação de resultados e gerência por objetivos (BRASIL, 2013a);
 - Teve seus princípios claramente delineados e estatuídos quando da assinatura do DECRETO-LEI Nº 200, DE 25 DE FEVEREIRO DE 1967,

que disciplina os aspectos orçamentários, referindo-se, expressamente, ao Orçamento-Programa. Conforme se lê em seu Art. 7º:

A ação governamental obedecerá a planejamento que vise ao desenvolvimento econômico-social do país e a segurança nacional, norteando-se segundo planos e programas, elaborados na forma do Título III, e compreenderá a elaboração e atualização dos seguintes instrumentos básicos:

- Plano geral de governo;
- Programas gerais, setoriais e regionais de duração plurianual;
- Orçamento-programa anual;
- Programação financeira de desembolso (p. 03).

Segue abaixo um fluxograma desenvolvido por Kashiwakura (1997) que traz as etapas do orçamento-programa em consonância com as etapas do planejamento (Estratégia, diretrizes, programação orçamentária e específica e, por fim, instrumentação paralela).

Figura 2: Integração do orçamento-programa ao plano

Fonte: Kashiwakura (1997)

Este fluxograma apresenta uma interessante possibilidade de planejamento e organização das ferramentas orçamentárias (PPA, LDO e LOA) para acompanhamento e visão de todas as ações dos entes públicos. Assim, o Plano de Ação enquanto âmbito da elaboração de estratégias se direciona e ajuda a compor a estrutura do PPA. As Diretrizes compõem a LDO e, por fim, a Programação Orçamentária, a Programação Específica e a Instrumentação Paralela farão parte da estrutura da LOA.

O fluxograma indicado auxilia ainda a identificar claramente o Programa de Trabalho e Atividades. Este é o ponto essencial na “cascata” de ações que serão realizadas segundo cada Programa e será, a partir do acompanhamento destes, que o desempenho deverá ser analisado.

Considerar a quantidade de trabalhadores envolvidos, seus salários, insumos que serão utilizados e demais itens é, também, monitorar os gastos de cada Programa. Um passo além deste acompanhamento supracitado, será a organização do “Orçamento por Desempenho”.

4.2.1 O “ORÇAMENTO POR DESEMPENHO” – O *PERFORMANCE BUDGET*

Se considerarmos, no serviço público, a dispersão e duplicação de ações, as práticas emergenciais que deveriam ser corriqueiras, os gastos que não indicam uma efetividade e retorno à população e que todas estas práticas são comuns, temos uma realidade de políticas públicas pouco impactantes na melhora das condições de vida da população. Muitas vezes para dar cumprimento a comandos legais, os entes públicos realizam despesas com total descompromisso com a efetividade e o custo-benefício do gasto, sendo assim os orçamentos são relevantes instrumentos para alcançar esses objetivos.

Neste contexto Nóbrega (2011) destaca, ao analisar o PB:

O performance budget não pode ser encarado com um fim em si mesmo, mas como uma etapa de um amplo processo de reforma do setor público e que o sucesso dessa técnica depende não apenas de seu acurado aspecto técnico mas sim de uma ampla gama de fatores como o ambiente político, instituições e a situação fiscal do país (p. 719).

Já Robson (2008) outro estudioso/autor do PB, em seu seminário, o apresenta como um procedimento ou mecanismo ligando os fundos providos pelo setor público e os resultados alcançados, considerando para tanto, as informação sobre o desempenho dos programas de governo e a utilização dessa informação pelos tomadores de decisão. O principal objetivo do PB é aprimorar a alocação e a eficiência dos recursos públicos. Assim, a informação sobre o desempenho dos gastos e os recursos alocados são funções centrais neste tipo de orçamento.

Destacam-se, ainda, outros pontos para considerações:

- A necessidade de uma definição de contratos entre o governo e as unidades executoras do orçamento, a fim de definir metas a serem alcançadas mediante indicadores de desempenho previamente acordados. Nesse ponto, destaca-se o Art. 37 da CF que em seu § 8º apresenta que: “a autonomia gerencial, orçamentária e financeira dos órgãos e entidades da administração direta e indireta poderá ser ampliada mediante contrato, a ser firmado entre seus administradores e o poder público, que tenha por objeto a fixação de metas de desempenho para o órgão ou entidade, dispondo ainda sobre os prazos de duração do contrato, os controles e critérios de avaliação de desempenho, direitos, obrigações e

responsabilidade dos dirigentes e a remuneração do pessoal.” Desta forma, observa-se que já há um passo consolidado para adoção de padrões de eficácia no orçamento brasileiro.

- A classificação das despesas em "Programas" dota o orçamento de maior transparência e acurácia para análise dos resultados. Mais uma vez, deve-se considerar que o sistema orçamentário brasileiro, com a edição da Lei 4.320/1964, já adota a classificação funcional programática;
 - Neste ponto destaca-se (ROBINSON & LAST, 2009):

A classificação de programa de despesas no orçamento é, também, altamente recomendada. Ao se classificar as despesas em grupos de serviços semelhantes com objetivos semelhantes, um orçamento programa ajuda os tomadores de decisão a comparar os custos e benefícios nas opções de despesa (tradução nossa, p. 02).
 - Então, considerando esta possibilidade de comparabilidade dos gastos e benefícios trazidos por cada programa, o processo de orçamentação se torna também um processo de análise de desempenho das ações realizadas nos últimos anos.
 - Robinson e Last (2009) destacam ainda como pontos potentes no processo de preparação do orçamento, na lógica do desempenho (p. 02):
 - ✓ Melhorar a priorização de despesas;
 - ✓ Incentivar que ministros gastem de forma mais eficiente e eficaz;
 - ✓ A orçamentação baseada no desempenho também pode melhorar a disciplina fiscal sobre gastos (A ideia de uma abertura fiscal no orçamento para novos programas, dados possíveis cortes em programas que não obtiveram desempenhos esperados, cria uma dinamicidade na orçamentação com foco em novas prioridades necessárias à população).
- A relação entre a definição de recursos orçamentários em orçamentos futuros e o desempenho dos programas realizados atualmente determina a correta relação entre output, outcome e avaliação; assim como uma estimativa do desempenho esperado com base em resultados alcançados em anos anteriores;
- Elaboração de um ranking para premiação das boas práticas e punição àquelas que não atingiram os resultados esperados.

Robinson e Last (2009) indicam que, para a estruturação dos programas orçamentários na lógica de avaliação de desempenho, aqueles devem incluir (p. 06):

- Os objetivos dos programas e como eles fazem uma relação com os objetivos nacionais e prioridades setoriais (No caso dos municípios esta relação deverá, essencialmente, se relacionar com diretrizes de âmbito estadual e nacional; e, mais especificamente no caso da Saúde, estes objetivos já estarão indicados via Plano Nacional de Saúde (elaborado pelo Conselho Nacional de Saúde) e Plano Estadual de Saúde (elaborado pelo Conselho Estadual de Saúde));
- Os serviços “chaves” que são entregues por programa;
- Como o programa garantirá a execução das ações propostas em seus objetivos (sua eficácia);
- Os indicadores “chaves” e os resultados das avaliações; e
- Os custos (ou gastos estimados) do programa.

Nóbrega (2011) define que, de acordo com um PB, os resultados, podem ser evidenciados através do impacto que o programa tem sobre os indivíduos, as estruturas sociais e o próprio governo. É necessária uma definição prévia dos resultados esperados para que então eles possam ser analisados segundo o esperado. Ainda, segundo o autor, para definição de produtos, alguns conceitos são importantes:

- *Recursos*: como número de professores, escolas construídas, livros distribuídos, etc. Embora esses elementos não representem indicadores de performance, podem prover valiosas informações para controle de custos e para a elaboração de outros indicadores. Se o número de pessoas atendidas por determinado programa de governo está bem aquém daquilo que fora esperado, certamente medidas corretivas devem ser tomadas.
- *Outputs*: sua medida é fundamental porque representa o resultado imediato. É interessante observar que, na maioria das vezes, apenas há atenção na questão do resultado imediato e, a partir daí, se tiram conclusões.
- *Eficiência*: Em conceito econômico significa output por unidade monetária; no entanto, quando avaliamos programas de governo a resposta não pode ser tão simples. Os programas de governo devem atender a outros critérios além da mera questão quantitativa. Aspectos com efeitos redistributivos devem ser avaliados e muitas vezes passam ao largo de avaliações dos órgãos ou instâncias de controle. Assim, eficiência não é um conceito absoluto, deve relacionar-se ao programa que está sendo avaliado.
- *Outcomes*: Representam um passo adiante na avaliação dos programas de governo. São indicadores mais amplos dos verdadeiros resultados, avaliando se o programa está tendo uma função transformadora na sociedade. São fundamentais para sinalizar ao governo se os objetivos estão sendo alcançados e quais medidas corretivas podem ser tomadas (p. 721).

Para o acompanhamento de toda essa informação é necessário que esta esteja bem organizada nos Programas do Governo. Ao estabelecer *Outcomes* de curto, médio e longo prazo é possível aprimorar o planejamento estratégico e a avaliação, aperfeiçoar o gerenciamento financeiro e orçamentário, melhorar a produtividade e a qualidade, estabelecer rotinas para o gerenciamento dos contratos e realizar *benchmarks* em outros entes federados ou instituições de gestão direta ou indireta, com foco nas boas práticas orçamentárias.

Robinson e Last (2009) indicam claramente:

O maior desafio para o desenvolvimento de um modelo básico de orçamentação baseada no desempenho é manter a informação para desempenho simples, acessível e utilizável (tradução nossa, p. 04).

Considera-se, então, que o elemento-chave do PB é a informação, tendo em seu fluxo, o custo e a qualidade acompanhados, e que uma experiência só será bem-sucedida se os *Outputs* e *Outcomes* estiverem definidos. Para êxito do PB também se faz necessária a participação e troca de informações entre os elaboradores dos orçamentos e as instâncias políticas responsáveis pelo monitoramento dos indicadores. Fazer o link exclusivo entre informação de desempenho e definição de gastos é apenas uma preocupação parcial. Na verdade, a informação de desempenho é apenas um dos dados necessários para uma boa elaboração orçamentária. Há ainda outros fatores importantes, tais como: as condições econômicas, as demandas sociais, a política fiscal, etc.

Se faz necessário, no entanto, a elaboração de programas-piloto para averiguar a possibilidade de utilização do PB nos setores públicos. Devido a grande quantidade de informação que o PB produz, há elevados custos e exigência de uma burocracia qualificada para a interpretação dos dados.

Neste ponto, se torna importante o uso de uma metodologia mais simples, que organize um painel de monitoramento focado na entrega à população de algo útil e que esteja em consonância com os objetivos do Governo. Um dos quesitos essenciais para a concretização do PB é que a informação sobre o desempenho do programa indique sua efetividade, eficácia e eficiência e, por fim, estabeleça uma estrutura lógica para que o programa possa ser monitorado.

Sobre o possível excesso de geração de informação, Nóbrega (2011) acrescenta que:

Ao passo que a geração de informação sobre a performance do programa é muito relevante, o Governo não pode esquecer de utilizar a informação para a elaboração do orçamento. A experiência tem demonstrado que muitos esforços são desperdiçados porque a informação é vista como um fim em si mesmo ou estanca apenas uma etapa do processo (p, 723).

Um ponto negativo importante, neste fluxo de informação, é que os sistemas de informações deverão ser aprimorados, e a contabilidade pública orientada para resultados. Atualmente, o sistema de contabilidade pública brasileira e a legislação correlata (Lei 4.320/1964) apresentam fortes entraves para a introdução de um modelo de desempenho no país, já que os indicadores apresentados nas ações dos programas não tem a necessidade de serem definidos para curto, médio e longo prazo e há possibilidade de vincular em uma ação ampla e possa gerar vários resultados, apenas um indicador. Estas questões fragilizam uma análise mais qualitativa do orçamento executado e não garantem que ações tenham sua efetividade comprovada.

Ainda, segundo Robinson e Last (2009):

Há uma série de exemplos de países que tem realizado grandes esforços para desenvolver a informação sobre o desempenho - e colocar o orçamento no modelo programático - mas eles não conseguiram fazer uso significativo desta informação ao decidir o orçamento. Essa experiência mostra que, para que a orçamentação baseada no desempenho funcione, deve-se reconsiderar as prioridades de gastos e um programa de desempenho deve ser integrado no processo de orçamentação (tradução nossa, p.04).

Assim, a garantia de um sistema de informações (indicadores) que possibilite o desempenho da ação pública, deverá estar intimamente ligada ao processo de orçamentação, suas fases e seu fluxo, para então termos, de fato, um orçamento que se desenvolva visando o desempenho.

No material produzido pela OECD, Performance Budgeting in OECD countries (OECD, 2007), foram apresentadas pesquisas realizadas nos países que fazem parte da organização, a fim de se verificar o histórico de como eram/são tratadas as informações sobre o desempenho, na lógica de indicadores. Abaixo seguem três gráficos que são produtos destas pesquisas.

A figura 3 indica que, aproximadamente, 40% dos países que compõe a OECD iniciaram o uso de medições de resultados há pelo menos 10 ou mais anos, sendo que apenas 7,4% dos países encontrava-se em fase de desenvolvimento desta estratégia.

Figura 3 – Quando foi o primeiro esforço do governo para introdução de medições de resultados? (tradução nossa)

Fonte: OECD (2007 – p. 18)

Quando perguntados sobre que tipo de informações para o desempenho devem ser produzidas para avaliar a ação do governo (Figura 4), tem-se que o desenvolvimento de informações de desempenho é uma tendência generalizada em quase três quartos dos países da OECD. Os países têm adotado diferentes abordagens para a avaliação do desempenho, porém, apresentaram as formas de avaliação e de medições de desempenho em quantidades iguais.

Figura 4 – Que tipos de informações para o desempenho são produzidas para avaliar o desempenho do governo? (tradução nossa)

Fonte: OECD (2007 – p. 19)

Por fim, foi analisado o tempo em que foi iniciado o último esforço do governo para medir o seu desempenho. Como pode ser visto na Figura 5, os países não têm uma uniformidade no período, apresentando uma constante mudança e evolução. Dentro dos últimos cinco anos, 75% dos países da OECD introduziram uma nova iniciativa.

Figura 5 – Quando foi a mais recente iniciativa do governo para introduzir medidas de desempenho? (tradução nossa)

Fonte: OECD (2007 – p. 20)

Ainda nos resultados da pesquisa, um importante indicativo destas constantes mudanças e evoluções é citado (OECD, 2007):

Recentemente, a Dinamarca e a Holanda reviram suas abordagens para o desenvolvimento de informações de desempenho para o orçamento; essa revisão destacou os problemas e resultou em novas iniciativas destinadas a melhorar seus sistemas. Em 2006, na Suécia, em reação à crítica do sistema existente, criou-se uma comissão para rever as iniciativas de desempenho. Em 2007, a Austrália e o Canadá lançaram novas iniciativas para melhorar o uso de informações de desempenho na elaboração de orçamentos (p. 19).

Pode-se vislumbrar, por exemplo, que em relação ao setor saúde, na perspectiva de um município, o secretário de saúde já possui ao seu alcance um vasto rol de indicadores para serem agregados/desenvolvidos juntamente com o processo de orçamentação. Essa característica do setor saúde pode ser considerada como indicativa da possibilidade de uso do PB neste setor.

Outro ponto de destaque, é que o sistema de direito financeiro e administrativo brasileiro, apresenta fortes entraves para a aceitação de padrões de eficiência, focando

suas análises em relatórios contábeis e financeiros colocados apenas como instrumentos para comprovação de conformidade entre os gastos e a legislação correlata. Estes dois pontos requerem, para uma transformação do modo como os tomadores de decisão o fazem, uma capacitação desta burocracia para este novo contexto de orçamento.

Para que o mecanismo de retroalimentação para o desempenho do programa (indicando correção de desvios e elaboração do orçamento) funcione, alguns elementos são importantes, como: elaboração de uma etapa mais estratégica que deverá incorporar preliminares considerações sobre as prioridades do Governo, revisão do processo de despesa com o intuito de verificar a pertinência e efetividade dos programas de Governo e, por fim, um permanente processo de análise e discussão sobre o aumento de despesas em determinados programas. Assim, o controle, avaliação e acompanhamento constantes das despesas, são necessários para que se consiga um espaço fiscal no cumprimento de prioridades.

Por fim, para introduzir uma proposta como o PB, deve-se considerar o envolvimento de várias instancias de participação, controle e execução das políticas apresentadas pelo Governo. Muitas vezes, há uma desconexão entre os setores gastadores e responsáveis. Além disso, o orçamento não é uma peça isolada, “é um processo dinâmico que submete ou sofre influência do "ciclo político", ou seja, os governos tendem a gastar menos nos primeiros anos de governo e exageram nos anos eleitorais” (NOBREGA, 2011).

Ainda, segundo Robinson e Last (2009):

A orçamentação baseada no desempenho não pode ser vista como uma iniciativa isolada. Deve ser vista, antes, como parte de um conjunto de reformas mais amplas - muitas vezes referida como a gestão-para-resultados - projetados para focar a gestão pública mais nos resultados e menos nos processos internos de entrega (tradução nossa, p.02).

Neste trecho os autores destacam a importância de uma gestão pública voltada ao desempenho, com foco nos resultados dos programas apresentados no orçamento e menor direcionamento aos processos de produção deste. Nóbrega (2011) considera ainda que:

O sucesso de um PB dependerá, em grande medida, da capacidade do Governo de ajustar prontamente os programas, inclusive mediante o corte nas despesas daqueles que não estão obtendo bons resultados (p. 724).

A OECD (2007) traz, então, um importante destaque para a real necessidade do olhar sobre o desempenho, qual seja:

O orçamento de desempenho envolve mais do que o desenvolvimento de informações de desempenho: ele está preocupado com o uso dessas informações em processos de orçamento e alocação de recursos. Apesar do fato de que a ideia de relacionar o desempenho de recursos ter se dado neste meio desde o início do século 20, não existe uma única definição padrão acordada de orçamentação baseada no desempenho. Uma variedade de termos e definições são incorporados sob o rótulo de orçamentação baseada no desempenho: o orçamento para resultados, orçamento baseado em desempenho e financiamento desempenho. Esses termos estão todos preocupados com a introdução de informações de desempenho em processos orçamentários. No entanto, há pouco consenso sobre o tipo de informação e em que fase do processo de orçamento deve ser introduzida, também não se indica se e como devem ser relacionadas as informações para o desempenho para a alocação de recursos (tradução nossa, p. 20).

Assim, um orçamento por desempenho é “uma forma de orçamentação que se relaciona com os fundos alocados para resultados mensuráveis” (OECD, 2008). Um PB, com contratos e acordos claros, possibilitará que gestores públicos sejam responsáveis e responsabilizados pelos gastos e aptos a defender o seu padrão de despesas.

Por fim, elencam-se alguns pontos de extrema importância para o início da prática do PB, principalmente do âmbito municipal:

- Grande distância informacional com relação à transparência dos agentes públicos executores das ações e os setores do Governo responsáveis pelo acompanhamento do dispêndio público. Neste ponto, a Tecnologia da Informação pode ser de grande utilidade, ao passo que reduz possíveis custos com os processos de troca de informações e descentraliza para outras instâncias da sociedade que queiram acompanhar as ações.
- Há, ainda, uma crença de que indefinidamente se pode gastar ano após ano em programas não efetivos e de pouca transparência. Assim, os orçamentos apenas reproduzem as prioridades do orçamento anterior, fazendo-se o ajuste simplesmente pela aplicação de índices inflacionários; conceituando aí o orçamento incrementalista, mais simples e confortável para o gestor. Uma alternativa ao orçamento tipo incremental, seria o orçamento base zero, retomando-se o planejamento em cada ano, elencando as novas prioridades necessárias para o ano, ou a manutenção das antigas.
- A mensuração dos indicadores estabelecidos para o acompanhamento do desempenho pode estar submetida a fatores externos que não foram ponderados. Surge à necessidade de destacar quais são os fatores externos que podem gerar influência nos indicadores e acompanhá-los para melhor acurácia nas avaliações.

- Há ainda poucos estudos e trabalhos acadêmicos que contextualizam esta prática do PB, devendo-se então incentivar e desenvolver práticas locais (municipais) do PB com ajuda e acompanhamento das universidades.

A OCDE tem procurado distinguir diferentes categorias de PB com base nas utilizações propostas de informação para o desempenho no processo de orçamentação. Assim, são descritos três tipos de categorias e suas características principais que foram organizadas no Quadro 1:

Quadro 1 – Categorias do “Orçamento por Desempenho”

Tipo	Relação entre as informações de desempenho e financiamento	Desempenho planejado ou real	Objetivo principal no processo orçamentário
Apresentação	Sem relação	As metas de desempenho e/ou resultados de desempenho	Prestação de contas
Orçamentação informada pelo desempenho	Relação indireta	As metas de desempenho e/ou resultados de desempenho	Planejamento e/ou prestação de contas
Orçamentação baseada no desempenho	Relação direta	Os resultados de desempenho	Alocação de recursos e prestação de contas

Fonte: OECD (2007 – tradução nossa, p. 21)

Deste modo, na primeira categoria (Apresentação), as informações de desempenho servem para constarem em documentos orçamentários ou outros documentos do governo. As informações sobre o desempenho servem para efeitos de prestação de contas e de diálogo com os legisladores e cidadãos sobre questões de políticas públicas e diretrizes do governo. A informação não tem papel na tomada de decisões sobre alocações de recursos.

A segunda categoria é a de desempenho orçamentário informado. Recursos estão relacionados tanto com o desempenho futuro proposto quanto para os resultados de desempenho de forma indireta. Assim, o desempenho é importante no processo de tomada de decisão, mas isso não significa, necessariamente, determinar a quantidade de recursos alocados. Neste caso, o desempenho é importante para informar as decisões orçamentárias, juntamente com outras informações relativas a restrições macro sobre a política fiscal e às prioridades políticas. Não há, no entanto, nenhuma relação automática ou mecânica entre metas ou resultados de desempenho e o financiamento dos programas.

Por fim, a terceira categoria indica uma relação direta na alocação de recursos segundo o desempenho. Assim, as dotações orçamentárias podem basear-se em uma

fórmula/contrato de desempenho com indicadores específicos, tendo seu financiamento diretamente ligado aos resultados alcançados. Esta categoria, portanto, pode ser um caminho para garantia de recursos e alocação orçamentária; como forma de recompensa ou penalidades segundo o desempenho alcançado. Esta é a categoria mais estruturalista e meritocrática.

Nota-se, então, que o orçamento hoje utilizado pelos entes públicos brasileiros, têm sua estrutura e formulação muito ligadas à primeira categoria apresentada pela OECD, já considerando as obrigatórias prestações de contas realizadas pelo executivo junto ao legislativo e população. De fato, este trabalho tem a intenção de indicar que a terceira categoria pode ser a estrutura necessária para um adequado processo de orçamentação e garantia de melhores desempenhos para a ação dos entes públicos.

Como forma de elucidar os processos de implementação de um modelo de orçamento por desempenho em alguns países que compõem a OECD, foi elaborado o Quadro 2 que sumariza as reformas mais recentes:

Quadro 2 – Resumo das mais recentes reformas implementadas

País	Ano	Reforma	Propósito
Austrália	2006	Revisão das despesas do exercício	Dar um maior papel para o Ministério das Finanças em identificar e gerenciar as avaliações
Canadá	2005	Gestão, recursos e resultados estruturais	Definir resultados estratégicos para todas as entidades e de vincular recursos, medidas de desempenho e os resultados reais para todos os programas
Dinamarca	2004-07	Contabilidade do exercício e orçamentação	Implementar o regime de competência e orçamento no setor da administração central.
Coréia do Sul	2006	Desenvolvimento de planos estratégicos	Desenvolver planos estratégicos que serão atualizados a cada três anos
Holanda	2001	Políticas orientadas para a orçamentação por programas	Fornecer ao Parlamento um documento orçamentário mais transparente
Suécia	2001	Projeto de lei do Orçamento	Ligar os objetivos das políticas às despesas
Reino Unido	2000, 2001 e 2004	Revisão dos gastos gerais e contratos de serviço público	Ajudar a alocar recursos para as principais prioridades e ajudar os departamentos a planejar com antecedência.
Estados Unidos	2002	Ferramenta de Avaliação de Programas	Ajudar a avaliar a forma como os programas estão sendo executados

Fonte: OECD (2007 – tradução nossa, p. 26)

Este resumo das mais recentes reformas implementadas em alguns países da OECD demonstrou o constante e recente interesse que as gestões públicas tiveram no caminho de organizar seus processos orçamentários vinculados ao desempenho das ações realizadas e de seus programas descritos. Mais uma vez, os propósitos indicados têm relação direta com a legislação brasileira que, como já descrita, assume uma forma de

organização mínima a partir dos orçamentos programáticos que vinculam os gastos aos programas e seus possíveis indicadores de desempenho.

4.3 ACOMPANHAMENTO – AUDITORIA

Como forma de acompanhamento dos processos de cuidado realizados nos serviços de saúde pública, apresenta-se como uma etapa importante as auditorias. Coleman et al. (1998) assinalam que:

O termo audit foi proposto para os serviços de saúde, pela primeira vez, em 1956, por Lambeck, com a finalidade de avaliar a qualidade dos processos e os resultados desses serviços, por meio da observação direta do registro e da história clínica do usuário (p. 30).

Ainda, segundo os autores, as atividades da auditoria concentram-se:

Nos processos e resultados da prestação de serviços e pressupõem o desenvolvimento de um modelo de atenção adequado em relação às normas de acesso, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Consistem em controlar e avaliar o grau de atenção efetivamente prestada pelo sistema, comparando-a a um modelo definido (p. 31).

Como forma de garantir um cuidado em saúde que seja de qualidade e seguro para os usuários, a auditoria, no Brasil, assume seu papel mediante a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990a), ao regular as ações e os serviços de saúde em todo o território nacional, e estabelecendo o Sistema Nacional de Auditoria – SNA, como um mecanismo de controle técnico e financeiro, sob competência do SUS e em cooperação com os Estados, Distrito Federal e municípios.

O SNA foi instituído pela Lei n. 8.689 (BRASIL, 1993b) e sua regulamentação ocorreu pelo Decreto n. 1.651 de 28 de setembro de 1995 (BRASIL, 1995). Este decreto define auditoria como sendo:

A análise prévia, concomitante ou subsequente da legalidade dos atos da administração orçamentária, financeira e patrimonial, bem como a regularidade dos atos técnico-profissionais, praticados por pessoas físicas e jurídicas (p. 02).

Assim ao SNA cabe a avaliação técnico-científica, contábil, financeira e patrimonial do Sistema Único de Saúde – SUS, que é realizada de forma descentralizada, destacando-se aqui o papel central dos auditores municipais. Esta descentralização do SNA constituiu-se a partir da estruturação de componentes do SNA nas três esferas gestoras do SUS, instituída pela Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOBSUS 01/96 (BRASIL, 1997). A NOAS 01/2002 (BRASIL, 2002a) estabelece o componente municipal como requisito para que o município possa habilitar-se na

condição de gestão plena do Sistema Municipal. Em 1998 o Ministério da Saúde lança a segunda edição do Manual de Normas de Auditoria (BRASIL, 1998), com o objetivo de:

Preservar o adequado cumprimento das normas e dos parâmetros regulamentadores do Sistema Único de Saúde/SUS, fundamentais para o alcance finalístico de suas proposições. Destina-se ainda, como instrumento orientador aos técnicos envolvidos com as ações e processos pertinentes ao campo de atuação do Sistema Nacional de Auditoria - SNA, na busca da qualidade e da propriedade da gestão, efetivadas pelos integrantes de todos os níveis de execução do SUS, na assistência à saúde, na aplicação dos recursos, gestão e gerência (p. 07).

Se considerarmos que o foco da análise dos processos e resultados devem estar ligados a efetividade das ações públicas, tem-se que um conceito de auditoria deve seguir a discussão realizada por Barzelay (2002). Esse autor sinaliza:

O mérito da auditoria de desempenho se situa em políticas que conseguem promover a intervenção social objetivada. O responsável pela implementação dessa política busca uma eficiência de recursos, ações eficazes e produtos não cristalizados e permeáveis às mudanças necessárias. Assim, esse mérito se sustenta em indicadores como otimização dos processos de economia: eliminação de desperdícios de insumos (eficiência); ações adequadas, advindas da utilização desses recursos (eficácia); e transformação de insumos em produtos que gerem impactos positivos (efetividade) (p. 36).

Nesse contexto, o autor amplia a análise do termo auditoria de desempenho e estabelece algumas variações:

- A auditoria de eficiência examina as funções organizacionais, os processos e os elementos de programa para avaliar se os insumos estão sendo transformados em produtos de forma otimizada, especialmente no que concerne aos custos.
- A auditoria de efetividade de programa examina o impacto provocado pelos programas sobre os resultados finais. As conclusões às quais se chega são, portanto, semelhantes às da avaliação de programas, mas a utilização de métodos de pesquisa de ciências sociais para se alcançar conclusões é mais limitada.
- A auditoria de capacidade de gerenciamento de desempenho busca avaliar se o auditado tem capacidade para gerenciar processos e programas de forma eficiente e efetiva.
- As auditorias de informações de desempenho verificam a precisão de informações não-financeiras geradas pelas próprias entidades examinadas. O órgão revisor não avalia a economia, eficiência ou efetividade de uma organização ou programa, mas sim formula um parecer sobre a veracidade das informações de desempenho fornecidas às instâncias superiores (BARZELAY, 2002, p. 43).

Ao se retomar a produção de Coleman et al. (1998), os autores apresentam uma classificação dos tipos de auditoria realizadas na saúde pública como atividades desenvolvidas tanto para controle - auditoria operacional - quanto para avaliação de aspectos específicos e do sistema - auditoria analítica.

Este trabalho se apoiará nesta estrutura apresentada na legislação específica da Saúde, considerando toda estrutura construída via SNA e também pelas contribuições de Coleman et al. (1998).

Cabe, porém, apresentar os conceitos trabalhados pelo Tribunal de Contas da União (TCU) no processo de auditoria. O TCU publicou, em 2000, um documento técnico – Técnicas de Auditoria: Indicadores de Desempenho e Mapa de Produtos (BRASIL, 2000b) – que apontou algumas diretrizes sobre o método de auditoria e também um “Mapa de Produtos” definido no material. Destaca-se aqui que o uso de indicadores de desempenho já é adotado em alguns países, e, como já indicado neste trabalho, nos que compõem a OECD.

O documento relatado acima descreve:

A utilização de indicadores de desempenho para aferir os resultados alcançados pelos administradores é uma metodologia que está relacionada ao conceito de gerenciamento voltado para resultados (results oriented management – ROM). Esse conceito tem sido adotado nas administrações públicas de diversos países, especialmente nos de cultura anglo-saxônica (EUA, Austrália, Reino Unido). Alguns autores da literatura especializada conceituam indicador de desempenho como um instrumento de mensuração quantitativa ou qualitativa de aspectos do desempenho (p. 09).

O Mapa de Produtos é definido no caderno como “uma técnica utilizada para a obtenção de indicadores de desempenho, sendo a palavra produto: um bem, um serviço ou uma condição resultante de atividade(s) de uma organização ou de um indivíduo” (BRASIL, 2000b).

O documento segue apresentando ainda que:

Uma administração pública voltada para resultados deve direcionar sua atenção para seus produtos. Entretanto, esse enfoque pode encontrar alguma resistência por parte de gestores habituados a administrar predominantemente os insumos (pessoal, recursos financeiros, instalações, etc.) e os processos (atividades desempenhadas) (p. 17).

Estas definições apresentadas nos ajuda a compreender qual foi o enfoque que, em 2000, o TCU (BRASIL, 2000b) deu para a avaliação de desempenho e a estrutura dos indicadores para tal.

Onze anos depois, em 2011, o TCU publicou em um Boletim Especial do Tribunal de Contas a revisão das “Normas de Auditoria do Tribunal de Contas da União” (BRASIL, 2011b) onde se definiu o conceito de auditoria e sua relação com as ações dos entes públicos.

No documento:

A auditoria, no contexto da *accountability*⁶, conforme o conceito desenvolvido pelo Escritório do Auditor-Geral do Canadá (OAG) é a ação independente de um terceiro sobre uma relação de *accountability*, objetivando expressar uma opinião ou emitir comentários e sugestões sobre como essa relação está sendo cumprida. A ação independente exercida pelo TCU, por meio de auditorias, de estímulo à transparência da gestão e de outras ações de controle externo, incluindo a aplicação de sanções, constitui-se instrumento da governança pública cujo objetivo, ao final, é assegurar a *accountability* pública, contribuindo para reduzir as incertezas sobre o que ocorre no interior da administração pública, fornecendo à sociedade e ao Congresso Nacional uma razoável segurança de que os recursos e poderes delegados aos administradores públicos estão sendo geridos mediante ações e estratégias adequadas para alcançar os objetivos estabelecidos pelo poder público, de modo transparente, em conformidade com os princípios de administração pública, as leis e os regulamentos aplicáveis (p. 12).

Toda essa estrutura apresentada pelo TCU, em seus dois documentos, amplia o conceito de auditoria e traz à luz a importância do *accountability* e o olhar sobre o desempenho das ações dos entes públicos. A seguir, são apresentadas as duas especificações sobre a auditoria no contexto da Saúde.

- Auditoria operacional

Consiste na realização de atividades voltadas para controle das ações desenvolvidas pela rede de serviços do ente federado. Concentra-se nas condições da rede física, nos mecanismos de regulação e no desenvolvimento das ações de saúde. Assim as atividades básicas que cabem à auditoria operacional são:

- Analisar e auditar in loco as solicitações de internações.
- Autorizar a emissão da AIH.
- Autorizar, previamente, a realização de cirurgias eletivas.

⁶ O termo *accountability*, que não possui tradução precisa para o nosso idioma, representa, segundo definição extraída do Manual de Auditoria Integrada do Escritório do Auditor-Geral do Canadá (OAG), a obrigação de responder por uma responsabilidade outorgada. Pressupõe a existência de pelo menos duas partes: uma que delega a responsabilidade e outra que a aceita, mediante o compromisso de prestar contas sobre como essa responsabilidade foi cumprida. O termo sintetiza a preservação dos interesses dos cidadãos por meio da transparência, responsabilização e prestação de contas pela administração pública.

- Autorizar realização de exames de alta complexidade (APAC).
- Analisar os relatórios de saída do sistema ambulatorial e de internação (SIA e SIH/SUS).
- Vistoriar os serviços em conjunto com a Vigilância Sanitária.
- Controlar o cumprimento das normas sobre as atividades de prestação de serviços pelas unidades de saúde, emanadas do MS, SES e Secretaria Municipal da Saúde.
- Acolher denúncias de usuários, prestadores, gestores ou profissionais de saúde.
- Analisar e auditar os atendimentos individuais de ambulatório e SADT.
- Acionar a realização de auditoria analítica a partir da detecção de distorções ou problemas específicos.

Importante considerar que cabe a cada nível de governo competências para atividades de auditoria, dividindo-a em nível federal, estadual, municipal e, ainda, à Comissão Corregedora Tripartite (CCT)⁷. Desta forma é fundamental, no desenvolvimento das ações de auditoria por nível de gestão, a colaboração estreita entre os níveis. A participação dos níveis estadual e federal nas auditorias de serviço no município, somente poderá ocorrer por solicitação do gestor local, a não ser que alguma situação excepcional justifique tal ação, desde que autorizada pela Comissão Corregedora, como determina o Decreto nº 1.651/95.

Ainda nesse decreto, verifica-se a que a comprovação da aplicação de recursos de cada ente federado está intrinsicamente ligada no Relatório Anual de Gestão (RG), que é a ferramenta na qual se deve apresentar, Art. 6º § 3:

- I - programação e execução física e financeira do orçamento, de projetos, de planos e de atividades;
- II - comprovação dos resultados alcançados quanto à execução do plano de saúde de que trata o inciso III do art. 4º da Lei nº 8 142, de 1990;
- III - demonstração do quantitativo de recursos financeiros próprios aplicados no setor saúde, bem como das transferências recebidas de outras instâncias do SUS;
- IV - documentos adicionais avaliados nos órgãos colegiados de deliberação própria do SUS.

⁷ Para melhor entendimento do papel da CCT consulte a PORTARIA Nº 2.123 DE 29 DE AGOSTO DE 2007 que institui a Comissão Corregedora Tripartite no âmbito do Sistema Nacional de Auditoria – SNA.

Evidencia-se, então, nesse artigo, a vinculação direta do processo de auditoria operacional com o relatório anual de gestão e seus resultados que foram, ou não, alcançados quanto à execução do plano de saúde.

- Auditoria analítica

A auditoria analítica é definida como como:

Conjunto de atividades desenvolvidas preferencialmente por equipe multidisciplinar, visando aprofundar as análises no sistema de atenção à saúde, a partir de situações encontradas na auditoria operacional ou decorrentes do impacto diferente do estabelecido no processo de planejamento (CALEMAN ET AL., 1998, p. 15).

Assim, esse rol de atividades aponta para uma reordenação do modelo de atenção à saúde, que valoriza os resultados advindos de programação com critérios epidemiológicos e desempenho com qualidade, encaminhando para a superação dos mecanismos tradicionais, centrados no faturamento de serviços produzidos. A auditoria analítica permite, deste modo: subsidiar o processo de programação pactuada e integrada em sua elaboração ou reprogramação; alterar o processo de gerenciamento da rede de serviços; implantar novas rotinas de controle e/ou auditoria operacional; modificar as normas de regulação e/ou protocolos do sistema de saúde; alimentar o processo de decisão do gestor a partir da identificação de situações que comprometam o bom andamento da prestação de serviços.

Para tais atividades e, como já citado anteriormente, a auditoria analítica se utilizará dos Planos de Saúde dos diferentes entes federados, das pactuações realizadas via PPI, dos relatórios gerados nas auditorias operacionais, dos dados presentes nos sistemas de informação como SIH e SIA, informações sobre morbimortalidade das respectivas populações dos entes federados, uma análise detalhada de prontuários de usuários e, por fim, possíveis aplicações de entrevistas com usuários.

Neste fluxo de atividades da auditoria Coleman et al. (1998), indicam que, a partir do uso dos diversos instrumentos, a auditoria analítica se torna capaz de:

Elaborar indicadores quantitativos que, agregados à caracterização da população quanto a sua composição por faixa etária e sexo, dependência do Sistema Único de Saúde, perfil socioeconômico e existência de mecanismos que tornem possível o controle social, permitem monitorar e identificar distorções que impliquem a reprogramação de ações e/ou reorganização dos serviços (p. 17).

Os conceitos aqui trazidos sobre auditoria e as suas duas estruturas apresentadas, nos remetem ao entendimento da auditoria enquanto processo sistemático, documentado e independente de avaliação objetiva de uma situação ou condição, para determinar a extensão na qual critérios são atendidos, obter evidências quanto a esse atendimento e relatar os resultados dessa avaliação a um destinatário predeterminado (BRASIL, 2011).

Porém, o processo de gestão pública, em especial o setor Saúde, não deve se ater, apenas, ao monitoramento do desempenho segundo a realização das auditorias, deve ir além. Buscar a participação da sociedade em espaços formais e informais na lógica da avaliação e, ainda, deve se colocar como lugar de “ouvir” o que a produção de serviços de saúde geram na população.

É importante perceber que determinada política de saúde, mesmo alcançando bons resultados em uma auditoria (de desempenho), não significa, necessariamente, que o cuidado em saúde tenha contemplado as necessidades de determinada pessoa ou população. É nessa lógica que o ciclo da gestão pública deve avançar sobre as práticas de participação e controle social.

4.4 CONTROLE PÚBLICO

Segundo Costa e Noronha (2003):

O controle social constitui uma forma de participação da sociedade nas decisões e avaliações para estruturação dos serviços de saúde no Brasil e está inerentemente relacionado ao processo de descentralização em consequência da aproximação territorial entre usuários e gestores (p. 359).

Portanto, toda ação controladora da sociedade sobre o Estado, por meio de instrumentos próprios, específicos em relação ao SUS, como Conferências e Conselhos de Saúde, criados a partir da Lei 8.142 (BRASIL, 1990b), está inserida no contexto que se denomina controle social.

Costa e Noronha (2003) alertam ainda que, possíveis “vícios de cultura política podem constituir-se em fatores negativos na concretização das práticas democráticas e do respeito aos princípios da Democracia”. Assim, para os autores:

O combate ao clientelismo requer a construção de instituições que garantam a capacidade de fortalecimento do governo agregada à capacidade de controle dos cidadãos sobre as ações governamentais (p. 359).

Como houve um descolamento de poder para todos os entes federados como tomadores de decisão a partir de recursos compostos, no campo da saúde pública, por fontes federais, estaduais e municipais, os setores organizados da sociedade tiveram/tem uma maior aproximação daquelas decisões mediante sua participação formal em Conselhos e Conferências de Saúde.

O Conselho de Saúde, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua em caráter permanente e deliberativo na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, na instância correspondente (federal, estadual e municipal).

As Conferências de Saúde são instâncias colegiadas de representantes dos vários segmentos sociais, com o objetivo de avaliar e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis municipais, estaduais e nacional. Isso significa dizer que as deliberações das Conferências devem servir para orientar os governos na elaboração dos planos de saúde e na definição de ações que sejam prioritárias nos âmbitos estaduais, municipais e nacional.

Há uma periodicidade mínima de quatro anos para as Conferências de Saúde, podendo ter sua frequência aumentada dependendo da legislação local, sendo convocadas pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, pelo Conselho de Saúde. Elas devem contar, necessariamente, com a participação dos movimentos sociais organizados, das entidades ligadas à área da Saúde, dos gestores e dos prestadores de serviços de saúde.

Essa forma de participação institucionalizada é definida por Carvalho (1995) como “expressão de uso recente e correspondente a uma moderna compreensão de relação Estado-sociedade, onde a esta cabe estabelecer práticas de vigilância e controle sobre aquele” (p. 08).

O autor ainda considera que a participação dos segmentos sociais na definição das políticas públicas, numa lógica de controle do Estado, se dá “assegurando políticas de saúde pautadas pelas necessidades do conjunto social, e não somente pelos desígnios de seus setores mais privilegiados” (p.28). Assim, os Conselhos de Saúde tendem a ser “espaços contra hegemônicos, distinguindo-os de outros organismos de natureza estritamente civil” (p.111).

O controle social constituiu-se, então, pela expectativa de “capacidade de influir sobre a gestão pública” com o objetivo de “banir as práticas fisiológicas e clientelísticas que conduziram à privatização da ação estatal no Brasil” (BARROS, 1992) e, dessa forma, tornar o acesso aos resultados da ação do Estado mais rápido, claro e equânime.

O exercício do controle social no âmbito da ação dos conselhos de saúde é o de um processo de interação entre distintos sujeitos, portadores de interesses diversos, nem sempre congruentes ou convergentes em seus interesses. Nesse aspecto, Costa e Noronha (2003) alertam que:

Apesar dos olhares diferentes para o mundo e a realidade, cada conselheiro deve ser capaz de reconhecer, tolerar e respeitar as diferenças do outro, desenvolvendo, com todos, negociações claras e democráticas (p. 360).

Deve-se sempre considerar que nestes espaços de poder, de conflito e de negociação, há uma assimetria de informações e formação entre os membros dos Conselhos de Saúde, assim como diferentes recursos de poder disponíveis que resultam em dificuldades para o efetivo cumprimento dos seus objetivos.

Esta assimetria de informações e formação é gerada, em grande parte, devido ao campo da saúde ter um saber técnico-específico que, na maioria das vezes, é restrito aos

trabalhadores e gestores. Costa e Noronha (2003) ponderam que, quando realizada educação continuada junto aos conselheiros:

As capacidades e habilidades que devem ser fornecidas para os conselheiros representantes dos usuários, não devem se confundir com as capacidades dos técnicos ou gestores institucionais. Apesar de frequentemente confundidas, as capacitações para conselheiros devem ser claramente definidas, tomando como base o perfil desejável para cada conselheiro, de acordo as aspirações sobre a saúde de seus representados (p. 363).

Fica claro que, por mais que haja divergência quanto aos interesses dos conselheiros, considerando suas formações, informações e intenções, o Conselho de Saúde não deve se afastar “de seu papel social, ou seja, a promoção da justiça social e a melhoria do nível e situação de saúde da população representada” (Costa e Noronha, 2003, p. 363).

- Audiências públicas

As audiências públicas foram citadas, inicialmente, no artigo 58 da Constituição Federal onde se indica a necessidade de realização daquelas com entidades da sociedade civil pelas comissões, permanentes ou temporárias, que forem compostas pelo Congresso Nacional e suas Casas. Destaca-se ainda, de acordo com algumas Leis Federais, a necessidade de realização de Audiências Públicas quando:

- No início do processo de licitação, sempre que o valor estimado for superior a 100 vezes o limite previsto pela mesma lei (Lei Federal nº 8666/93).
- Nos casos de processos de licenciamento ambiental que provoquem significativo impacto ambiental, como, por exemplo, para a construção de hidrelétricas, presídios, lixões, etc., sempre que o órgão ambiental julgar necessário, ou quando for solicitado por entidade civil, pelo Ministério Público ou por 50 ou mais cidadãos (Resolução nº 009/1987 do CONAMA – Conselho Nacional do Meio Ambiente).
- Para a garantia dos direitos difusos e coletivos junto aos órgãos públicos dos poderes Executivo e Legislativo, realizadas pelo Ministério Público (Lei Federal nº 8.625/93).
- Segundo “O Estatuto da Cidade” – Lei 10.257 (BRASIL, 2001b), uma vez que a elaboração do orçamento é iniciativa do Poder Executivo e que esse, encaminha ao Poder Legislativo para aprovação de leis, deve-se considerar que a Constituição

Federal prevê a cooperação de associações representativas no planejamento municipal, o que possibilita a participação da sociedade direta ou indiretamente na discussão da alocação de recursos para atender as finalidades pertinentes.

A democracia participativa, segundo Ribeiro (2011), para ser exercida:

Necessita contar com uma sociedade civil organizada, cobrando de seus governantes uma postura que se coadune com os interesses desta sociedade entre outras circunstâncias (p. 03).

Assim, o orçamento instrumentaliza as políticas públicas e define o grau de concretização dos valores fundamentais constantes do texto constitucional. Dele depende a concretização dos direitos fundamentais.

Ribeiro (2011) segue afirmando que:

A elaboração do orçamento participativo é uma forma de promover o exercício de cidadania ativa, possibilitando aos cidadãos a participação nas decisões políticas, especialmente no processo de elaboração e execução do orçamento do município, visando à efetivação de políticas públicas (p. 09).

Na Lei Complementar nº 101 (BRASIL, 2000a), a participação da comunidade na realização do orçamento é legalmente instituída, constando em seu art. 48, parágrafo único a seguinte descrição:

A transparência será assegurada também mediante: I – incentivo à participação popular e realização de audiências públicas, durante os processos de elaboração e discussão dos planos, lei de diretrizes orçamentárias e orçamentos;

Na LRF, a transparência também poderá ser garantida mediante incentivo à participação popular e realização de audiências públicas, durante os processos de elaboração e de discussão dos planos, lei de diretrizes orçamentárias e orçamentos.

No Estatuto da Cidade, os art. 4º, §3º e art. 44, em especial este último artigo, impõe-se a discussão do orçamento como pressuposto obrigatório para aprovação do projeto pelas câmaras municipais. No art. 44 tem-se que, no âmbito municipal, a gestão orçamentária participativa de que trata a alínea f do inciso III do art. 4º desta Lei, deverá ocorrer “debates, audiências e consultas públicas sobre as propostas do plano plurianual, da lei de diretrizes orçamentárias e do orçamento anual, como condição obrigatória para sua aprovação pela Câmara Municipal”.

O que se depreende dessa análise da LRF e Estatuto da Cidade, é que o plano diretor representa o planejamento municipal de longo prazo ou o plano de infraestrutura da cidade, pois tem por finalidade disciplinar o espaço público, o desenvolvimento e a expansão da cidade, não sendo um plano financeiro. Assim o PPA, a LDO e a LOA constituem o planejamento governamental, pois dispõem sobre a aplicação de recursos orçamentários e financeiros que devem nortear as ações do governo eleito. Nesse aspecto, o plano diretor acaba influenciando a elaboração do planejamento governamental à medida que restringe ou disciplina investimentos em obras e urbanização.

Assoni Filho (2005) afirma que:

O controle social do orçamento público no âmbito local aproxima as decisões governamentais do genuíno anseio popular, tornando a ação estatal mais efetiva e à medida do cidadão individualmente considerado (p. 05).

O autor ainda indica como pontos importantes para a ação do controle social:

- Maior eficiência na alocação de recursos;
- Maior efetividade no planejamento econômico;
- Enseja a hierarquização de prioridades;
- Obsta o arbítrio governamental, mediante um controle da execução orçamentária mais profícua;
- Promove a democratização do poder, conferindo visibilidade ao processo de tomada de decisões políticas;
- Favorece a continuidade administrativa;
- Educa para a cidadania, contendo um forte caráter pedagógico (p. 06).

Considerando as instâncias de participação definidas legalmente, como os Conselhos e Conferências de Saúde, e ainda, o orçamento participativo, verifica-se que há possibilidades de participação popular na elaboração e aprovação, de diretrizes à orçamentos, que envolvam os interesse da sociedade.

Importante destacar que a prática dos Conselhos e Conferências de Saúde tem o ponto legal inicial datado em 1990 e evoluiu de maneira considerável neste período. Temos então o orçamento participativo com um período ainda menor, tendo seu ponto inicial a partir da LRF e do Estatuto da Cidade, que embora não seja organizado pela maior parte dos entes federados já apresenta uma evolução.

Cabe ressaltar o importante papel que a Lei Complementar 141 (BRASIL, 2012a) definiu para os Conselhos de Saúde. No Art. 30, no qual se destaca o parágrafo 4 que aponta a responsabilidade dos Conselhos de Saúde em deliberar sobre as diretrizes para

o estabelecimento das prioridades, são indicados enquanto instrumentos: a elaboração dos planos plurianuais, as leis de diretrizes orçamentárias, as leis orçamentárias e os planos de aplicação dos recursos dos fundos de saúde. .

No Art. 31 fica clara a obrigação do poder executivo em dar “ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, das prestações de contas periódicas da área da saúde, para consulta e apreciação dos cidadãos e de instituições da sociedade”. Nesse processo, o item III indica que esta divulgação é necessária à avaliação do Conselho de Saúde sobre a gestão do SUS no âmbito do respectivo ente da Federação. Ainda nesse artigo cita-se o parágrafo único onde:

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

No parágrafo primeiro do Art. 36 é descrito o fluxo temporal para o envio do Relatório de Gestão ao respectivo Conselho de Saúde e a este é dada a obrigação de emitir parecer conclusivo sobre o cumprimento ou não das normas estatuídas.

Por fim, há uma necessidade de aproximação dos Conselhos de Saúde junto ao Poder Legislativo para a fiscalização do cumprimento da Lei Complementar 141 (BRASIL, 2012a) (com ênfase na elaboração e execução do Plano de Saúde Plurianual), no cumprimento das metas para a saúde estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias, na aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde; e etc.

4.5 AVALIAÇÃO

O processo e estrutura das avaliações das políticas públicas tiveram seu desenvolvimento em diversas etapas, no Brasil e no mundo. Segundo Faria (2005):

Há uma diversidade de maneiras de se pensar a evolução do papel atribuído à pesquisa avaliativa, desde o “boom” da avaliação de políticas públicas nos Estados Unidos, principalmente após a década de 1960 (p. 98).

Uma classificação, que cabe na discussão deste trabalho, é a de Derlien (2001), que parte da divisão da avaliação em três funções — informação, realocação e legitimação — para dividir em três as fases evolutivas das pesquisas de avaliação, dos anos 1960 aos anos de 1990. Nos anos 1960, a ênfase política sobre a avaliação de políticas públicas preponderou sobre a função de informação. Assim, o foco era a melhoria dos programas, e os gerentes tinham interesse em usar a avaliação como mecanismo de resposta e demonstração da sua eficiência.

A função de realocação foi predominante nos anos 1980, durante a segunda etapa de institucionalização, a qual estava claramente destinada a promover uma alocação racional de recursos no processo orçamentário (Derlien, 2001; Ala-Harja e Helgason, 2000). Este é o ponto crucial para o pensar e organizar o PB, centro deste trabalho, como estratégia de gestão.

Durante a década de 1990, a tônica política na avaliação de políticas passa a ser a função de legitimação. Derlien (2001) e Faria (2005), indicam que esse movimento foi causado por fatores político-econômicos específicos, havendo também uma mudança dos atores dominantes. A influência da nova administração pública é percebida na década de 1990, quando os avaliadores se convertem em auditores que privilegiam a medição dos resultados. Mais uma vez, este trabalho traz, à luz das funções da gestão pública, o debate sobre a auditoria e o desempenho, coadunando-se com a historicidade da gestão pública, como proposta pelos autores supracitados.

Neste processo histórico, a avaliação foi substituída (novos mercados internos surgem como avaliadores intrínsecos), complementada (a regulamentação de monopólios privatizados cria uma enorme demanda por avaliações) e aplicada a novas questões (novas ferramentas de avaliação, como os contratos) (Ala-Harja e Helgason, 2000).

Mokate (2002) indicou claramente que na América Latina crescem os questionamentos quanto ao tamanho e à eficiência do setor público, surgindo, então, novas iniciativas para desenhar e pôr em marcha processos de avaliação. Para Faria

(2005), nas décadas de 1980 e 1990, a avaliação das políticas públicas foi posta a serviço da reforma do setor público, entretanto, a avaliação não se circunscreve a um tipo específico de Estado ou cultura administrativa.

CAIDEN & CAIDEN (2001) assinalam, de forma sistemática, que:

Tanto por razões pragmáticas como ideológicas, as reformas apareceram como necessárias, e seu desenho contemplou principalmente dois propósitos:

- Em primeiro lugar, se adotou uma orientação geral no sentido de cortar os gastos desnecessários do governo, melhorar a eficiência e a produtividade, incrementar a flexibilidade gerencial e a capacidade de resposta, impulsionar uma maior transparência e responsabilidade, e colocar o consumidor em primeiro plano, considerando os cidadãos como usuários dos bens e serviços públicos;
- Em segundo lugar estas reformas, por sua vez, garantiram uma reavaliação do que as organizações governamentais faziam, e decidir se elas deviam continuar ou não com suas atividades. A questão levantada não foi só em termos de saber se as organizações governamentais estavam realizando bem as funções correspondentes, mas se deviam estar a cargo das mesmas (tradução nossa, p. 79).

De forma direta, esses apontamentos trazidos pelos autores, indicam a mudança e ampliação do conceito de avaliação que pôde, resultar de fato, quando utilizado o PB, em supressões de programas ou mesmo de organizações governamentais que não garantiram o desempenho proposto.

Como já indicado anteriormente neste trabalho, a OECD, via Comitê de Assistência ao Desenvolvimento assinalou que (OECD, 2007):

O propósito da avaliação é determinar a pertinência e alcance dos objetivos, a eficiência, efetividade, impacto e sustentabilidade do desenvolvimento. A avaliação deve proporcionar informação que seja crível e útil para permitir a incorporação da experiência adquirida no processo de tomada de decisão (p. 53).

Por fim, quando analisado o conceito de avaliação de programas, Ala-Harja e Helgason (2001) indicam que:

A avaliação de programa pode ser definida como uma análise sistemática de aspectos importantes de um programa e seu valor, visando fornecer resultados confiáveis e utilizáveis.

A avaliação de programa deve ser vista como mecanismo de melhoria no processo de tomada de decisão, a fim de garantir melhores informações aos governantes, sobre as quais eles possam fundamentar suas decisões e melhor prestar contas sobre as políticas e os programas públicos. Não se destina a resolver ou substituir juízos subjetivos

envolvidos na tomada de decisão, mas permite um certo conhecimento dos resultados de um dado programa — informação que pode ser utilizada para melhorar a concepção de um programa e sua implementação.

Mais uma vez, a necessidade de indicadores que visem o desempenho das ações públicas numa lógica de reorientação/replanejamento é de extrema importância e condição *sine qua non* para uma política de saúde efetiva.

No campo da Saúde Pública, este trabalho se apoia na conceituação sobre monitoramento trazida por Tamaki et al. (2012). Para estes autores:

O conceito de monitoramento comumente utilizado refere-se ao acompanhamento rotineiro de informações relevantes. O monitoramento propõe-se a verificar a existência de mudanças, mas não as suas razões, e inclui a definição da temporalidade para coleta e sistematização de dados. Trata-se de um processo sistemático e contínuo de acompanhamento de indicadores de saúde e da execução de políticas, ações e serviços, visando à obtenção de informações, em tempo oportuno, para subsidiar tomadas de decisão, a identificação, encaminhamento de solução e redução de problemas, bem como a correção de rumos (p. 841).

Na definição de avaliação os autores afirmam que:

O objetivo dominante é ela se constituir em um elemento efetivamente capaz de participar de processos de tomada de decisão, ou seja, que produza respostas para perguntas colocadas por aqueles que vivenciam o objeto avaliado, sendo que esta capacidade deve preponderar sobre a cientificidade do conhecimento produzido (TAMAKI ET AL, 2012, p. 841).

Como já descrito anteriormente, a gestão pública possui uma grande quantidade de informações registradas, porém, e na maioria das vezes, essas mesmas informações não são utilizadas para avaliação da ação pública ou sistematizadas através de indicadores que visem a eficiência, eficácia e efetividade. Por mais que tenhamos dispositivos e ferramentas legalmente instituídos, os processos e práticas de monitoramento e avaliação da gestão do SUS devem ser assumidos pelos governos.

Tal compromisso dos governos deve incluir, segundo Tamaki et al. (2012):

- A qualificação de equipes gestoras;
- O desenvolvimento e aporte de metodologia;
- O desenvolvimento e disseminação de tecnologias para o monitoramento; e avaliações oportunas aos tempos da gestão do SUS, alinhados aos princípios da administração pública;
- Pesquisas avaliativas; e publicações com o objetivo de desenvolvimento de capacidade técnica e política (p. 842).

Na lógica de monitoramento e avaliação a Portaria nº 3.332 (BRASIL, 2006d) em seu Art. 4º define o Relatório Anual de Gestão (RAG) como:

O instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde, apurados com base no conjunto de ações, metas e indicadores desta, e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários ao Plano de Saúde e às Programações seguintes.

Ao se considerar o Decreto nº 7.508 (BRASIL, 2011a), que regulamentou a Lei nº 8.080 (BRASIL, 1990a), e criou o Contrato Organizativo da Ação Pública da saúde (COAP), o RAG também refletirá os resultados dos compromissos e responsabilidades assumidos pelo ente federado, firmado na região de saúde. É ainda o instrumento de comprovação da aplicação dos recursos repassados entre os fundos de saúde (Federal, Estadual e Municipal).

Assim o RAG deve conter:

- O resultado da apuração dos indicadores da Programação;
- A análise da execução da programação física e orçamentária-financeira;
- A análise do cumprimento dos compromissos firmados no COAP;
- Recomendações julgadas necessárias e que reorientam o Plano de Saúde e as novas Programações.

Para adequado fluxo da participação popular, via Conselho de Saúde, o RAG deve ser submetido à apreciação e aprovação até o final do primeiro trimestre do ano subsequente, devendo ainda os entes federados enviar os relatórios aos respectivos Tribunais de Contas (Tribunais de Contas Estaduais para municípios e Tribunal de Contas da União para estados e união). Nesse ponto os, Tribunais são os espaços críticos para auditorias orçamentária-financeiras, monitorando as ações públicas em saúde segundo as metas e indicadores que foram propostas pelos gestores.

A Lei Complementar 141 (BRASIL, 2012a) indicou em seu artigo 31:

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

- I - comprovação do cumprimento do disposto nesta Lei Complementar;
- II - Relatório de Gestão do SUS;
- III - avaliação do Conselho de Saúde sobre a gestão do SUS no âmbito do respectivo ente da Federação.

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

Nesse trecho da lei, é possível observar a clara relação dos relatórios de gestão sobre a Saúde sob responsabilidade de cada ente federado e a necessária avaliação e aprovação dos conselhos de saúde com vistas à participação popular e direcionamento ao desempenho das ações públicas em saúde.

Ainda, na respectiva lei, em seu Art. 42 tem-se:

Os órgãos do sistema de auditoria, controle e avaliação do SUS, no âmbito da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, deverão verificar, pelo sistema de amostragem, o cumprimento do disposto nesta Lei Complementar, além de verificar a veracidade das informações constantes do Relatório de Gestão, com ênfase na verificação presencial dos resultados alcançados no relatório de saúde, sem prejuízo do acompanhamento pelos órgãos de controle externo e pelo Ministério Público com jurisdição no território do ente da Federação.

Nesse artigo fica visível a relação entre avaliação e controle, no contexto da legalidade, e, ainda mais, a função da auditoria e a elaboração de relatórios que contenham os resultados alcançados.

Cronologicamente, após publicação da Lei Complementar 141 (BRASIL, 2012a), foi publicada a Portaria nº 575, de 29 de março de 2012, do Ministério da Saúde que instituiu e regulamentou o uso do Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão (SARGSUS), no âmbito do SUS. Assim, os gestores dos entes federados tem a obrigação de alimentar, regularmente, o SARGSUS. A portaria define prazos e um fluxo para o processo:

- A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios alimentarão o SARGSUS no primeiro trimestre de cada ano e os respectivos Conselhos de Saúde registrarão no sistema a apreciação do Relatório até o dia 31 de maio de cada ano.
- Às CIBs e a CIT acompanharão mensalmente, por meio dos relatórios gerenciais do SARGSUS, a situação dos Relatórios Anuais de Gestão do Estado e do conjunto dos Municípios, no que diz respeito à sua elaboração e apreciação pelos respectivos Conselhos.
- A CIT acompanhará mensalmente, por meio dos relatórios gerenciais do SARGSUS, a situação dos Relatórios Anuais de Gestão da União, dos Estados e do conjunto dos Municípios, no que diz respeito à sua elaboração e apreciação pelos respectivos Conselhos e os disponibilizará as áreas de controle, avaliação, monitoramento e auditoria do Ministério da Saúde.

Assim, segundo Caderno de Informações para a Gestão Interfederativa no SUS (BRASIL, 2012e):

O Relatório Anual de Gestão é instrumento utilizado nas ações de auditoria e controle do sistema, devendo estar disponível, sempre que necessário, para o desenvolvimento dos processos de monitoramento, avaliação e auditoria (p. 30).

O Caderno indica, ainda, que o RAG é um “insumo privilegiado” para a avaliação, pois contempla:

Aspectos qualitativos e quantitativos, envolve a análise do processo geral de desenvolvimento do Plano, registrando os avanços obtidos, os obstáculos que dificultaram o trabalho, bem como as medidas que devem ser implementadas ou reordenadas para que se garanta a transformação da realidade sanitária no território (p. 31).

A seguir, é apresentado um fluxo que contempla os elementos de planejamento da saúde e suas inter-relações:

Figura 6: Elementos do processo de planejamento da saúde e inter-relações

Fonte: Caderno de Informações para a Gestão Interfederativa no SUS (BRASIL, 2012e)

Este fluxo apresentado acima, indica uma relação dinâmica entre o movimento das Diretrizes Nacionais para os Planos de Saúde, que darão à base para as políticas nacionais de saúde e que, por sua vez, gerarão uma influência direta na forma e no conteúdo dos planos estaduais e municipais de saúde.

Como o setor Saúde é uma das áreas que compõem a gestão pública estadual e municipal, os PPAs e as LOAs terão e serão influenciados por esses desenhos da política de saúde do ente federado. Com a integração e articulação daqueles em regiões de saúde, surge o planejamento para as ações regionais, que tomarão corpo na Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde que indicará a estrutura do COAP, do Mapa da Saúde e de Metas.

Por fim, todo esse processo poderá ser acompanhado mediante estruturação dos Relatórios de Gestão, que indicam as ações realizadas em consonância com os objetivos e metas cumpridos.

5. O TRAJETO ESTRUTURAL E LEGAL DA ORÇAMENTAÇÃO NO SUS

Identificados os fundamentos do compromisso da gestão pública – planejamento, orçamento e sua execução, acompanhamento e auditoria, controle público e, por fim, avaliação – com foco no melhor desempenho das ações em saúde, deve-se então partir para a análise da estruturação histórica do orçamento na saúde bem como de seus processos de pactuações das gestões dos entes federados. Esse movimento se dá na lógica de identificar e analisar a problemática de como as gestões municipais, no caso a de São Bernardo do Campo, tiveram a indução de um contexto de publicação de normas operacionais básicas, de assistência à saúde e de uma estrutura para o planejamento em saúde.

Para tanto, este capítulo está organizado em três partes. A primeira parte analisa o contexto de expansão das transferências dos recursos federais para os municípios com ampliação de seus gastos e suas consequências formais. A segunda parte descreve e debate a estrutura formal exigida do PlanejaSUS nos municípios brasileiros e, por fim, a terceira parte discute o processo de mudança da estrutura de pactuação (Pacto em Saúde) para o de contratualização entre municípios, regiões de saúde, estados e união (COAP).

5.1 AS TRANSFERÊNCIAS DOS RECURSOS FEDERAIS SUS PARA OS MUNICÍPIOS: O PAPEL DAS NORMAS OPERACIONAIS NOS ANOS 1990

No contexto de qualificação das ações realizadas pelo Estado mediante processos que visem resultados com eficiência, eficácia e efetividade; nos anos de 1990 houve avanços e limitações na descentralização da saúde. A regionalização passou a se evidenciar no debate do setor saúde no fim da década, especialmente no âmbito dos gestores do SUS. A esse processo denominou-se Reforma Sanitária.

Sobre o processo de Reforma Sanitária e estruturação legal das necessidades de partilhas federativas para a saúde pública, Santos e Andrade (2012) indicaram que:

O pensamento que vigorava fundava-se numa ideia-guia de a lei eleger critérios a fim de se evitar que os recursos fossem partilhados de maneira casuística, partidária, centralista na linha da “cenoura e da vara”, com a União e o Estado definindo as formas de transferências ao arrempo do princípio federativo que exige adoção de práticas federativas cooperativas e equitativas, visando diminuir as desigualdades regionais federativas.

Ainda, no mesmo contexto, Souza (2001) destacou que:

Um dos principais avanços da implementação do SUS se relaciona ao acelerado processo de descentralização político-administrativa, com progressiva transferência de responsabilidades e recursos do nível federal para os gestores estaduais e municipais (p. 452).

Assim as Normas Operacionais foram os primeiros instrumentos de regulamentação deste processo de descentralização, pois estabelecem os mecanismos e critérios para a transferência de responsabilidades e recursos para estados e municípios. Tais Normas são as NOB 01/91, NOB 01/93, NOB 01/96, NOAS 2001 e NOAS 2002, além do Pacto pela Saúde em 2006.

A primeira estruturação desta divisão de recursos surgiu com a NOB 01, de 1991, editada pelo Ministério da Saúde que havia recém-herdado o INAMPS. A NOB 01 preconizava o convênio como o meio pelo qual seriam transferidos os recursos federais.

Na época, Santos (1991) denunciou:

O SUS não é um acordo de vontades convenientes, mas sim uma determinação constitucional, incompatível, pois, com o modelo convencional. A partilha dos recursos da União deveria ser realizada de acordo com os critérios do art. 35 da lei 8080/90, que dispunha a

transferência de 50% dos recursos pelo critério per capita e os demais pela conjugação dos outros critérios ali previstos (p. 15).

Entre 1994 e 1997, a alocação de recursos federais apoiou-se na Norma Operacional Básica de 1993 (NOB/93). Esta NOB foi a que mais se aproximou de um modelo de partilha global por não vincular os recursos a programas federais, mas sim à capacidade de gestão do ente federativo.

Três anos depois, com a NOB/96, o critério de alocação dos recursos federais sofreu modificações. Para o nível da atenção básica, o repasse aos municípios passou a ser ancorado numa conta denominada Piso da Atenção Básica (PAB). Essa conta era composta por um valor per capita mínimo, denominado PAB-fixo (gasto per capita médio nacional juntamente com um valor per capita máximo para os municípios, com gasto superior ao valor médio nacional).

Ao mesmo tempo, a NOB/96 também introduziu alguns incentivos financeiros, o PAB-variável, com vista a estimular o desenvolvimento de programas específicos, como o Programa de Saúde da Família (PSF); o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e outros. Quanto às ações de média e alta complexidade foi instituída uma conta “MAC” destinada às ações desse nível de atenção. Deste modo, essa NOB não rompeu com metodologias baseadas em políticas e programas específicos.

Ao se considerar os importantes avanços do processo de descentralização do SUS mediante a NOB 01/96 destacam-se alguns, apontados por Souza (2002):

1. no âmbito do financiamento:

- a) a implementação do Piso da Atenção Básica para o financiamento das ações de atenção básica desenvolvidas pelos municípios, representando a introdução de uma lógica de financiamento per capita pela primeira vez no SUS, o que é um avanço no sentido da superação dos mecanismos de pós pagamento;
- b) a adoção de incentivos específicos para áreas estratégicas, e o aumento expressivo de transferências de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Fundos Municipais de Saúde;

2. no âmbito do modelo assistencial e da organização dos serviços:

- a) a expansão da estratégia de Equipes de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde;
- b) a implementação de experiências inovadoras de atenção no âmbito local e avanços, tanto na organização da atenção básica como na organização de redes de referência em vários municípios e estados;

3. no âmbito da gestão:

- a) milhares de municípios foram habilitados de acordo com as condições de gestão da NOB SUS 01/96, integrando-se de forma voluntária e assumindo responsabilidades no Sistema Público de Saúde;

b) houve uma intensa transferência negociada de responsabilidades, atribuições e recursos do nível federal para municípios e estados (p. 24).

Entretanto, os próprios avanços da descentralização no período levantaram novas questões críticas para a implementação do SUS. Souza (2002) apresentou vários destes problemas em distintos campos de ação:

- Implementação efetiva da PPI em poucos casos, dificultando a integração intermunicipal;
- Processos de habilitação para Gestão Plena realizados de maneira cartorial e pouco efetiva;
- Critérios pouco adequados na pactuação de gestores municipais e estaduais com os prestadores de serviços de saúde;
- Alocação dos recursos financeiros permanecia, em parte, vinculada à lógica da oferta;
- Quase inexistência de uma avaliação rotineira e sistemática do desempenho dos órgãos gestores e de monitoramento da implementação das atividades previstas nos Planos de Saúde e processos de programação.

Apesar da operacionalização da NOB 96 ter desencadeado processos de habilitação para Gestão Plena realizados de maneira cartorial e de pouca eficácia, deve-se considerar que a existência de apenas duas condições de gestão não preenche a diversidade dos municípios nem sua inserção nas redes regionais (GERSCHMAN, 2001).

Como resultado destas dificuldades que surgiram nos anos de 1990, iniciou-se um processo de reestabelecimento de critérios para uma maior efetividade das ações em saúde de municípios, estados e união. A primeira formalização desse processo foi a Norma Operacional de Assistência à Saúde de 2001 pela Portaria nº 95, denominada de NOAS-SUS 01/2001 (BRASIL, 2001a).

Esta portaria teve, assim, o objetivo de aprofundar o processo de regionalização como forma de garantir o acesso a todas as ações e serviços de saúde necessários, num processo que garantisse eficiência regional para o uso dos recursos e tivesse eficácia no cumprimento dos acordos entre entes federados.

Assim, a NOAS-SUS 01/2001 se focou em três estratégias principais: a regionalização da assistência; o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS; e a atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.

O financiamento teve um destaque para os recursos federais destinados ao custeio da assistência, transferida a estados e municípios, que incentivaram não só a ampliação das ações de Atenção Básica, mas também a qualificação e responsabilização de

microrregiões na Assistência à Saúde e a organização dos serviços de média e alta complexidade do setor.

Deve-se considerar que, por mais que se esperasse uma articulação entre municípios e suas respectivas responsabilizações, havia uma heterogeneidade de ofertas de serviços e de capacidades técnica e administrativa entre os municípios. Assim, essa questão, pôde acarretar que alguns sistemas municipais não se desenvolvessem por terem grande parte de seus usuários atendidos por outros municípios, via pactuações e partilha de ações em saúde.

Nesse cenário, Mendes (2005) aponta que:

A NOAS/2001 é instituída para responder à construção e operacionalização dessa reorganização das atividades assistenciais regionais. São mantidas as mesmas duas condições de habilitação ao SUS, estabelecidas na NOB 96. Contudo, a condição de gestão Plena da Atenção Básica sofre alteração, passando a ser denominada como “Plena da Atenção Básica – Ampliada” – GPABA. A meta da NOAS de alargar a responsabilidade de atuação dos municípios na Atenção Básica vincula-se aos incentivos financeiros (p. 102).

Na média complexidade os municípios ganham responsabilidade à medida que o gestor estadual adquire poder na distribuição dos recursos federais e, por conseguinte, o governo federal fica com a coordenação e regulação dos procedimentos desse nível de atenção (BARROS 2001). Já na de alta complexidade a NOAS define claramente a concentração desses serviços sob a responsabilidade do governo federal.

Mendes (2005) descreve, claramente como esse fluxo se mantém sob o poder da União:

Ainda que, em um de seus itens, a norma estabeleça que a garantia de acesso aos procedimentos desse nível de atenção deva ser de “responsabilidade solidária entre o Ministério da Saúde e as Secretarias de Estado da Saúde e do Distrito Federal”, a proposta em curso determina que a esfera federal cuide da alta complexidade, os estados, da média e, os municípios, da atenção básica — excluindo-os explicitamente da gestão desse nível da assistência do sistema. Assim, os repasses de recursos financeiros referentes aos serviços de alta complexidade são realizados em conta bancária específica, aberta pelo Fundo Nacional de Saúde para cada município ou estado gestor dos recursos. O ajuste do limite de recursos deverá ser anual, conforme indicação da Secretaria de Assistência do Ministério da Saúde, e qualquer valor que extrapole esse limite deve ser coberto com os recursos do teto financeiro da média complexidade (p. 104).

Fica evidente o controle que se torna mais centralizado por parte da união e dos estados como um fluxo obrigatório para os municípios poderem realizar suas ações em saúde nesse tipo de complexidade.

Há nessa perspectiva, ainda segundo Mendes (2005):

Uma “quebra” do paradigma iniciado pela NOB 93 e mantido pela NOB 96, no qual a gestão semiplena/plena do sistema é responsável por todas ações e serviços nos três níveis de atenção do sistema — básica, média e alta complexidade — e é contemplada com financiamento para tanto. Em que pese a NOAS/2001 ter sido editada no ano de sua criação, os seus reflexos, em termos de fragmentação do financiamento, são mais bem evidenciados no ano de 2002 (p. 105).

Num processo de contínua discussão e viabilização das políticas públicas de saúde em cada ente federado, o Ministério da Saúde pública a Série A: Normas e Manuais Técnicos - Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso (BRASIL, 2002b). Essa série indica que:

Algumas unidades da federação foram identificando entraves na operacionalização de determinados itens, decorrentes das dificuldades para estabelecer o comando único sobre os prestadores de serviços ao SUS e assegurar a totalidade da gestão municipal nas sedes dos módulos assistenciais, bem como da fragilidade para explicitação dos mecanismos necessários à efetivação da gestão estadual para as referências intermunicipais (p. 07).

É importante verificar que tais dificuldades já se apresentavam quando da tentativa de organização dos mesmos entes federados nos ditames das NOBs até então publicadas. O material supracitado segue apresentando o fluxo que se deu para readequação da NOAS-SUS 01/2001 (BRASIL, 2001a) para sua nova versão:

A Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em reunião realizada em 22 de novembro de 2001, firmou acordo contemplando propostas referentes ao comando único sobre os prestadores de serviços de média e alta complexidade e o fortalecimento da gestão dos estados sobre as referências intermunicipais. Nessa mesma ocasião, deliberou-se pela constituição de um Grupo de Trabalho, com representação tripartite, com a atribuição de detalhar o acordo e incorporar a NOAS os pontos acordados, mantendo a coerência do texto. Em 7 de dezembro de 2001 foi feito um relato, por representantes do Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS, aos membros do Conselho Nacional de Saúde, acerca da negociação realizada na CIT e das alterações que dela resultaram. Ainda como resultado do processo de elaboração da NOAS-SUS 01/02 e com o objetivo de facilitar sua utilização, este documento incorporou definições da regulamentação complementar relacionadas aos temas que foram objeto do acordo, que, na versão

anterior, encontravam-se descritos em documentos normativos específicos.

Mendes (2005) relata então que, essa atualização da Norma, tem o mesmo objetivo da anterior, pois, na prática:

O objetivo de ambas é o mesmo: de um lado, efetivar a regionalização do sistema de saúde, fortalecendo o acesso e a integralidade da atenção à saúde, especialmente no tocante à melhoria do fluxo dos níveis de média e alta complexidade; e, de outro, manter a responsabilidade dos serviços de alta complexidade nas “mãos” do governo federal.

Numa análise mais contundente da publicação das NOBs e NOAS, Carvalho (2002) afirma:

As várias NOBs e a NOAS, em sua essência, contrariam o princípio da descentralização e do cumprimento das competências legais. Cada esfera tem uma competência e tem que ter meios para cumprir suas competências. O princípio da descentralização encontra-se violado. Municípios e Estados não dispõem dos recursos, não definem o que fazer e têm que cumprir programação do Ministério da Saúde (p. 297).

Ainda, segundo o autor, “há diversas maneiras que os municípios tem de receber recursos, cerca de 80” (CARVALHO, 2002, p. 42), sendo essas priorizadas pelo Ministério da Saúde que não considera as prioridades loco-regionais e suas pactuações.

Levcovitz et al. (2001) concluem em seu artigo que:

A ampliação dos mecanismos de transferência "fundo a fundo" através da NOB SUS 01/96, aumentou a autonomia do gasto para a maioria dos municípios e para os estados na área da saúde. No entanto, a utilização de alguns instrumentos técnico-operacionais para o repasse, transferência e execução da maior parte dos recursos federais, apesar dos benefícios para a padronização dos instrumentos, organização e unificação do sistema de saúde, pouco contribuem para a avaliação dos resultados dos recursos aplicados e, sobretudo, limitam iniciativas próprias e singulares que vinculem práticas de saúde às realidades locais e regionais (p. 289).

Por fim, Mendes (2005) adverte que:

Nesse longo período de construção da descentralização do SUS, proliferam portarias ministeriais explicativas das Normas Operacionais do sistema, sustentando o rumo centralizador do Ministério da Saúde em determinar a política de saúde local e fragmentar os recursos transferidos. Até o momento, encontra-se em vigor a transferência “fundo a fundo”, mas que, na prática, mantém — em grande parte — as mesmas características da transferência convencional, isto é, vinculadas a programas específicos (p. 108).

Esta prática de atrelar os repasses de recursos federais a determinados programas ou ações foi objeto de discussão no Pacto pela Saúde, de fevereiro de 2006 (Pacto pela Saúde, regulamentado pela Portaria nº 399 (BRASIL, 2006a) e Portaria nº 699 (BRASIL, 2006b).

A portaria do Pacto, no eixo denominado Pacto de Gestão, determinou alguns princípios para o financiamento do SUS e definiu “blocos” gerais de alocação dos recursos federais. São eles: atenção básica; atenção da média e alta complexidade; vigilância em saúde; assistência farmacêutica; gestão do SUS. Posteriormente, foi acrescentado o bloco denominado de “investimentos na rede de serviços de saúde”.

Como resultados destes novos blocos de financiamento, foram publicadas duas Portarias pelo Ministério da Saúde. A Portaria nº 204 (BRASIL, 2007a) que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde e seu respectivo monitoramento e controle e a Portaria nº 1.497 (BRASIL, 2007b), que estabelece orientações para a operacionalização do repasse dos recursos que compõem os blocos.

É a partir daqui que este trabalho fará uma discussão sobre a estrutura do planejamento, legalmente instituída, e seus desdobramentos na organização dos pactos interfederativos e, por fim, no ponto crítico e ainda não instaurado, de contratualização entre entes federados (COAP).

5.2 O PLANEJA SUS

A conceituação de planejamento já apresentada no Capítulo 4 deste trabalho, não é o foco deste item, e sim, a estrutura de planejamento que é proposta oficial e legalmente a todos os entes federados.

Assim, o planejamento é objeto de grande parte do arcabouço legal do SUS, quer indicando processos e métodos de formulação, quer como requisitos para fins de repasse de recursos e de controle e auditoria. Em relação ao planejamento e a instrumentos que lhe dão expressão concreta, destacam-se, inicialmente, as Leis nº 8.080 (BRASIL, 1990a) e nº 8.142 (BRASIL, 1990b).

A primeira dedica o seu Capítulo III ao planejamento e orçamento. No primeiro artigo desse Capítulo, é estabelecido o processo de planejamento e orçamento do SUS, que “será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos municípios, dos estados, do Distrito Federal e da União” (BRASIL, 1990a).

Essa lógica de formulação ascendente é um dos mecanismos relevantes na observância do princípio de unicidade do SUS. O seu cumprimento é desafio importante, tendo em conta as peculiaridades e necessidades próprias de cada município, estado e região do País, o que dificulta a adoção de um modelo único aplicável a todas as instâncias.

Na sequência nos parágrafos 1º e 2º do Art. 36 da mesma Lei, são definidos a aplicabilidade dos planos de saúde e o financiamento das ações dele resultantes. O primeiro parágrafo estabelece que “os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do SUS e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária” (BRASIL, 1990a). Já o segundo, veta a “transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde” (BRASIL, 1990a), salvo em situações emergenciais ou de calamidade pública de saúde. No Art. 37, a Lei atribui ao Conselho Nacional de Saúde a responsabilidade pelo estabelecimento de diretrizes para a elaboração dos planos de saúde, “em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa” (BRASIL, 1990a).

Já a Lei nº 8.142 (BRASIL, 1990b), no seu Art. 4º, estabelece que os requisitos para o recebimento dos recursos provenientes do Fundo Nacional de Saúde, serão fixados

e que os municípios, estados e o Distrito Federal devem contar com plano de saúde e relatório de gestão “que permitam o controle de que trata o §4º do artigo 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990”. Esse artigo definiu que:

O Ministério da Saúde acompanhará, através de seu sistema de auditoria, a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios. Constatada a malversação, desvio ou não aplicação dos recursos, caberá ao Ministério da Saúde aplicar as medidas previstas em lei.

Destaca-se, ainda, as Portarias do Ministério da Saúde nº 399 (BRASIL, 2006a) e nº 699 (BRASIL, 2006b), que, respectivamente, apresentam o Pacto pela Saúde 2006 e regulamentam as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão. No Pacto de Gestão, os eixos são a descentralização, a regionalização, o financiamento, a programação pactuada e integrada, a regulação, a participação e o controle social, o planejamento, a gestão do trabalho e a educação na saúde.

O Sistema de Planejamento do SUS é, portanto, objeto do item 4 do anexo da Portaria nº 399 (BRASIL, 2006a), estando nele contidos o seu conceito, princípios e objetivos principais. Destaca-se, também, que o Pacto estabelece cinco pontos prioritários de pactuação para o planejamento, que são:

1. A adoção das necessidades de saúde da população como critério para o processo de planejamento no âmbito do SUS;
2. A integração dos instrumentos de planejamento, tanto no contexto de cada esfera de gestão, quanto do SUS como um todo;
3. A institucionalização e o fortalecimento do PlanejaSUS, com adoção do processo de planejamento, nesse incluído o monitoramento e a avaliação, como instrumento estratégico de gestão do SUS;
4. A revisão e a adoção de um elenco de instrumentos de planejamento – tais como planos, relatórios e programações – a serem adotados pelas três esferas de gestão, com adequação dos instrumentos legais do SUS no tocante a este processo e instrumentos dele resultantes; e
5. A cooperação entre as três esferas de gestão para o fortalecimento e a equidade do processo de planejamento no SUS.

Ainda no tocante à respectiva portaria, no campo do financiamento houve a introdução e o estabelecimento dos blocos específicos: atenção básica; atenção de média e alta complexidade; vigilância em saúde; assistência farmacêutica e gestão do SUS.

Esses são, ainda, eixos prioritários para investimentos no estímulo à regionalização e para a atenção básica.

No contexto da regionalização, ela define que os principais instrumentos de planejamento para tanto são o PDR (Plano Diretor de Regionalização), o PDI (Plano Diretor de Investimento) e a PPI (Programação Pactuada e Integrada), a qual “deve estar inserida no processo de planejamento e deve considerar as prioridades definidas nos planos de saúde em cada esfera de gestão”.

Cabe destacar também, que há portarias que norteiam a organização e a implementação do Sistema de Planejamento do SUS:

- Portaria nº 3.085 (BRASIL, 2006c) que regulamenta esse Sistema;
- Portaria nº 3.332 (BRASIL, 2006d), do dia 28 subsequente, que aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do PlanejaSUS;

Como incentivo financeiro para o PlanejaSUS, foram publicadas as Portarias nº 376, de 16 de fevereiro de 2007; nº 1.510, de 25 de junho de 2007; e nº 1.885, de 9 de setembro de 2008; com o intuito de realizar uma desvinculação do seu repasse para adesão ao Pacto pela Saúde.

Um destaque importante a ser dado, no aspecto do processo legal de planejamento e, ao mesmo tempo, orçamentação do SUS, é a estrutura e fluxo que a Lei Complementar 141 (BRASIL, 2012a) apresenta em seu artigo 30, supracitado diversas vezes anteriormente:

Os planos plurianuais, as leis de diretrizes orçamentárias, as leis orçamentárias e os planos de aplicação dos recursos dos fundos de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios serão elaborados de modo a dar cumprimento ao disposto nesta Lei Complementar.

§ 1º O processo de planejamento e orçamento será ascendente e deverá partir das necessidades de saúde da população em cada região, com base no perfil epidemiológico, demográfico e socioeconômico, para definir as metas anuais de atenção integral à saúde e estimar os respectivos custos.

§ 2º Os planos e metas regionais resultantes das pactuações intermunicipais, constituirão a base para os planos e metas estaduais, que promoverão a equidade inter-regional.

§ 3º Os planos e metas estaduais constituirão a base para o plano e metas nacionais, que promoverão a equidade interestadual.

§ 4º Caberá aos Conselhos de Saúde deliberar sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades.

Fica evidente, que o processo de planejamento e orçamentação para a saúde deverá estar contextualizado e vinculado ao PPA, LDO, LOA e planos de aplicação, considerando ainda as pactuações realizadas nos municípios, regiões de saúde e estados.

Importante salientar, ainda, que a Lei Complementar 141 (BRASIL, 2012a) dá continuidade, sob a lógica do orçamento ao Decreto 7.508 (BRASIL, 2011a).

Este decreto estabelece em seu capítulo III como os entes federados deverão desenvolver e estruturar o seu planejamento. No artigo 15 é destacado que:

O processo de planejamento da saúde será ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros

Esta perspectiva de elaboração do planejamento a partir da “disponibilidade de recursos financeiros” traz à tona a discussão central deste trabalho, ou seja, como garantir melhores desempenhos com os recursos que estão/foram disponibilizados.

No segundo parágrafo do mesmo artigo, é indicado o uso de metas de saúde dentro do processo de planejamento, relacionado diretamente à estrutura formal de um orçamento-programa, que já é vigente nos entes federados brasileiros.

No artigo dezesseis e dezessete é possível verificar que a rede de serviços privada deverá ser considerada para o desenho, dos Mapas da Saúde, os quais deverão conter a identificação das necessidades de saúde e a orientação para um planejamento integrado dos entes federativos, contribuindo para o estabelecimento de metas de saúde.

Por fim, os artigos dezoito e dezenove indicam a estrutura, mais descentralizada, do processo de planejamento que, em âmbito estadual, deverá ser realizado de maneira regionalizada, a partir das necessidades dos municípios, considerando àquelas metas de saúde já citadas.

Ainda, a Comissão Intergestores Bipartite - CIB tem papel fundamental neste processo de “ascendência” do planejamento municipal pois pactuará as etapas do processo e os prazos do planejamento municipal em consonância com os planejamentos estadual e nacional.

Nesse processo, em 2012, o Ministério da Saúde publicou o Caderno de Informações para a Gestão Interfederativa no SUS (BRASIL, 2012e), que definiu que o planejamento da saúde deve:

- Compatibilizar, no âmbito dos planos de saúde, as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade orçamentária dos recursos.
- Considerar os serviços e as ações prestados pela iniciativa privada, de forma complementar ou não ao SUS, os quais comporão o Mapa da Saúde municipal, regional, estadual e nacional.

- As necessidades de saúde da população devem ser identificadas por meio de critérios epidemiológicos, demográficos, socioeconômicos, culturais, cobertura de serviços, entre outros, como também, levando em consideração a escuta das comunidades.
- As necessidades de saúde devem orientar a decisão dos gestores na definição das intervenções prioritárias no território, expressas em diretrizes, objetivos e metas da saúde; na Programação Anual de Saúde; e na conformação das redes de atenção à saúde.
- Implicar na discussão permanente da política de saúde e sua execução nas Comissões Intergestores – CIT, CIB e CIR. Parte do reconhecimento da região de saúde como território para a identificação das necessidades de saúde da população, a coordenação interfederativa, a organização das ações e serviços de saúde em redes de atenção e para a alocação dos recursos de custeio e investimentos.

O documento indica, também, que “o processo de planejamento da saúde compõe o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP)” que deve estabelecer (BRASIL, 2012d):

- A identificação das necessidades de saúde da população da região e a análise da situação de saúde desse território;
- As diretrizes, os objetivos plurianuais e as metas anuais para a região, bem como os prazos de execução, indicadores, responsabilidades dos entes federados;
- A Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde, incluindo nesta os componentes de promoção, proteção, recuperação e reabilitação em saúde, (assistência, vigilância em saúde - epidemiológica, sanitária e ambiental - e assistência farmacêutica), conforme disposto na RENASES e RENAME.

Nesse espaço as Comissões Intergestores Regionais assumem fundamental importância para a organização e acompanhamento do cuidado à saúde de seus usuários pois, por meio de Câmara Técnica permanente, devem definir as metodologias que sejam aplicáveis à realidade regional e que permitam o acompanhamento dos indicadores apresentados no COAP.

5.3 A REGIONALIZAÇÃO E O COAP

A necessidade de vinculação direta e permanente entre planejamento e gestão, deve ser a orientadora da estratégia de regionalização do sistema de saúde. Assim, esse processo exige dos municípios e estados, a capacidade de uma gestão fortalecida com estratégias consistentes para gestão do SUS no âmbito regional; com foco em possíveis alternativas para o adequado financiamento municipal, a organização de planos regionais e um melhor processo de controle social das instâncias de negociação e da pactuação (Pacto pela Saúde).

Ainda, na regionalização, um tema de destaque são os modelos assistenciais, que podem divergir entre entes federados ou mesmo prestadores. A lógica de organização piramidal do sistema de saúde por níveis hierarquizados de “complexidade”, reproduzem a ideia de centro-periferia, discriminando municípios menores, reproduzindo desigualdades e induzindo à relações competitivas. O modelo vertical de organização do sistema de saúde também tende a desconsiderar a complexidade existente nos processos de cuidado (acolhimento, visitas domiciliares, consultas de grupo, etc.) da atenção básica e sua importância para a organização regionalizada do sistema de saúde.

A NOB-SUS/96 definiu que “A totalidade das ações e serviços de atenção à saúde, no âmbito do SUS, deve ser desenvolvida em um conjunto de estabelecimentos, organizados em rede regionalizada e hierarquizada...”, alertando a para “o elevado risco de atomização desordenada” de sistemas municipais de saúde e atribuindo ao poder público estadual, como sua mais importante responsabilidade, mediar a relação entre os sistemas municipais, apontando para “a construção de redes regionais”, e reconhecendo, além da CIB estadual, as CIB regionais como instâncias de negociação e pactuação das programações.

A NOAS/01 (BRASIL, 2001a) definiu:

O processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade, devendo contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, de forma a garantir o acesso aos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas, otimizando os recursos disponíveis.

No documento da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo sobre o Pacto pela Saúde (SES-SP, 2008) a regionalização é descrita como:

Eixo estruturante do Pacto, norteados pelos princípios da integralidade e equidade no acesso com economia de escala e deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores. Desde a NOAS estão definidos como os principais instrumentos da Regionalização o Plano Diretor de Regionalização – PDR –, o Plano Diretor de Investimento – PDI – e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde – PPI (p. 04).

Assim, a PPI é colocada como “um grande passo no sentido de identificar as iniquidades em termos da oferta e acesso a serviços de média e alta complexidade” (SES-SP, 2008). No contexto da implantação e desenvolvimento do Pacto pela Saúde, Lima et al. (2012) descrevem:

O debate que culminou na publicação das diretrizes do Pacto pela Saúde em 2006 foi desencadeado a partir de 2003 com a entrada de novos dirigentes no Ministério da Saúde, que identificaram a necessidade de mudanças nas formas de relacionamento estabelecidas entre as esferas de governo na política de saúde. Havia, à época, uma forte crítica ao modelo de condução federal da descentralização no SUS no período anterior (1998-2002) que, devido à intensa normatização atrelada aos incentivos financeiros, teriam gerado, entre outros fatores, a burocratização das relações intergovernamentais e uma fragmentação acentuada dos mecanismos de transferência de recursos federais (p. 1905).

Nesse processo a discussão sobre a descentralização manteve-se na necessidade de substituição dos processos e instrumentos adotados para a habilitação dos estados e municípios (Gestão Plena e Semiplena), por novas práticas, que induzissem a ação coordenada e cooperativa entre os diferentes níveis de gestão (municipal, estadual e federal).

Estas novas práticas foram sistematizadas e sintetizadas contendo as diretrizes do Pacto pela Saúde 2006, sendo aprovado na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e no Conselho Nacional de Saúde (CNS) e consolidado por meio de duas portarias ministeriais, já anteriormente citadas, que incluem três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

Segue uma breve descrição:

- O Pacto pela Vida corresponde à definição de prioridades para a melhoria das condições de saúde da população;
- O Pacto em Defesa do SUS indica a necessidade de um movimento político mais amplo, explicitando algumas iniciativas e ações para a garantia dos princípios e diretrizes da reforma sanitária.

- O Pacto de Gestão estabelece diretrizes para o aprimoramento da gestão do SUS em oito aspectos: descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, Programação Pactuada e Integrada (PPI), regulação, participação e controle social, gestão do trabalho e educação na saúde.

Lima et al. (2012) indicam ainda que:

A adesão ao Pacto é feita por meio do preenchimento e assinatura de Termos de Compromisso de Gestão (TCG) pelos gestores, que devem ser aprovados e homologados nas respectivas Comissões Intergestores em âmbito estadual e nacional, substituindo os antigos processos de habilitação às Normas Operacionais do SUS. Os Termos compreendem atribuições e responsabilidades sanitárias, objetivos e metas de melhoria associados a um conjunto de indicadores voltados para o monitoramento e avaliação do Pacto de Gestão e pela Vida (p. 1905).

Neste contexto de mudanças de dispositivos e ferramentas para uma melhor organização dos serviços de saúde pública, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 1.580 (BRASIL, 2012c) que afasta a exigência de adesão ao Pacto pela Saúde ou a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão.

Este recente movimento deixa em aberto uma nova forma de pactuação e, perante a nova proposta do COAP, os entes federados devem firmar seus compromissos juntamente aos seus pares, mediante cumprimento dos termos contratualizados. Neste ponto surge a possibilidade de avaliação dos Tribunais de Contas a fim de verificarem as execuções dos Planos de Saúde dos entes interligados pelo COAP.

Além disso, merece menção a importância da Lei Complementar 141 (BRASIL, 2012a) e do seu recente Decreto nº 7.827 (BRASIL, 2012d). Fica demonstrado nesse Decreto, o crescente controle por parte da União sobre os recursos de transferências aos estados, municípios e distrito federal.

Primeiramente, na Lei Complementar 141 (BRASIL, 2012a) temos em seu Art. 6º a obrigatoriedade de Estados aplicarem, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos; e no Art. 7º a obrigatoriedade dos Municípios e Distrito Federal aplicarem, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos.

Dadas estas obrigatoriedades, cabe considerar o Decreto nº 7.827 (BRASIL, 2012d), que regulamenta os procedimentos de condicionamento e restabelecimento das

transferências de recursos provenientes das receitas; dispondo sobre os procedimentos de suspensão e restabelecimento das transferências voluntárias da União, nos casos de descumprimento da aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde de que trata a Lei Complementar 141 (BRASIL, 2012a).

No Art. 7º, do referido decreto, apresenta-se que a verificação do cumprimento de aplicação dos percentuais mínimos em ações e serviços públicos de saúde pelos entes federativos, para fins de condicionamento das transferências constitucionais e suspensão das transferências voluntárias, será realizada por meio das informações homologadas no SIOPS e que o não cumprimento daqueles percentuais, Art. 11, a União condicionará o repasse de recursos provenientes das receitas, após processadas as retenções, destinações, deduções e bloqueio de seu interesse; e suspenderá as transferências voluntárias. Evidencia-se aqui um processo legal e estruturado para verificação e suspensão de repasses financeiros à municípios e estados que não cumprirem com suas obrigações de gastos em saúde.

Ainda no Decreto nº 7.827 (BRASIL, 2012d) tem-se em seu Art. 23 que:

Quando verificado o descumprimento das disposições da Lei Complementar nº 141, de 2012, ou deste Decreto, ou detectada a aplicação de recursos federais em objeto diverso do originalmente pactuado, o Ministério da Saúde comunicará a irregularidade:

- I. Ao órgão de auditoria do SUS;
- II. À direção local do SUS;
- III. Ao responsável pela administração orçamentária e financeira do ente federativo;
- IV. Aos órgãos de controle interno e externo do ente federativo;
- V. Ao Conselho de Saúde; e
- VI. Ao Ministério Público.

Destacam-se os itens IV, V e VI, considerando os Tribunais de Contas, da União ou dos Estados, e mesmo o Ministério Público como instâncias importantes no monitoramento dos gastos em saúde obrigatórios e, mais uma vez, dos Planos de Saúde de municípios e estados.

No processo histórico de construção da uma política de saúde brasileira, vê-se claramente um movimento de normalização e estruturação, cada vez mais detalhada, que vise à busca pelo bom desempenho das ações em saúde. Ao se considerar as funções integradas da gestão pública apresentadas neste trabalho, caminha-se para o desenvolvimento de um processo de avaliação que envolva o orçamento (instrumento obrigatório à gestão pública) e a avaliação com vistas aos necessários impactos que as políticas de saúde devem gerar na sociedade.

6. UMA METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DOS ORÇAMENTOS DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

Nos capítulos anteriores, foram evidenciados os fundamentos do compromisso da gestão pública, considerando o ciclo das funções integradas da gestão pública e a descrição do trajeto estrutural e legal da orçamentação do SUS que garantiram a base fundamental para ser realizada, neste momento, uma leitura sobre os instrumentos orçamentários do município de São Bernardo do Campo, tendo como destaque o desempenho sobre as ações de saúde realizadas.

Dessa forma, este capítulo está estruturado em três partes. A primeira parte apresenta as características estruturais e econômicas do município, com o intuito de facilitar o entendimento de sua contextualização, histórica e contemporânea, permitindo uma análise dos resultados alcançados no período em estudo. Na segunda parte são analisados os instrumentos orçamentários – PPA, LDO e LOA -, levando em consideração as diferenças de conteúdo entre as gestões municipais, no período estudado. Considera-se importante tal análise para o conhecimento profundo da relação entre planejamento, orçamento e avaliação do governo municipal em geral, e, da área da saúde, em particular.

A terceira parte promove uma análise das relações entre os instrumentos orçamentários, os indicadores de saúde pactuados pelo município em 2006 e 2007 via Pacto de Indicadores da Atenção Básica, em 2007, 2008, 2009, 2010 e 2011 o Pacto pela Saúde e em 2012 os Indicadores de Transição do Pacto pela Saúde, com o objetivo de elaborar uma matriz que possibilite a aplicação do “orçamento por desempenho” – *performance budget*. Trata-se, assim, de uma análise essencial para o entendimento da relação entre o processo de orçamentação e o desempenho da política de saúde, medida pelas escolhas e resultados alcançados.

6.1 CARACTERÍSTICAS ESTRUTURAIS E ECONÔMICAS DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

São Bernardo do Campo (SBC) é um município brasileiro do Estado de São Paulo que compõe a mesorregião Metropolitana de São Paulo e microrregião de São Paulo, conhecida como Grande ABC.

A área total do município é de 408,45 km² e sua população, de acordo com Censo do IBGE de 2010, é de 765.463 habitantes. No entanto para as estimativas populacionais realizadas pelo IBGE para cálculo das cotas do Fundo de Participação dos Estados e Municípios (FPM), SBC apresentou em 2013 uma população de 805.895 habitantes. Esta diferença é significativa e deve ser considerada uma vez que uma das fontes de receita do município, o FPM tem como base de cálculo o número de habitantes dos municípios. Importante considerar que, o Grande ABC possuiu uma população, em 2010, de 2.551.328 habitantes, e SBC é responsável por, aproximadamente, 30% daquela população.

Esse município teve, no período de análise, uma mudança de grupo gestor à frente da Prefeitura, que em seu primeiro período, 2005 à 2008, teve o Partido Socialista Brasileiro (PSB) representado pelo então prefeito eleito William Dib. A mudança de grupo veio com a eleição do prefeito Luiz Marinho à frente do Partido dos Trabalhadores (PT) a partir do período de 2009 à 2012, sendo reeleito até 2016.

Para uma descrição estrutural do município, utilizou-se de informações presentes no próprio *site* da Prefeitura de São Bernardo do Campo. Para o conhecimento de sua origem histórica torna-se importante relatar o que se segue:

O município de São Bernardo do Campo teve sua origem na Borda do Campo, região onde existiu a histórica Villa de Santo André da Borda do Campo (1550-1560). Sendo a região local de passagem para aqueles que, do Planalto se dirigiam ao porto de Santos, em especial as “tropas” carregando mercadorias e que aqui faziam pouso, começa a se desenvolver na fazenda dos Monges Beneditinos. Tendo-se formado e crescido em terras particulares dos Beneditinos, o povoado não pôde ser oficializado, sendo por isso transferido para outro trecho do velho Caminho do Mar. Esta transferência do povoado ocorreu em princípios do século XIX. Ali, em 1812, de subúrbio da Capital o povoado foi elevado à categoria de Freguesia.

Em 1877 é instalado, nas terras desapropriadas da fazenda dos Beneditinos, o Núcleo Colonial de São Bernardo. Constituiu-se 15 linhas coloniais que posteriormente originaram os atuais bairros de São Bernardo do Campo. (SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2014).

Esta é uma região que teve, marcadamente, a presença do imigrante italiano que contribuiu para ampliar a miscigenação. Há, no final do século XIX, uma intensificação do cultivo na terra com campos sendo “devastados, as matas derrubadas, as estradas alargadas, ruas e calçadas ampliadas, vilas edificadas e casas construídas” (SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2014).

Ao final do século, por lei provincial de 12 de março de 1889, a Freguesia foi elevada a Município, cuja instalação ocorreu em maio de 1890. O Município compreendia, então, praticamente todo o território do atual Grande ABC. Ainda, segundo o *site* da Prefeitura:

Com a exploração da madeira, as serrarias aparecem, registrando a tendência industrial da “Villa”. Desenvolve-se a indústria moveleira ao lado da têxtil.

No século XX, com a construção da Represa Billings, alguns núcleos coloniais de imigrantes italianos, formados no século XIX, são atingidos por suas águas. Os caminhos se proliferam, não só como passagem, mas como expansão do processo de urbanização. Os bairros vão se formando e desdobrando em pequenas vilas e novos bairros. O espaço do povoado se transforma na paisagem da cidade.

Apesar do desenvolvimento da sede do Município (atual São Bernardo do Campo), o Bairro da Estação (Santo André), em razão da Estação de Ferro inaugurada em 1867, conhece um crescimento acelerado, com a implantação de várias indústrias. Assim, Santo André começa a se destacar econômica e politicamente, tornando-se, em 1938, a sede do Município. O nome do município é mudado para Santo André e São Bernardo torna-se distrito. Após muitas movimentações, em 1944 ocorre a emancipação político - administrativa de São Bernardo. O designativo do Campo, aplicado a São Bernardo, surge com a instalação do atual município, em 1º de janeiro de 1945. (SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2014).

De acordo com esse relato histórico, o desenvolvimento econômico da região e do município teve como base a produção das indústrias moveleiras e têxtil e, a partir de 1950, deve ser destacado a introdução e crescimento da indústria automobilística.

Desde a década de 1950, o município tem sua economia baseada nessa indústria. Sede das primeiras montadoras de veículos do Brasil, tais como Volkswagen, Ford, Scania, Toyota, Mercedes-Benz, Karmann Ghia e Willys-Overland, além das indústrias de autopeças que as apoiam, das indústrias de tintas, como a Basf e da maior planta industrial do mundo de dentifrícios, a Colgate-Palmolive.

Na década de 1990, a economia da região teve uma grande diversificação, o que elevou a importância do setor de serviços na cidade. O comércio é variado e encontrado em todos os bairros, destacando-se o tradicional comércio da Rua Marechal Deodoro e

adjacências, e o conhecido nacionalmente Centro Moveleiro da Jurubatuba, que dá a São Bernardo do Campo a denominação de Capital do Móvel.

A construção civil e a reforma urbana foram impulsionadas em 2008. Destacam-se as seguintes obras: a construção do trecho sul do Rodoanel, um anel viário da Região Metropolitana de São Paulo, na Avenida Pery Ronchetti com a duplicação e canalização do córrego Saracantan; a construção de muitos edifícios, a maioria residencial; as reformas do Shopping Metrôpole, do Golden Shopping e a inauguração do Shopping Coração; a desconstrução do antigo prédio do Best Shopping e a revitalização da região do bairro Parque dos Pássaros e da nova Câmara Municipal.

Em relação à produção econômica do município, no período proposto neste trabalho, utilizou-se os para fins de análise, dados do IBGE sobre o Produto Interno Bruto (PIB) da Região do Grande ABC. O gráfico 2 demonstra a curva acentuada do crescimento do PIB no município de São Bernardo do Campo seguido por Santo André. Esta “força” econômica do município coloca-o como central para o desenvolvimento e manutenção da produção no Grande ABC.

Gráfico 2 - Produto Interno Bruto segundo município do Grande ABC entre 2006 à 2010, em R\$ 1.000,00 de dez. 2012*

Fonte: IBGE (2010)
Nota: (*) Deflator IGP-DI – FGV

Quando analisado o PIB *per capita*, identifica-se que o município com maior valor é São Caetano do Sul com, aproximadamente, 73 mil reais por habitante, seguido por São Bernardo do Campo com 46 mil reais por habitante.

Gráfico 3 - PIB per capita segundo município do Grande ABC em 2010, em R\$ de dez. 2012*

Fonte: IBGE (2010)

Nota: (*) Deflator IGP-DI – FGV

Para uma ampliação da análise estrutural do município em estudo, foram explorados os dados disponíveis no Atlas do Desenvolvimento Humano 2013 do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. O indicador central desses dados é o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH).

O gráfico 4 demonstra uma clara evolução, para melhor, do IDH-Saúde (Longevidade, medida pela Taxa de Expectativa de Vida ao Nascer) em todos os municípios do Grande ABC. São Bernardo manteve-se em 3º lugar na região do Grande ABC ficando com valores iguais no ano de 2010. Entre 1991 a 2010, sua taxa de crescimento foi de 17,62%, superior à média da região, 16,02%.

Gráfico 4 - IDH - Dimensão Longevidade segundo município do Grande ABC em 1991, 2000 e 2010.

Fonte: PNUD (2010) – Elaboração própria

Quando analisado o IDH em sua dimensão Educação, identifica-se, de forma geral, que houve um grande crescimento em todos os municípios com valores, em 1991, próximos à 0,387 e que atingiram, em 2010, 0,755 (Gráfico 5).

São Bernardo do Campo manteve-se em 2º lugar nos anos de 1991 e 2000 tendo uma queda em 2010, ficando em 4º lugar. Sua taxa de crescimento foi de 60,00% no período, abaixo da média dos municípios de 105,82%, conforme Gráfico 5.

Gráfico 5 - IDH - Dimensão Educação segundo município do Grande ABC em 1991, 2000 e 2010

Fonte: PNUD (2010) – Elaboração própria

Na dimensão Renda do IDH, os municípios também apresentaram crescimento no período analisado, porém, com uma média de crescimento de 7,61%, menor entre as dimensões analisadas (Gráfico 6).

O município de São Bernardo do Campo apresentou uma taxa de 5,08%, saindo de 2º lugar em 1991 e indo para o 3º lugar em 2010, inferior a São Caetano do Sul e Santo André.

Gráfico 6 - IDH - Dimensão Renda segundo município do Grande ABC em 1991, 2000 e 2010

Fonte: PNUD (2010) – Elaboração própria

Por fim, a partir da análise do IDH geral, São Bernardo do Campo apresentou um crescimento de 25,39% no período, mantendo a posição de 3º lugar em 1991 e 2010.

Mais uma vez, é importante destacar que a região do Grande ABC teve crescimento no IDH, com municípios que apresentaram uma alta taxa de 50,40%, sendo o caso de Rio Grande da Serra, e taxas menores, como São Caetano do Sul com 23,67%.

Gráfico 7 - Índice de Desenvolvimento Humano segundo município do Grande ABC em 1991, 2000 e 2010

Fonte: PNUD (2010) – Elaboração própria

Quando analisado o *ranking* elaborado pelo PNUD de todos os municípios brasileiros, São Bernardo do Campo alcançou o 7º lugar, em 1991, tendo apresentado uma queda para o 21º lugar, em 2000, e permanecendo em 28º lugar, em 2010. O declínio de sua posição geral deve ser explicado pela melhora do índice no total dos municípios brasileiros, que tiveram, na média, um IDH de 0,659 com uma taxa de crescimento de 72,84%, entre os anos de 1991 e 2010.

Feitas estas considerações sobre o crescimento e o desenvolvimento econômico da região do Grande ABC, evidencia-se o papel de grande representação de São Bernardo do Campo nesse contexto. Parte-se, então, para uma análise mais interna da relação de investimentos e gastos em saúde no município em estudo.

Para as análises que seguem, foi considerada a metodologia do estudo produzido pelo Observatório de Saúde da Região Metropolitana de São Paulo (MENDES, 2010). Numa análise mais ampla, torna-se fundamental verificar a relação entre o volume da receita municipal disponível e o padrão do gasto em saúde, com recursos municipais. De acordo com Mendes (2010), o conceito de receita disponível deve ser compreendido por:

A Receita Disponível no SIOPS corresponde ao Indicador da Receita advinda de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais. Dentre os principais recursos que compõem a Receita Disponível, encontram-se os Impostos de arrecadação própria dos municípios (IPTU e ISS, principalmente) e as transferências constitucionais (ICMS e FPM, principalmente). Todos juntos correspondem, em média, a aproximadamente 80% do total da receita disponível municipal (p. 06)

A relação entre a receita disponível e o gasto com recursos municipais, indica a prioridade do município em alocar seus recursos próprios na área da saúde. Dito de outro modo, permite-se que se avalie o montante de recursos municipais que a saúde dispõe do governo municipal.

Assim, a relação percentual entre as receitas disponíveis e as despesas com saúde com recursos próprios do município, vide gráfico 8, apresentou, durante o primeiro quadriênio, um aumento em 2006 e 2007, porém, com uma queda no ano de 2009. No entanto, a partir de 2010, o crescimento é retomado chegando a 21,98% em 2012 (mesmo com uma queda na receita disponível naquele ano).

Gráfico 8 - Receita disponível e despesa em saúde com recursos municipais per capita de São Bernardo do Campo entre 2005 à 2012, em R\$ de dez. 2012*

Fonte: SIOPS (2014) – Elaboração própria

Nota: (*) Deflator IGP-DI – FGV

Ainda que as transferências federais do SUS não sejam incluídas no cálculo da receita disponível, elas representam uma destacada fonte de recursos à disposição dos municípios, destinadas ao gasto com saúde. A análise dessas transferências, como fonte do gasto do SUS realizado pelo município, será objeto a seguir.

Antes de iniciar a análise, no entanto, cabe comentar um possível problema para os municípios que apresentam alta dependência das receitas de transferências federais do SUS, em relação ao total das principais receitas. O resultado dessa situação, pode influenciar o comportamento do município no gasto com saúde. Isto porque, um maior grau de dependência das transferências federais do SUS, pode provocar a alocação das

receitas próprias em outras áreas das políticas públicas, que não seja a saúde, que conta com um grande montante desses recursos transferidos pelo Ministério da saúde.

Conforme o Gráfico 9, as receitas de transferências federais SUS *per capita* tiveram um crescimento exponencial a partir do ano de 2009, passando de R\$ 121,80 para R\$ 369,66, em 2012. No período de 2005 à 2009 a taxa de crescimento foi de 6,31% enquanto que no período entre 2009 a 2012, o crescimento foi de 107,91%.

Importante destacar que, a partir de 2011, deu-se início a estruturação e o processo de financiamento dos municípios com recursos ministeriais via publicação da Portaria nº 4.279 (BRASIL, 2010); que estabeleceu as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Ao longo de 2011 e 2012 mais portarias foram publicadas, apresentando os requisitos aos municípios para habilitação de suas redes temáticas e financiamento, via custeio do Ministério da Saúde, para as diferentes Redes de Atenção à Saúde.

Dessa forma, é possível indicar que houve (vide gráfico 9) um maior esforço dos gestores públicos na garantia de financiamento das ações de saúde pública via recursos federais, a partir do momento que sua organização dos serviços e da rede desses foi se consolidando dentro das diretrizes indicadas pelo Ministério da Saúde que garantiu incremento financeiro ao município através de recursos de custeio.

Gráfico 9 - Receita de transferências SUS per capita em São Bernardo do Campo de 2005 à 2012, em R\$ de dez. 2012*

Fonte: SIOPS (2014) – Elaboração própria

Nota: (*) Deflator IGP-DI – FGV

Por fim, cabe a análise de um dos indicadores mais conhecidos sobre o financiamento da saúde pública, qual seja, o percentual de recursos próprios gastos em

saúde, relacionado à Emenda Constitucional nº 29 (BRASIL, 2000c). Essa emenda estabelece que, o mínimo de 15% da receita de impostos, compreendidas as transferências constitucionais deve ser aplicado em saúde.

A Tabela 3 indica, nos primeiros 4 anos do período em estudo, um crescimento do percentual de aplicação (15,98%), partindo de 20,84%, em 2005, passando para 24,17%, em 2008. Tal crescimento não é observado nos últimos 4 anos, sendo apenas 5,93%, entre 2009 a 2012. Esse período corresponde à gestão do Partido dos Trabalhadores (PT). Por sua vez, é importante destacar que o percentual de recursos próprios aplicados em saúde de São Bernardo do Campo, em 2012, praticamente se equipara à média de aplicação do total dos municípios do Brasil (21,5%) (dados do SIOPS).

Tabela 3 – Percentual de recursos próprios gastos em saúde em São Bernardo do Campo

2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
20,84%	20,71%	22,49%	24,17%	20,75%	22,46%	20,92%	21,98%

Fonte: SIOPS (2014) – Elaboração própria

Conforme a análise realizada dos dados econômicos de São Bernardo do Campo, entre 2005 a 2012, pode-se constatar que ele apresenta o maior PIB *per capita* da Região do ABC, a maior disponibilidade de receitas disponíveis *per capita*, sendo crescentes no período e, ainda, elevações dos gastos com saúde pública *per capita*, ao longo dos anos em análise.

De fato, o setor saúde ganhou força a partir de 2009, quando observados os crescimentos das receitas municipais *per capita* e das despesas em saúde com recursos municipais *per capita*. Também, deve-se chamar a atenção para o aumento exponencial das transferências federais SUS, identificando o esforço da gestão municipal em implantar o SUS no município, assegurado pelo governo federal.

A partir da análise do quadro geral da estrutura econômico-financeira-social do município, torna-se importante apresentar a estrutura do SUS local, de forma a contribuir para uma análise mais aprofundada dos instrumentos orçamentários, PPA, LDO e LOA, que serão objetos do próximo item (6.2).

6.1.1 Características gerais da Saúde no município de São Bernardo do Campo

As características gerais do setor Saúde em São Bernardo do Campo, foram investigadas para uma descrição do processo das políticas públicas em saúde mais detalhada. Para tanto, analisou-se os dados que indicam os possíveis crescimentos e modificações dos serviços e equipes de saúde do município, e, como estes processos se relacionaram com a cobertura de planos de saúde.

Reis et al. (2014) indicaram, em publicação recente, um cenário que foi observado em 2009 no campo da saúde pública em São Bernardo do Campo:

Dentre as políticas públicas, a saúde foi a mais “precarizada” nos últimos oito anos que antecederam a atual gestão, não acompanhando inclusive a evolução observada na maioria dos grandes municípios em relação à implementação do Sistema Único de Saúde nas últimas duas décadas. Isso fez com que a maior cidade do Grande ABC, em 2009, contasse com uma cobertura de apenas 6% na Estratégia Saúde da Família e com um Programa de Agentes Comunitários de Saúde cobrindo somente 23% da população, agindo em vários territórios sem a mínima vinculação com as equipes de saúde e com a gestão a nível central.

Importante perceber como São Bernardo do Campo é citada como uma cidade de grande destaque na região do Grande ABC (já visto inclusive no subitem precedente). A fim de se investigar estas informações contidas no artigo supracitado, organizou-se os dados disponíveis no site Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Nesse ponto, é necessário destacar que os dados de 2005 e 2006 não estavam disponíveis segundo tipologia de equipes.

Assim, o gráfico 10, apresenta um crescimento do número e variedades de equipes de saúde que compuseram os serviços de saúde, principalmente os que compõe a Atenção Básica (Unidades Básicas de Saúde), após o ano de 2009. Tal crescimento chega a 267% quando comparado 2007 e 2012. Um fato a ser destacado é que as equipes de saúde, tanto da família quando de agentes comunitários, se diversificaram a partir de mudanças publicadas pelo Ministério da Saúde, trazendo assim uma melhoria nas ofertas de saúde que a Prefeitura de São Bernardo do Campo garantiu a seus munícipes.

Gráfico 10 - Quantidade de equipes de saúde segundo tipo em São Bernardo do Campo de 2007 à 2012

Fonte: CNES (2014) – Elaboração própria

É possível perceber que em São Bernardo do Campo, assim como em muitos municípios brasileiros, a rede de atenção básica em saúde tinha como modelagem padrão, em sua maioria, unidades básicas tradicionais. Reis et al. (2014) indicam, ainda, que esta é “uma estrutura baseada numa atenção médico-centrada (Clínica Médica/Ginecologia/Pediatria), com baixíssima resolubilidade, sem adscrição de clientela e principalmente sem responsabilização quanto ao território” (p. 53).

Para uma análise quantitativa que represente a situação da rede de serviços de saúde de São Bernardo do Campo ao longo dos anos de análise, estruturou-se a tabela 4, que indica o número de estabelecimentos de Saúde sob gestão municipal, segundo a tipologia utilizada no CNES.

Assim é possível perceber, no caso dos Centros de Atenção Psicossocial, o surgimento desses serviços em 2008 e a ampliação (de 2 para 6) até o ano de 2012. Em 2010, nota-se o início de farmácias públicas, duas, com crescimento para três em 2012, muito provavelmente ligadas ao Programa Farmácia Popular (Portaria nº 749 – BRASIL, 2009a) (Tabela 4).

Outro dado importante é o fim das unidades mistas a partir de 2008, dando lugar à estruturação e ampliação das Unidades Básicas de Saúde que cresceram em número de 26 em 2005 para 32 em 2009 (mantendo este número até 2012) (Tabela 4).

Quando analisado o processo de regulação municipal da saúde no período, identifica-se o cadastramento desse serviço a partir de 2009 e que ele teve uma ampliação, no caso das regulações médicas de urgência (muito provavelmente relacionada ao SAMU) ocorrida em 2012.

Tabela 4 – Número de estabelecimentos de Saúde, gestão municipal, segundo tipo em São Bernardo do Campo de 2005 à 2012

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Central de regulação	-	-	-	-	1	1	1	1
Central de regulação médica das urgências	-	-	-	-	-	-	-	1
Centro de atenção psicossocial-CAPS	-	-	-	2	2	4	4	6
Centro de saúde/unidade básica de saúde	26	26	28	31	32	32	32	32
Clínica especializada/ambulatório especializado	5	6	5	4	4	4	4	3
Farmácia	-	-	-	-	-	2	3	3
Hospital geral	-	-	-	-	-	-	-	3
Hospital dia	-	-	-	-	-	-	-	1
Policlínica	2	3	6	9	9	9	8	7
Pronto atendimento	-	-	-	-	-	-	-	10
Pronto socorro especializado	1	1	1	1	1	1	1	-
Pronto socorro geral	5	5	6	9	9	11	11	-
Unidade de serviço de apoio de diagnose e terapia	1	1	1	1	1	1	1	1
Unidade de vigilância em saúde	3	3	3	3	3	3	4	4
Unidade mista	4	4	3	-	-	-	-	-
Unidade móvel de nível pré-hospitalar-urgência/emergência	-	-	-	1	1	1	1	14
Unidade móvel terrestre	1	1	1	1	1	1	2	2
Total	48	50	54	62	64	70	73	90

Fonte: CNES (2014) – Elaboração própria

Reis et al. (2014) descreveram este processo de ampliação que se deu a partir de 2009, conforme análise mais qualitativa, qual seja:

- **Estrutura física e ambiência:** Ausência de manutenção e reformas inacabadas; Intranet com baixa capacidade, limitando e burocratizando o acesso (capacidade, velocidade e aplicativos do sistema de informação utilizado) e internet inexistente;
- **Participação popular e controle social:** Participação popular limitada aos espaços institucionais de controle social do SUS e alguns Conselhos Locais sem funcionamento;

- **Assistência farmacêutica:** totalmente terceirizada através da empresa Home Care, que teve sua prestação de contas reprovada no último período e seu contrato suspenso. Caracterizada por uma profunda desorganização e sem integração com os demais processos na unidade;
- **Articulação da atenção básica com as demais redes assistenciais:** Baixa co-responsabilização e legitimidade social, desintegração das ações de saúde mental, dos serviços de pronto-atendimentos e serviços especializados;
- **Regulação local:** Inexistência de protocolos clínicos de priorização, incipiente regionalização da oferta, estrangulamento para algumas especialidades e procedimentos, regulação do acesso local incipiente ou inexistente, fluxos desorganizados e privilegiamento do atendimento das demandas dos políticos e ausência de regulação de transporte sanitário;
- **Gestão do trabalho e da educação em saúde:** Quadro de pessoal defasado implicando oferta insuficiente de consultas e procedimentos básicos, diferentes vínculos (estatutários da Prefeitura e celetistas contratos pela Fundação do ABC) implicando problemas nas relações salariais e de benefícios, defasagem salarial em relação aos valores praticados pelo mercado e pelo setor público na região, desestímulo e descompromisso ocasionando acordos informais (precários mecanismos de controle de jornada) e ausência de políticas de educação permanente que aglutinasse inclusive as diversas práticas de educação continuada.

Interessante notar, como o modelo de atenção e gestão estava caracterizado por uma inexistência de processos de monitoramento e intervenção da gestão central nos processos de cuidado da rede de serviços de saúde.

Os autores (Reis et al., 2014) destacaram ainda que “Inexistiam mecanismos de pactuação e acompanhamento de metas junto às unidades de saúde, bem como processos locais de democratização da gestão” (p. 51). Este é um ponto importante para o foco no desempenho das políticas de saúde do município que, de certa forma, não estava organizada, pelo nível central, no olhar sobre as pactuações e acompanhamento das metas. Esse ponto será melhor analisado no item 6.3.

Por fim, para uma análise da situação encontrada no setor Saúde do município de São Bernardo do Campo, organizou-se os dados de cobertura da saúde suplementar durante os anos de estudo.

Importante considerar que a cobertura foi calculada a partir dos dados populacionais indicados pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) segundo os Censos populacionais realizados a cada 10 anos. Nesse caso, a atualização

dos dados populacionais se deu em 2010 gerando assim um “pico” de aumento da cobertura pelo ajuste da população de 799.883 habitantes em 2009 para 765.463 em 2010.

Dado esse fato, é possível identificar um aumento contínuo do número de habitantes com planos de saúde do tipo “Coletivo Empresarial”. Este tipo de cobertura se dá, essencialmente, com a “oferta” que as empresas dão aos seus trabalhadores de poderem ter um plano de saúde. Assim, a característica já destacada no item 6.1 de uma cidade economicamente desenvolvida com base em grandes empresas e indústrias, pôde ser observado por aquele crescimento de cobertura.

Identificou-se também que no 1º quadriênio, a partir de 2006, houve um crescimento da cobertura de planos de saúde que chegou a 54,85% em 2008 com uma queda significativa em 2009, chegando a 53,08%. Importante destacar que esta diminuição da cobertura se deu em por uma diminuição, de fato, do número de beneficiários de planos de saúde (1,92% de 2008 à 2009) somada a um crescimento populacional, indicado pelo IBGE de 1,35% (2008 à 2009) (Gráfico 11).

Situação inversa pôde ser constatada no 2º quadriênio, onde se percebe um redução constante na taxa de cobertura a partir de 2010. Este fato pode se relacionar diretamente com a ampliação e reorganização dos serviços de saúde pública que ocorreram ao longo do 2º quadriênio como demonstrado na Tabela 4.

Gráfico 11 - Número de beneficiários de planos de saúde, segundo tipo de contratação, e taxa de cobertura em São Bernardo do Campo de 2005 à 2012

Fonte: ANS e IBGE (2014) – Elaboração própria

Uma outra análise realizada e importante para este trabalho, relacionado orçamento e o desempenho das políticas de saúde municipais, foi a investigação sobre a criação e o desenvolvimento do Fundo Municipal de Saúde (FMS).

Assim, a criação do FMS se deu, pela primeira vez, a partir da Lei 3.778 de 1991, destacando que a secretaria à qual ele estava ligado era a de “Saúde e Promoção Social”. Indicou ainda uma estrutura de organização inicial do SUS no município como pode ser visto no item 6 do artigo 1 (SÃO BERNARDO DO CAMPO, 1991):

Implantação de Sistema Único, descentralizado e hierarquizado de serviços de saúde (pág. 01).

Em 2007, houve então a atualização da estrutura do FMS que revogou a lei anterior e dispôs sobre os novos arranjos para o Fundo (SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2007). Em seu artigo segundo, parágrafo único, a Saúde deveria ser organizada “mediante planejamento adequado, com estabelecimento de planos, programas, projetos e atividades (...)”.

Nesse contexto, a intenção de se organizar um SUS, a partir de preceitos básicos, não mais aparece no descritivo da lei, e sim, a expansão de responsabilidades dos gestores municipais a partir do indicativo de ações como: educação em saúde, atenção à saúde dos povos indígenas, pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, serviços de saúde penitenciários, atenção especial aos portadores de deficiência, entre outras.

Por fim, em 2008, é publicado um decreto (São Bernardo do Campo, 2008) que regulamentou a lei municipal de 2007. Nesta regulamentação, definiu-se claramente a função do Conselho Municipal de Saúde enquanto fiscalizador e acompanhador da gestão do Fundo Municipal de Saúde com a obrigatoriedade de relatórios de prestação de contas trimestrais e realização de plenárias públicas na Câmara de Vereadores do município.

Um importante destaque, é que, apesar dos avanços vistos nas leis do FMS durante os anos, ainda não foi indicada legalmente uma autonomia na gestão dos recursos “pertencentes” ao Fundo Municipal de Saúde, uma vez que a Secretaria de Finanças manteve-se como responsável por operações relativas à pagamentos e aplicações financeiras.

Considerada então, esta análise mais específica da situação do setor Saúde no município de São Bernardo do Campo, tem-se início um estudo mais detalhado sobre os instrumentos orçamentários elaborados e publicados pela municipalidade.

6.2 ANÁLISE DOS INSTRUMENTOS ORÇAMENTÁRIOS DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO NA FUNÇÃO SAÚDE

Este trabalho ao partir do pressuposto de que é possível pensar e pôr em prática um orçamento por desempenho, através do processo de orçamentação e vinculação à indicadores que, de fato, avaliem as ações de saúde realizadas e indicadas nos orçamentos, necessita de uma análise mais detalhada sobre o processo orçamentário, ao longo do exame de três Planos Plurianuais, relativos à 2002-2005, 2006-2009 e 2010-2013. Também, devem ser incorporados a essa análise, as oito Leis de Diretrizes Orçamentárias e suas respectivas Leis Orçamentárias Anuais.

Como se sabe, segundo a própria Constituição brasileira, em seu artigo 165, o plano plurianual (PPA) deve estabelecer diretrizes, objetivos e metas da administração pública para as despesas de capital e outras delas decorrentes e para as relativas aos programas de duração continuada.

Assim, o PPA é um instrumento destinado a organizar e viabilizar a ação pública, com vistas a cumprir os fundamentos e os objetivos do governo. Por meio dele, é declarado o conjunto das políticas públicas do governo para um período de 4 anos e os caminhos que serão trilhados para viabilizar as metas previstas. No caso deste trabalho, três leis dos PPAs municipais foram pesquisadas, com um enfoque em seus anexos e na função Saúde.

Inicialmente, destaca-se que o PPA de 2002-2005 não apresentou, na estrutura de seus anexos, o indicativo das metas financeiras esperadas para os programas, constando apenas as metas físicas como indicado na tabela 5:

Tabela 5 – Distribuição quantitativa de itens presentes no PPA em São Bernardo do Campo de 2002 à 2012

	2002-2005	2006-2009	2010-2013
Nº de Programas	9	6	8
Nº de Ações	9	93	116
Nº de Metas físicas	9	93	116
Nº de Metas financeiras	0	93	116

Fonte: SÃO BERNARDO DO CAMPO (2001, 2005 e 2009)

Na mudança do primeiro para o segundo quadriênio, houve uma redução de programas, porém foi expandido o número de ações descritas e suas respectivas metas físicas e financeiras. Por fim, no último quadriênio houve a expansão no número de

programas e um aumento, também, de ações propostas, seguidas de suas ações físicas e financeiras.

Para uma avaliação mais detalhada do conteúdo dos PPAs, considera-se essencial a definição de Programa que o Ministério do Orçamento e Gestão traz a partir da publicação da Portaria nº 42 (BRASIL, 1999). Segundo ele, entende-se por programa o “instrumento de organização da ação governamental, visando à concretização dos objetivos pretendidos, sendo esses mensurados por indicadores estabelecidos no plano plurianual”.

Merece menção, também, o fluxo apresentado por Kashiwakura (1997), conforme apresentado na Figura 2, do Capítulo 4: Integração do Orçamento-Programa ao Plano, em que o Programa se compõe de objetivos e, então, de ações com suas respectivas metas físicas e financeiras.

Esta estrutura descrita pelo autor indica um fluxo de organização dos orçamentos que, a partir dos programas orçamentários, torna possível indicar um cronograma de ações a serem realizadas, já citando os recursos necessários para tal. Este processo gera, de fato, um planejamento orçamentário financeiro que vise, para além das metas contábeis, as metas físicas alcançadas com os recursos investidos (custo por programa, ação, etc.).

Dado esse contexto, apresenta-se a seguir a descrição dos Programas da área da saúde de cada um dos três PPAs.

PPA – 2002 à 2005

1. Prestar assistência domiciliar aos pacientes
2. Ampliar a capacidade de atendimento e oferecer melhores condições de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde
3. Aumentar a capacidade de internações no Hospital Municipal Universitário
4. Solicitação de recursos encaminhada ao Ministério da Saúde através da DIR II (19/02/97) REFORSUS
5. Melhorar as condições de trabalho e ampliação de equipamentos e instalações destinados à prestação de serviços diretos à população
6. Adequar as instalações ao volume de serviços prestados
7. Instalar adequadamente o Departamento de Vigilância à Saúde
8. Oferecer melhores condições de atendimento
9. Implementar as ações de vigilância à saúde através da fiscalização e busca ativa dos agravos à saúde

PPA – 2006 à 2009

1. Apoio administrativo - SS
2. Cad SUS - Cadastro Nacional de Usuários Sistema Único de Saúde
3. Desenvolvimento de atividades assistenciais na área da saúde
4. Modernização e humanização dos serviços de saúde - BID
5. Programa de Modernização Administrativa e Tecnológica - PMAT 2
6. Vigilância à saúde, prevenção e controle de doenças

PPA – 2010 à 2013

1. Administração da Rede de Saúde e Apoio Gerencial
2. Fortalecimento da Atenção Básica e Gestão do Cuidado
3. Qualificação da Política de Atenção Especializada
4. Política de Proteção à Saúde e Vigilâncias
5. Reorganização da Atenção Hospitalar e da Rede de Urgência e Emergência
6. Qualificação da Gestão e Humanização do Cuidado
7. Gestão Participativa e Controle Social
8. Gestão de sentenças judiciais, dívida pública e outros encargos especiais

Pela leitura dos Programas apresentados é possível identificar que no PPA 2002-2005, os itens 1, 4, 7 e 9 referem-se mais à ações específicas que deveriam ser realizadas, do que uma denominação de programas mais abrangentes, que incluiriam um maior número de ações.

No PPA 2006-2009 é possível identificar que foram descritos como Programas convênios realizados entre a Prefeitura de São Bernardo do Campo e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) (item 4) e Caixa Econômica Federal via Programa de Modernização da Administração Tributária e da Gestão dos Setores Sociais Básicos (PMAT) (item 5).

Ainda, nesse PPA, é possível identificar que a estratégia do Ministério da Saúde para implantação do Cartão Nacional do SUS chamada CADSUS - Sistema de Cadastramento de usuários do SUS foi estruturada como programa.

O PPA 2010-2013 apresentou uma estrutura de Programas mais parecida com a denominação dos Blocos de Financiamento da Saúde (BRASIL, 2007a), assim como as subfunções da função Saúde (BRASIL, 1999). Esse PPA foi o que apresentou uma

estrutura de Programas mais ampla, que não se vincula necessariamente a uma ação específica ou convênio/contrato vigente.

De forma geral, ao se olhar para a estrutura do PPA (nº de Programas, Ações, Metas físicas e financeiras) e a descrição dos Programas, é possível identificar uma qualificação na estruturação daquele, na lógica de conceituação ampla de cada Programa, com melhora na abertura do número e descrição de suas ações e metas.

As metas físicas apresentadas no PPA serão alvo de discussão no próximo item deste capítulo, uma vez que deveriam envolver, também, os indicadores e metas estabelecidos no campo da saúde pública, a partir do Pacto dos Indicadores da Atenção Básica (BRASIL, 2005), Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006a) e Indicadores de Transição Pacto pela Saúde e COAP – 2012, Resolução CIT nº 04 (BRASIL, 2012b), que serão tratados juntamente com as metas físicas no subitem seguinte.

Como parte do processo de elaboração dos orçamentos e do planejamento do governo, após estruturação do PPA proposto para os próximos 4 anos; a cada ano os entes federados devem elaborar sua LDO que dará a direção para a LOA do próximo ano.

Assim, a Lei Complementar nº 101 (BRASIL, 2000a), em seu artigo 4, indica que a LDO deverá dispor sobre o equilíbrio entre receitas e despesas, critérios e forma de limitação de empenho, normas relativas ao controle de custos e à avaliação dos resultados dos programas financiados com recursos dos orçamentos e demais condições e exigências para transferências de recursos à entidades públicas e privadas. A lei ainda indica que integrará ao projeto de lei de diretrizes orçamentárias o Anexo de Metas Fiscais, em que serão estabelecidas metas anuais, em valores correntes e constantes, relativos a receitas, despesas, resultados nominal e primário e montante da dívida pública, para o exercício a que se referirem e para os dois seguintes.

Dessa forma, este trabalho, focou-se na “avaliação dos resultados dos programas financiados com recursos dos orçamentos” que possivelmente estivessem presentes nas LDOs dos anos em estudo.

Com exceção da LDO de 2005, que apresentou as “Metas Anuais” (Anexo II) separadas da “Avaliação do Cumprimento de Metas” (Anexo III); todas as outras apresentaram como Anexo II a “Avaliação do Cumprimento das Metas Fiscais do Exercício Anterior”. Como pode ser observado, as LDOs não trazem na sua estrutura, a partir dos anexos, uma avaliação das metas físicas propostas nos PPAs e mesmo nas LDOs dos anos anteriores, avaliando apenas, para cada ação dos programas, as execuções financeiras (metas fiscais) de cada um.

Esse fato, acima relatado, demonstra claramente que “a avaliação dos resultados dos programas financiados com recursos dos orçamentos e demais condições e exigências para transferências de recursos a entidades públicas e privadas”, indicadas no artigo 4º da Lei Complementar nº 101 (BRASIL, 2000a), não constaram nas LDOs do município de São Bernardo do Campo, no período em estudo.

Como forma de análise mais ampla das estruturas das LDOs organizou-se, na Tabela 6, a distribuição quantitativa de itens presentes nas LDOs como Programas, Ações e as Metas físicas e financeiras, e nos quadros 3 e 4 o nome dos Programas.

Tabela 6 – Distribuição quantitativa de itens presentes na LDO em São Bernardo do Campo de 2002 à 2012

		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Nº de Programas	PPA	9	6	6	6	6	8	8	8
	LDO	7	6	6	4	4	6	7	7
Nº de Ações		63	21	21	15	16	6	19	19
Nº de Metas físicas		63	21	21	15	16	0	19	19
Nº de Metas financeiras		0	21	21	15	16	6	19	19

Fonte: SÃO BERNARDO DO CAMPO (2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010 e 2011)

Como é possível observar na Tabela 6, o número de Programas relacionados nas LDOs, teve uma variação durante os anos, sendo que, em 2005, correspondeu a quantidade de 7, diminuindo o seu número, em 2008, para 4. Paralelamente a esta queda, o maior número de ações apresentadas se deu no ano de 2005 e que, com o passar do tempo, tiveram seu número reduzido, atingindo, em 2012, a 19 ações para os 7 programas. Importante notar que não houve indicativo de metas financeiras na LDO para o ano de 2005.

Ao se considerar o quantitativo de programas relacionados nos PPAs e sua relação com os indicados nas LDOs, tem-se que, na maior parte dos anos, as LDOs apresentaram, pelo menos, 1 programa a menos do que o indicado no PPA. Na análise dos documentos notou-se que os programas sofriam modificações em seus nomes no decorrer dos anos e que, muitas vezes, alguns programas foram retirados das LDOs.

Quando avaliados os nomes dos programas, vê-se que há uma clara mudança na estrutura das LDOs a partir do ano de 2006, que passa a contar com uma descrição diferente de 2005 (Quadro 3). Há uma aglutinação dos itens “Prevenção e Controle de Doenças” e “Vigilância Sanitária e Epidemiológica” de 2005 para “Vigilância a saúde,

prevenção e controle de doenças”, a partir de 2006. É provável que o mesmo tenha ocorrido para os itens: “Atendimento Médico Emergencial”, “Atendimento Médico Básico”, “Atendimento Hospitalar” e “Assistência à Saúde” ficando como “Desenvolvimento de atividades assistenciais na área de saúde”.

Quadro 3 – Nome dos programas na LDO de São Bernardo do Campo entre 2002 e 2008

2005	2006	2007	2008
Gestão da Saúde	Apoio Administrativo	Apoio Administrativo	Apoio Administrativo
Atendimento Médico Emergencial	Cad SUS	Cad SUS	
Atendimento Médico Básico	Desenvolvimento de atividades assistenciais na área de saúde	Desenvolvimento de atividades assistenciais na área de saúde	Desenvolvimento de atividades assistenciais na área de saúde
Prevenção e Controle de Doenças	Modernização e humanização dos serviços de saúde - BID	Modernização e humanização dos serviços de saúde - BID	Modernização e humanização dos serviços de saúde - BID
Vigilância Sanitária e Epidemiológica	Programa de Modernização Administrativa e Tecnológica - PMAT 2	Programa de Modernização Administrativa e Tecnológica - PMAT 2	
Atendimento Hospitalar	Vigilância a saúde, prevenção e controle de doenças	Vigilância a saúde, prevenção e controle de doenças	Vigilância a saúde, prevenção e controle de doenças
Assistência à Saúde			

Fonte: SÃO BERNARDO DO CAMPO (2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010 e 2011)

De fato, há uma aglomeração dos 7 Programas, em 2005, para 2, a partir de 2006, demonstrando um esforço de agregar diferentes campos do cuidado em saúde (atenção básica, especializada, hospitalar, urgência e emergência) em apenas um programa.

Nota-se, ainda, que os projetos ligados à outros entes federativos, como já citado na análise dos PPAs, se tornam programas a partir de 2006, como o “Cad SUS” (governo federal), “Modernização e humanização dos serviços de saúde – BID” e “Programa de Modernização Administrativa e Tecnológica - PMAT 2 (governo federal). Dois destes programas não são incluídos nas LDOs a partir de 2008, ficando apenas o projeto ligado ao BID (Quadro 3).

Quando avaliado o 2º quadriênio, a partir de 2010, nota-se uma grande mudança nas proposições dos programas. Possivelmente, isto se deve à eleição da saúde como prioridade de governo e ao compromisso com a implementação efetiva do SUS, durante a gestão da saúde que se inicia em 2009 em São Bernardo do Campo. Novamente, os diferentes campos de cuidado em saúde voltam a se destacar como programas (“Fortalecimento da Atenção Básica e Gestão do Cuidado”, “Qualificação da Política de Atenção Especializada” e “Reorganização da Atenção Hospitalar e da Rede de Urgência e Emergência”), surgindo ainda 2 programas que, até então, não haviam tido descrição fora de projetos (BID): “Qualificação da Gestão e Humanização do Cuidado” e “Gestão Participativa e Controle Social”.

Quadro 4 – Nome dos programas na LDO de São Bernardo do Campo entre 2009 e 2012

2009	2010	2011	2012
Apoio Administrativo	Apoio Administrativo	Administração da Rede de Saúde e Apoio Gerencial	Administração da Rede de Saúde e Apoio Gerencial
	Fortalecimento da Atenção Básica e Gestão do Cuidado	Fortalecimento da Atenção Básica e Gestão do Cuidado	Fortalecimento da Atenção Básica e Gestão do Cuidado
Desenvolvimento de atividades assistenciais na área de saúde	Atenção de Média e Alta Complexidade	Qualificação da Política de Atenção Especializada	Qualificação da Política de Atenção Especializada
Modernização e humanização dos serviços de saúde - BID	Proteção, promoção em Saúde e Vigilâncias	Política de Proteção à Saúde e Vigilâncias	Política de Proteção à Saúde e Vigilâncias
	Reorganização do atendimento hospitalar	Reorganização da Atenção Hospitalar e da Rede de Urgência e Emergência	Reorganização da Atenção Hospitalar e da Rede de Urgência e Emergência
Vigilância a saúde, prevenção e controle de doenças	Qualificação da Gestão e Humanização do Cuidado	Qualificação da Gestão e Humanização do Cuidado	Qualificação da Gestão e Humanização do Cuidado
	Gestão Participativa e Controle Social	Gestão Participativa e Controle Social	Gestão Participativa e Controle Social

Fonte: SÃO BERNARDO DO CAMPO (2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010 e 2011)

Em relação à análise das Leis Orçamentárias Anuais (LOAs), cabe mencionar que essas Leis constituem instrumento específico para a análise dos montantes financeiros alocados nas ações dos Programas. Segundo a Lei Complementar nº 101 (BRASIL, 2000a) a LOA deve estar associada ao PPA e à LDO, conforme seu artigo 5º:

Art. 5º O projeto de lei orçamentária anual, elaborado de forma compatível com o plano plurianual, com a lei de diretrizes orçamentárias e com as normas desta Lei Complementar:

- I - conterá, em anexo, demonstrativo da compatibilidade da programação dos orçamentos com os objetivos e metas constantes do documento de que trata o § 1º do art. 4º;
- II - será acompanhado do documento a que se refere o § 6º do art. 165 da Constituição, bem como das medidas de compensação a renúncias de receita e ao aumento de despesas obrigatórias de caráter continuado;
- III - conterá reserva de contingência, cuja forma de utilização e montante, definido com base na receita corrente líquida, serão estabelecidos na lei de diretrizes orçamentárias.

Assim, a LOA apresenta e representa muito mais a estrutura orçamentária-financeira com a previsão de gastos para cada ação, do que um processo de acompanhamento e proposição de metas físicas a serem alcançadas pelos gestores (taxa de mortalidade, ampliação de leitos, aumento de cobertura de equipes de saúde da família, etc.). Na realidade, as LOAs organizadas pelo município, durante o período de estudo, não se ativeram à avaliação das metas indicadas no ano anterior ou mesmo à estabelecer novas metas físicas, não-financeiras. Dito de outro modo, ficaram restritas às exigências legais da Lei Federal nº 4.320/64.

Portanto, este trabalho promove uma análise mais ampla da execução orçamentária-financeira, não se atendo a descrever cada uma das ações indicadas com suas metas financeiras nas LOAs e, sim, a partir dos dados financeiros segundo função Saúde e suas respectivas subfunções.

Considerou-se, então, a estrutura de “Prestação de Contas” estabelecida pela Lei Complementar nº 101 (BRASIL, 2000a):

Art. 58. A prestação de contas evidenciará o desempenho da arrecadação em relação à previsão, destacando as providências adotadas no âmbito da fiscalização das receitas e combate à sonegação, as ações de recuperação de créditos nas instâncias administrativa e judicial, bem como as demais medidas para incremento das receitas tributárias e de contribuições.

Além disso, utiliza-se, ainda, a Lei Complementar 141 (BRASIL, 2012a) e sua indicação de como deve ser organizado, no caso da Saúde, o Relatório Resumido da Execução Orçamentária:

Art. 34. A prestação de contas prevista no art. 37 conterá demonstrativo das despesas com saúde integrante do Relatório Resumido da Execução Orçamentária, a fim de subsidiar a emissão do parecer prévio de que trata o art. 56 da Lei Complementar no 101, de 4 de maio de 2000.

Art. 35. As receitas correntes e as despesas com ações e serviços públicos de saúde serão apuradas e publicadas nos balanços do Poder Executivo, assim como em demonstrativo próprio que acompanhará o relatório de que trata o § 3º do art. 165 da Constituição Federal.

Art. 36. O gestor do SUS em cada ente da Federação elaborará Relatório detalhado referente ao quadrimestre anterior, o qual conterá, no mínimo, as seguintes informações:

I - montante e fonte dos recursos aplicados no período;

II - auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações;

III - oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação.

Para tanto, utilizou-se para a análise, as informações dos Demonstrativos da Saúde – Relatório Resumido da Execução Orçamentária (RREO) - disponibilizados no *site* do SIOPS. No RREO se evidencia a importância da averiguação dos valores mínimos obrigatórios constitucionais a serem gastos em saúde pelos entes federados:

Este demonstrativo integra o Relatório Resumido da Execução Orçamentária (RREO) e visa aferir a aplicação do limite mínimo estabelecido no § 3º do art. 198 da Constituição Federal, incluído pela EC 29/2000, e regulamentado pela LC 141/2012 (SIOPS, 2014)

O gráfico 12 apresenta, então, a relação entre a despesa inicial, a despesa atualizada (já considerando possíveis alterações nos programas, estimativas de receitas e de despesas) e as despesas liquidadas somadas às inscritas em restos à pagar não processados (RPNP) ⁸.

Gráfico 12 - Execução orçamentária segundo fase da despesa em São Bernardo do Campo de 2005 à 2012, em R\$ de dez. 2012*

⁸ Este último termo é conceituado pela Secretaria do Tesouro Nacional do Ministério da Fazenda como: Restos a Pagar são as despesas empenhadas, mas não pagas até o dia 31 de dezembro, distinguindo-se as processadas das não processadas. Processadas são as despesas inscritas em restos a pagar, liquidadas e não pagas. Não Processados, são as despesas empenhados e não liquidados (BRASIL, 2014)

Como é possível observar no Gráfico 12, no caso da Saúde, não foram indicadas, no primeiro quadriênio (2005-2008), as despesas iniciais. Porém, ao se avaliar as despesas atualizadas e as despesas liquidadas, nota-se que em 2005 e 2006 não foram liquidadas em sua totalidade as despesas que haviam sido estimadas, com 93,88% de execução financeira no primeiro ano e 88,56% no segundo. Nos dois anos seguintes 100% das despesas iniciais foram liquidadas.

A partir de 2009, as despesas iniciais começam a ser registradas na base do SIOPS indicando, então, as execuções financeiras dos períodos do orçamento elaborado nos anos anteriores. Assim, em 2009, houve uma execução financeira de 127% da despesa inicial esperada, superando assim o orçamento indicado na LOA para 2005 na função Saúde. Em 2010 a execução financeira caiu para 104% com contínua queda em 2011, com 102%, e, por fim, 100% em 2012.

Deve-se incluir na análise o percentual de despesas que foram atualizadas segundo as liquidadas e inscritas nos restos à pagar não processados, apresentou os seguintes dados: 98,05% para o ano de 2009, 98,89% para 2010, 98,16% em 2011 e, por fim, 97,26% em 2012. Pode-se então afirmar que houve uma mobilização dos gestores municipais para melhorar a execução financeira com garantia de que não houvesse recursos insuficientes para o que havia sido planejado.

Importante notar que, para além da análise da execução financeira, houve um crescimento ascendente do total de despesas liquidadas e restos à pagar não processados. Em 2012, o crescimento representou R\$ 349.695.666,03 a mais que recursos liquidados a partir de 2005, praticamente 100% de aumento.

Como parte final da avaliação sobre a execução orçamentária dos anos em estudo, estruturou-se os valores das despesas segundo as subfunções orçamentárias da área da Saúde⁹. Importante indicar que não se realizou a análise a partir dos blocos de financiamento da saúde¹⁰, à medida que este trabalho tem como foco o estudo sobre os

⁹ Como já mencionado neste trabalho, no capítulo 3 Metodologia, as subfunções são estabelecidas pela Portaria nº 42 de 14/04/1999 do Ministério do Orçamento e Gestão. As subfunções típicas da área da saúde são: Atenção Básica, Assistência Hospitalar e Ambulatorial, Suporte Profilático e Terapêutico, Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Alimentação e Nutrição.

¹⁰ Também, descritos no capítulo 3 Metodologia, segundo a Portaria nº 204 (BRASIL, 2007a), os blocos de financiamento dos recursos federais são: Atenção Básica, Média e Alta Complexidade, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão e Investimentos. Esses Blocos não correspondem às subfunções orçamentárias.

orçamentos municipais e a sua execução quanto ao desempenho das metas físicas indicadas.

No primeiro quadriênio observa-se, claramente, conforme a Tabela 7, que houve um crescimento de 117% das despesas para a subfunção “Assistência Hospitalar e Ambulatorial”. Já no caso da subfunção da “Atenção Básica” o aumento foi, entre 2005 a 2007, de 3,22%. Em 2008 constata-se uma redução de, aproximadamente, 40% em relação a 2007.

Tabela 7 – Despesas liquidadas e inscritas em restos à pagar segundo subfunção na Função Saúde nas LOAs de São Bernardo do Campo entre 2005 e 2008, em R\$ de dez. 2012*

	2005	2006	2007	2008
Atenção Básica	R\$ 147.547.069,42	R\$ 134.828.523,46	R\$ 152.299.831,50	R\$ 90.651.190,02
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	R\$ 160.723.731,66	R\$ 203.283.071,81	R\$ 250.230.252,83	R\$ 348.001.557,26
Suporte Profilático e Terapêutico	R\$ 15.481.456,69	R\$ 8.801.554,04	R\$ 10.767.355,95	R\$ 13.851.259,00
Vigilância Sanitária	R\$ 5.340.587,26	R\$ 5.166.177,07	R\$ 4.605.563,20	R\$ 5.103.609,21
Vigilância Epidemiológica	R\$ 280.980,85	R\$ 794.507,17	R\$ 579.441,32	R\$ 6.718.280,96
Alimentação e Nutrição	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -
Outras Subfunções	R\$ 11.194.698,07	R\$ 5.586.175,62	R\$ -	R\$ 12.344.308,26

Fonte: SIOPS (2014) – Elaboração própria

Nota: (*) Deflator IGP-DI – FGV

Na análise do 2º quadriênio, segundo a Tabela 8, é possível identificar a continuação do aumento das despesas nas subfunções de “Atenção Básica” e “Assistência Hospitalar e Ambulatorial”, além do aumento significativo no “Suporte Profilático e Terapêutico”, com o dobro do valor, e nas “Outras Subfunções” que apresentou o valor de, aproximadamente, 6 milhões em 2009 aumentando para 60 milhões em 2012.

Tabela 8 – Despesas liquidadas e inscritas em restos à pagar segundo subfunção na função Saúde nas LOAs de São Bernardo do Campo entre 2009 e 2012, em R\$ de dez. 2012*

	2009	2010	2011	2012
Atenção Básica	R\$ 113.272.750,55	R\$ 90.615.695,67	R\$ 111.295.101,87	R\$ 141.452.210,48
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	R\$ 327.348.215,38	R\$ 451.898.639,89	R\$ 506.970.673,96	R\$ 557.765.891,06
Suporte Profilático e Terapêutico	R\$ 23.241.999,69	R\$ 18.750.460,22	R\$ 21.790.139,99	R\$ 23.495.024,41
Vigilância Sanitária	R\$ 6.045.763,80	R\$ 7.983.175,93	R\$ 7.258.791,59	R\$ 7.254.094,37
Vigilância Epidemiológica	R\$ 7.232.115,12	R\$ 7.229.280,42	R\$ 9.787.421,28	R\$ 10.442.025,67
Alimentação e Nutrição	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -
Outras Subfunções	R\$ 6.075.203,41	R\$ 34.828.601,50	R\$ 65.182.647,66	R\$ 59.398.722,14

Fonte: SIOPS (2014) – Elaboração própria

Nota: (*) Deflator IGP-DI – FGV

Para qualificação dessas subfunções e programas apresentados nos PPAs, serão indicados a seguir as correspondências entre esses programas e as subfunções relacionadas nas LOAs:

PPA – 2002 à 2005

1. Prestar assistência domiciliar aos pacientes – **Atenção Básica**
2. Ampliar a capacidade de atendimento e oferecer melhores condições de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde – **Atenção Básica**
3. Aumentar a capacidade de internações no Hospital Municipal Universitário – **Assistência Hospitalar e Ambulatorial**
4. Solicitação de recursos encaminhada ao Ministério da Saúde através da DIR II (19/02/97) REFORSUS – **Outras Subfunções**
5. Melhorar as condições de trabalho e ampliação de equipamentos e instalações destinados à prestação de serviços diretos à população – **Atenção Básica**
6. Adequar as instalações ao volume de serviços prestados – **Assistência Hospitalar e Ambulatorial**
7. Instalar adequadamente o Departamento de Vigilância à Saúde – **Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica**
8. Oferecer melhores condições de atendimento – **Atenção Básica**
9. Implementar as ações de vigilância à saúde através da fiscalização e busca ativa dos agravos à saúde – **Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica**

PPA – 2006 à 2009

1. Apoio administrativo – **Atenção Básica e Assistência Hospitalar e Ambulatorial**
2. Cad SUS - Cadastro Nacional de Usuários Sistema Único de Saúde – **Outras Subfunções**
3. Desenvolvimento de atividades assistenciais na área da saúde – **Atenção Básica**
4. Modernização e humanização dos serviços de saúde – BID – **Outras Subfunções**
5. Programa de Modernização Administrativa e Tecnológica – PMAT 2 – **Outras Subfunções**
6. Vigilância à saúde, prevenção e controle de doenças – **Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica**

PPA – 2010 à 2013

1. Administração da Rede de Saúde e Apoio Gerencial – **Atenção Básica e Assistência Hospitalar e Ambulatorial**
2. Fortalecimento da Atenção Básica e Gestão do Cuidado – **Atenção Básica**
3. Qualificação da Política de Atenção Especializada – **Assistência Hospitalar e Ambulatorial**
4. Política de Proteção à Saúde e Vigilâncias – **Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica**
5. Reorganização da Atenção Hospitalar e da Rede de Urgência e Emergência – **Assistência Hospitalar e Ambulatorial**
6. Qualificação da Gestão e Humanização do Cuidado – **Outras Subfunções**
7. Gestão Participativa e Controle Social – **Outras Subfunções**
8. Gestão de sentenças judiciais, dívida pública e outros encargos especiais – **Outras Subfunções**

Dessa relação apresentada, é possível notar que, quando um programa tem uma estruturação mais próxima das subfunções orçamentárias, a alocação das ações nas LOAs se dá de maneira mais direta. Porém, quando há um programa que não tem uma relação direta com as subfunções ou se o objetivo do programa não se vincula à apenas uma subfunção ou campo de cuidado (atenção básica, especializada, etc.), os programas e suas ações acabam indicados como Outras subfunções. Este é o caso, por exemplo, do projeto PMAT e BID, e de programas como a Qualificação da Gestão e Humanização do Cuidado e Gestão Participativa e Controle Social, que teve aumento e manutenção de despesas durante os oito anos (Tabela 7 e 8).

De forma geral, esta parte do capítulo relacionou os programas com seus quantitativos de ações, e a execução financeira por subfunções entre PPAs e LDOs. Novamente, é importante citar que os anexos das LDOs e mesmo as LOAs apresentaram, na maiorias das vezes, as ações que haviam sido descritas em seu respectivo PPA. Porém, a sua estrutura geral (via programas) não se apresentou de forma igual.

Constatou-se, ainda, que as LDOs não apresentaram em seus anexos uma avaliação dos resultados das metas físicas propostas. Neste ponto, torna-se fundamental a análise por desempenho das ações públicas em saúde, que só poderão ser verificadas a partir das metas pactuadas no âmbito das políticas públicas de saúde, via portarias, introduzidas pelo governo federal. Assim, a análise sobre o desempenho se dará a partir das metas físicas indicadas nos PPAs e LDOs, buscando a sua relação com os resultados obtidos, por meio das pactuações do município com o Ministério da Saúde.

6.3 O ORÇAMENTO POR DESEMPENHO – *O PERFORMANCE BUDGET*: A RELAÇÃO ENTRE AS METAS DOS INSTRUMENTOS ORÇAMENTÁRIOS E DOS INDICADORES PACTUADOS

Esta parte final do capítulo tem como foco principal a análise sobre o desempenho das ações realizadas em saúde pelo município, considerando que, ano a ano, as metas físicas foram apresentadas nos PPAs e LDOs. Porém, no campo da produção científica e de políticas públicas de saúde no Brasil, já se tem indicadores e metas oficialmente estabelecidos, a partir de Pactos realizados entre os entes federados, com o objetivo de alcançarem melhores resultados em saúde.

Tais pactuações são estabelecidas a partir do Pacto dos Indicadores da Atenção Básica (BRASIL, 2005), Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006a) e Indicadores de Transição do Pacto pela Saúde e do Contrato Organizativo das Ações Públicas de Saúde (COAP) – 2012 pela Resolução CIT nº 04 de 19/07/2012 (BRASIL, 2012b). Dessa forma, os indicadores para os anos 2005 e 2006, têm como fonte, o Pacto de Indicadores da Atenção Básica; já para os anos de 2007, 2008, 2009, 2010 e 2011 utilizou-se a base do Pacto pela Saúde; e, por fim, para 2012, foram analisados os dados dos Indicadores de Transição do Pacto pela Saúde e COAP.

6.3.1 Os instrumentos orçamentários e suas metas

- Ações

As ações dos PPAs foram relacionadas nos quadros 5, 6 e 7, considerando o objetivo de suas medições correspondentes aos programas. Mantiveram-se os nomes originais da estrutura apresentada nos documentos. O nome “Ação”, por exemplo indicado nos dois últimos PPAs, foi chamado de “Produto obtido/medida/quantidade” no primeiro PPA.

Deve-se considerar, mais uma vez, que as LDOs não apresentaram a avaliação dos indicadores que foram estabelecidos nos PPAs ou mesmo nas LDOs dos anos anteriores.

Como pode ser observado no Quadro 5, tem-se a descrição das ações que foram relacionadas aos 9 programas já citados anteriormente na Tabela 4 tendo apenas uma ação para cada programa, não constando unidades de medida para cada uma das ações. Diferente dos demais PPA, o de 2002-2005, tinha um campo que indicava os “Beneficiados” de cada ação, podendo-se inferir uma possível unidade de medida.

Vê-se, também, que houve indicação de ampliação de serviços e estruturas em três das nove ações. A implantação de novos serviços apareceu apenas uma única vez, considerando que se indicou a construção do Centro de Zoonoses, não necessariamente tendo iniciado um novo serviço. Reformar, adquirir novos materiais e adaptar instalações foram as demais ações relacionadas no PPA 2002-2005.

Quadro 5 – Relação de ações do PPA 2002-2005 na Função Saúde de São Bernardo do Campo

Nº de ações	Ações	Unidade de medida	Beneficiados
1	Implantação do Programa de Internação Domiciliar - contratação de médicos através do convênio com a FUABC	-	Cerca de 130 munícipes/mês
1	Ampliação do Programa Saúde da Família	-	Cerca de 46.866 munícipes
1	Ampliação de 50 leitos	-	Cerca de 500 munícipes/mês
1	Equipar Unidades de Saúde	-	População da região do Riacho Grande e região do Alves Dias
1	Aquisição e instalação de móveis e equipamentos	-	Cerca de 35 funcionários dos Departamentos envolvidos
1	Construção do Centro de Zoonoses	-	Cerca de 460.000 munícipes
1	Reforma, ampliação e adaptação das instalações	-	População da região
1	Ampliação dos serviços relacionadas aos Convênios dos Programas DST/HIV e Tuberculose	-	População da região

1	Aquisição de veículos	-	População em geral
---	-----------------------	---	--------------------

Fonte: SÃO BERNARDO DO CAMPO (2001)

Para a análise do PPA 2006-2009, consolidou-se no Quadro 6 as ações, em um total de 93, e suas unidades de medida estabelecidas.

Quadro 6 – Relação de ações do PPA 2006-2009 na Função Saúde de São Bernardo do Campo

Nº de ações	Ações genéricas	Unidade de medida
17	Equipar novas unidades de saúde	Unidade equipada
15	Construção de unidade de saúde	% da obra
13	Contratação de serviços de terceiros	% de contrato executado
10	Desapropriação de áreas para novas unidades de saúde	Área desapropriada
9	Reforma e ampliação de unidades de saúde	% reformada/ampliada
7	Aquisição de equipamentos e materiais permanentes	%
7	Repasse à FUABC para manutenção, reformas e ampliação das unidades hospitalares e do Programa da Dengue do Hospital de Ensino	% de repasse realizado
4	Capacitação de recursos humanos	%
3	Celebração de convênios	% repasse estabelecido
3	Promover a modernização tecnológica / gestão administrativa	% de projeto executado
2	Adequação de espaço físico e de infraestrutura	%
2	Distribuição de materiais, insumos e serviços a pacientes	% de pacientes atendidos
1	Gratificação a funcionários do estado que prestam serviços na área de saúde no Município	% municipalizado
1	Renovação de frota de veículos	% de veículo

Fonte: SÃO BERNARDO DO CAMPO (2005)

Conforme o Quadro 6, constata-se que o maior número de Ações coube à: desapropriação de áreas para novas unidades de saúde (10), construção de unidades (15), equipar novas unidades de saúde (17) e contratação de serviços de terceiros (13). Destacou-se, ainda, a aquisição de equipamentos e materiais permanente (7) e o repasse à Fundação do ABC (FUABC), que possui atividades junto às unidades hospitalares (7).

Tem-se, então, um quadro de visível intenção de expansão da rede de serviços de saúde pública indicando, também, a estruturação interna (equipamentos, materiais permanentes e serviços de terceiros) para tais ampliações de serviços.

Além da construção de novas unidades, teve destaque também o significativo número de ações, correspondente às reformas e ampliações de unidades já existentes. Por fim, cabe indicar que o projeto PMAT, aparece em três ações no respectivo PPA.

O PPA 2010-2013 apresentou uma estrutura diferente dos demais PPAs. Nele, o Anexo II apresenta um quadro geral dos programas, contemplando campos que, até então, não eram vistos: Programa, Objetivo, Justificativa e Indicador. Assim, nesse anexo, estão presentes 19 indicadores que se relacionam com todas as ações.

Como pode ser observado no Quadro 7, grande parte das ações presentes no PPA focaram-se na manutenção da Rede de Serviços de Saúde e Programas (38), assim como na Adequação da Rede de Serviços de Saúde e Programas (23) e na Ampliação da Rede de Serviços de Saúde e Programas (17). Na sequência, destaca-se, também, o número significativo de Ações (7) para a Expansão e Manutenção das equipes da rede de atenção básica.

Fica evidente que, diferentemente das intenções demonstradas nas ações do PPA 2006-2009, no PPA 2010-2013 houveram poucas ações que indicaram expansão da rede de serviços de saúde pública focando-se mais na garantia do funcionamento, manutenção e qualificação (adequação) dos serviços já existentes.

Novas Ações foram relacionadas nesse PPA, evidenciando o esforço da gestão 2009 a 2013, no sentido de ampliar o SUS no município de São Bernardo do Campo. Nesse sentido, verificam-se duas ações para a manutenção do PMAT, denominado por “Programa de Modernização da Gestão da Saúde - Assistência Hospitalar e Ambulatorial” e de outras ações novas como: “Fortalecimento da gestão regional” e “Realizar Conferências Municipais de Saúde e Temáticas.

Quadro 7 – Relação de ações do PPA 2009-2013 na Função Saúde de São Bernardo do Campo

Nº de ações	Ações genéricas	Unidade de medida
38	Manutenção da Rede de Serviços de Saúde e Programas	% a manter
23	Adequação da Rede de Serviços de Saúde e Programas	% a adequar
17	Ampliação da Rede de Serviços de Saúde e Programas	% de ampliação
7	Expandir e manter as equipes da rede de atenção básica	Equipe
4	Construir a Sede Administrativa e do Hospital de Clínicas	% de obra executada
4	Fornecer água, energia elétrica e linhas telefônicas para a rede de serviços de saúde	%
4	Implementar as ações de proteção à saúde e Vigilâncias	%
4	Qualificar as ações de proteção à saúde e vigilâncias	%
4	Pagar Precatórios	%
2	Contratação de serviços hospitalares	% de execução
2	Gestão da tecnologia da informação	% a manter
2	Programa de Modernização da Gestão da Saúde - Assistência Hospitalar e Ambulatorial	% de projeto implantado
1	Apoiar o funcionamento dos Conselhos de Saúde	Mínimo de reuniões a realizar
1	Apoiar à pesquisa para nova medida de CPOD	Pesquisa
1	Aquisição de equipamentos	% a manter
1	Fortalecimento da gestão regional	% de execução
1	Realizar Conferências Municipais de Saúde e Temáticas	Conferências

Fonte: SÃO BERNARDO DO CAMPO (2009)

- Indicadores

É digno de nota que, somente no PPA 2010-2013, foram relacionados indicadores para medições de metas que estivessem ligados ao campo da saúde pública. Este indicadores serão analisados na continuação deste trabalho junto aos indicadores estabelecidos nos Pactos regionais de 2006 a 2012. Tais indicadores são:

Relação de indicadores do Anexo II do PPA 2010-2013 (SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2009)

1. Busca ativa de pacientes sintomáticos respiratórios
2. Cobertura de consulta de cardiologia
3. Cobertura de consultas de pneumologia
4. Cobertura de vacinação de hepatite B de 14 a 18 anos
5. Cobertura PACS
6. Conselho de Saúde em funcionamento
7. Média anual de consultas por habitante em especialidades básicas
8. Medicamentos atendidos em relação à lista padronizada
9. Medicamentos padronizados em relação ao elenco de referência nacional
10. Tratamento de casos de Hepatite C notificados
11. Taxa de internação hosp. por AVC em pacientes com idade acima de 40 anos

12. Taxa de internação hosp. por Diabetes Mellitus e suas complicações em paciente com idade acima de 30 anos

6.3.2 Pactuação em Saúde e seus indicadores: uma análise específica à luz do “Orçamento por Desempenho”

Como já mencionado no item 5.3 deste trabalho, a gestão do SUS passou por várias modificações em sua estrutura legal e operativa no que se refere ao acompanhamento das ações em saúde que levam à melhores resultados no setor. Estas avaliações foram instigadas pelo processo de implantação dos “Pactos”. Nesse contexto, é importante que se estabeleça uma relação direta entre os indicadores e metas, estabelecidos nos PPAs ou LDOs, e os descritos e acompanhados pelos Pactos na saúde.

Assim, nesta parte, estrutura-se uma possível relação de indicadores presentes nos PPAs, LDOs e nas pactuações. Os indicadores relacionados pelos gestores e que não se associam aos descritos nas pactuações foram desconsiderados nesta análise. Deste modo, organizou-se a análise em duas etapas. A primeira trata de verificar o desempenho dos indicadores no âmbito apenas dos instrumentos orçamentários PPA e LDOs. A segunda parte busca avaliar o desempenho dos indicadores pactuados em relação à estrutura dos instrumentos orçamentários e sua associação com o “orçamento por desempenho”, por meio dos quatro conceitos definidos para a avaliação dos resultados, de acordo com Nóbrega (2011), quais sejam: Recursos; *Outputs*; Eficiência e *Outcomes*. Para tanto, os indicadores pactuados foram reorganizados conforme a lógica das subfunções orçamentárias da área da saúde e da categorização do “orçamento por desempenho”.

- a análise do desempenho dos indicadores no âmbito do PPA e das LDOs

Inicialmente, cabe mencionar que o PPA 2002-2005 e a LDO 2005 não apresentaram indicadores relacionados aos pactos, à medida que esses instrumentos foram elaborados antes do estabelecimento da emissão do Pacto de Indicadores da Atenção Básica (2005) e do Pacto pela Saúde (2006).

Por sua vez, o PPA 2006-2009 também não relacionou indicadores associados ao Pacto pela Saúde, porém as LDOs de 2006, 2007, 2008 e 2009 apresentaram uma lista de indicadores que é descrita na Tabela 9.

Nessa tabela os indicadores são apresentados conforme sua posição atual, denominada nas LDOs por Índice Recente (IR) e suas metas correspondentes, intituladas por Índice Futuro (IF). O cumprimento de uma meta estabelecida em uma LDO de um ano, denominado Índice Futuro (IF) pode ser avaliada pelo valor do Índice Recente (IR)

de uma LDO do próximo ano. Isso porque, ao se elaborar a LDO de um ano, transforma-se o IF da LDO do ano anterior em IR (posição atual) na LDO em construção e; então, se estabelece o novo IF para essa última LDO, isto é, a atual. Para uma visão da evolução do desempenho dos indicadores ao longo das LDOs 2006 a 2009, apresenta-se a Tabela 9.

Tabela 9 – Relação de indicadores nas LDOs de São Bernardo do Campo entre 2006 e 2009 na Função Saúde

Indicador	Unidade de medida	LDO 2006		LDO 2007		LDO 2008		LDO 2009	
		IR ¹	IF ²	IR ¹	IF ²	IR ¹	IF ²	IR ¹	IF ²
Proporção de óbitos precoces por AVC	%	30	30	30	30	30	30	30	30
Proporção de óbitos precoces por diabetes	%	22	22	22	22	22	22	22	22
Objetivo preconizado pelo MS para cobertura vacinal	% do objetivo preconizado	100	100	100	100	100	100	-	-
Vigilância entomológica do Aedes Aegypti	% de pesquisa de amostras	100	100	100	100	100	100	100	100
Manter índice de 100% de adesão ao tratamento de Hanseníase	%	100	100	100	100	-	-	100	100

¹ Índice Recente

² Índice Futuro

Fonte: SÃO BERNARDO DO CAMPO (2005, 2006, 2007 e 2008)

Para todos os indicadores relacionados no período e que tiveram relação com os indicados no Pacto de Indicadores da Atenção Básica (BRASIL, 2005) e com o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006a), não foi observado descumprimento das metas estabelecidas. Os indicadores descritos nas LDOs, particularmente na função saúde, por IR e IF, permaneceram inalterados entre 2006 a 2009, indicando assim, um certo cumprimento de tais metas. Porém, há de se considerar que não houve indicativo de tentativa de melhora dos resultados, à medida que os Índices Recentes (posição atual) e os Índices Futuros (metas) não se alteraram em todas as LDOs ao longo do período. A tabela 9 indica que permaneceram iguais.

Ao se analisar o desempenho do processo orçamentário, por meio dos indicadores e das metas do PPA 2010-2013, observa-se um quadro geral satisfatório. Praticamente, todas as metas elaboradas para os indicadores de acompanhamento das ações / programas, em 2010, para serem alcançadas em 2013, foram quase alcançadas na sua totalidade, ao final de 2011, indicando o esforço da nova gestão da área da saúde. Essa situação pode ser constatada ao se verificar a relação entre o Índice Recente (posição atual) do indicador

na LDO de 2012 (que reflete o Índice Futuro da LDO de 2011) e o Índice Recente relacionado no PPA em 2010 (Tabela 10).

Tabela 10 – Relação de indicadores no PPA e LDOs de São Bernardo do Campo entre 2010 e 2012 na Função Saúde

Indicador	Unidade de medida	PPA 2010-2013		LDO 2010		LDO 2011		LDO 2012	
		IR ¹	IF ²	IR ¹	IF ²	IR ¹	IF ²	IR ¹	IF ²
Ampliação do acesso à Saúde Bucal	Equipes	5	43	28	35	28	35	35	39
Cobertura PACS	%	10	100	66	80	66	80	80	91
Busca ativa de pacientes sintomáticos respiratórios	%	30	70	40	50	40	50	50	60
Tratamento de casos de Hepatite C notificados	%	15	33	18	23	18	23	23,4	30,5
Cobertura de vacinação da Hepatite B de 14 a 18 anos	%	50	70	60	65	60	65	65	70
Taxa de internação hosp. por Diabetes Mellitus e suas complicações em paciente com idade acima de 30 a	%	11,4	8,2	10	8,9	9,5	9	8,9	9
Taxa de internação hosp. por AVC em pacientes com idade acima de 40 anos	%	20,7	18	19	19	19	19	19	18
Média anual de consultas por habitante em especialidades básicas	Média consulta/ano	1,66	2,7	2	1,9	1,8	2	1,9	2

¹ Índice Recente

² Índice Futuro

Fonte: SÃO BERNARDO DO CAMPO (2009, 2010, 2011)

De acordo com a Tabela 10, para o indicador “Ampliação do acesso à Saúde Bucal”, considerou-se a ampliação de 5 equipes, existentes em 2009, para 43 equipes, em 2013. Em 2010, foram criadas 23 equipes além das 5 já existentes em 2009, correspondendo a um total de 28 equipes. Nesse ano, apresentou-se como meta a instalação de 35 equipes. Em 2011 os índices foram mantidos iguais aos estabelecidos em 2010 para, então, em 2012 ter o aumento de 28 equipes para 35.

Ao se avaliar o desempenho da ampliação da cobertura do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) junto à população do município, nota-se uma situação favorável, isso porque se identifica um aumento crescente dessa cobertura ao longo da execução do PPA. Em 2010 conseguiu-se cobrir 66% da população com o PACS e, em 2012, atingiu-se um grau de cobertura de 80% da população (Tabela 10).

A busca ativa de pacientes sintomáticos respiratórios, também apresentou crescimento dentro do período, isto é, bom desempenho, saindo de 40% em 2009 e chegando a 50%, ao final de 2011, porém, sem alcançar, ainda, a meta estabelecida no PPA (70% para o final de 2013). Condição semelhante pôde ser verificada nos demais indicadores: “Tratamento de casos de Hepatite C notificados”, “Cobertura de vacinação

da Hepatite B de 14 a 18 anos”, “Taxa de internação hosp. por Diabetes Mellitus e suas complicações em paciente com idade acima de 30 anos”, “Taxa de internação hosp. por AVC em pacientes com idade acima de 40 anos” e “Média anual de consultas por habitante em especialidades básicas”. Na realidade, esses indicadores apresentaram melhora nos resultados, ano a ano, porém, em 2011, não demonstraram ser totalmente alcançados, conforme a meta estabelecida no PPA (Tabela 10).

Nota-se, enfim, que no período avaliado houve mudanças nas metas indicadas ano a ano nas LDOs e, ainda, demonstrou-se melhoria dos resultados dos indicadores a cada ano.

- a análise do desempenho entre os indicadores pactuados, os instrumentos orçamentários, suas “subfunções”, e as categorias do “orçamento por desempenho”

Para uma análise do desempenho entre as políticas de saúde, materializadas por meio dos indicadores pactuados entre os entes federados – pactuação do SUS -, os instrumentos orçamentários (subfunções) e as categorias do “orçamento por desempenho”, estruturou-se uma matriz que contribui para o desenvolvimento de uma avaliação que relacione os instrumentos orçamentários e o desempenho na área da saúde pública em São Bernardo do Campo.

Para escolha de tais indicadores, deve-se destacar que, no decorrer dos anos, o número de indicadores pactuados entre os entes federados e que deveriam ter acompanhamento ano a ano, variaram. Assim, este trabalho consolidou os indicadores que tiveram sua frequência em mais de três anos no período de estudo (2005-2012), totalizando um conjunto de 33 indicadores (2009), como indica a Tabela 11.

Tabela 11 – Relação de indicadores finais estabelecidos no SISPACTO em São Bernardo do Campo entre 2007 e 2012

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Nº total	45	40	47	26	34	33
Nº de retirados	15	9	14	4	11	10
Nº final	30	31	33	22	23	23

Fonte: SISPACTO (2014)

Relacionados os indicadores presentes nas pactuações, via Pacto de Indicadores da Atenção Básica e Pacto pela Saúde, suas avaliações segundo desempenho a partir das metas propostas e, ainda, olhados nos PPAs e LDOS, este trabalho construiu uma matriz que categoriza todos os indicadores (33) segundo conceitos trazidos por Nóbrega (2011)

que foram discutidos no item 4.2.1, que definiu como produtos/resultados a classificação: Recursos, *Outputs*, Eficiência e *Outcomes* (Tabela 12).

Tabela 12 – Relação de indicadores finais estabelecidos do SISPACTO segundo Subfunções orçamentárias e categorias do PB em São Bernardo do Campo entre 2007 e 2012

Subfunções - Função Saúde	Recursos	Outputs	Eficiência	Outcomes
301 - Atenção Básica	4	1	4	0
302 - Assistência Hospitalar e Ambulatorial	0	5	3	1
303 - Suporte Profilático e Terapêutico	0	0	1	1
304 - Vigilância Sanitária	0	0	0	0
305 - Vigilância Epidemiológica	1	0	6	0
306 - Alimentação e Nutrição	0	1	0	0
Outras subfunções	2	0	0	3
Total	7	7	14	5

Fonte: Elaboração própria

Para a melhor compreensão da análise por desempenho, organizou-se uma tipologia dos resultados por meio de cores distintas, apresentadas nos quadros a seguir. Para a meta alcançada utilizamos a cor verde e a cor vermelha utilizamos para as metas não alcançadas

Antes de se iniciar as avaliações segundo categorias do *PB*, destaca-se que no ano de 2006 não houve processo de pactuação e acompanhamento obrigatório para os entes federados, o que inviabiliza a obtenção dos dados com as metas estabelecidas naquele ano. Porém, este trabalho trouxe os dados de 2006 e comparou-os com as metas que foram estabelecidas em 2007, para um olhar mais amplo na temporalidade dos resultados.

Para averiguação do alcance ou não das metas que foram propostas ano a ano, as Tabelas 13, 14, 15 e 16 tiveram suas colunas organizadas em “Meta proposta” (P¹) e Resultado alcançado (A²). Assim, comparou-se cada resultado obtido no ano com sua respectiva meta proposta.

Ao se iniciar a organização das categorias do *PB*, primeiramente, se considera que, em “**Recursos**”, os indicadores demonstraram como os recursos que estavam disponíveis, à política de saúde em implementação, foram utilizados para realizar ações em saúde, porém, que não indicaram, necessariamente, a realização de processos de trabalho, resultados imediatos ou resultados de longo prazo.

Assim, a Tabela 13 demonstra que tanto o primeiro quanto o segundo indicador, não foram acompanhados nos últimos três anos de análise e que não tiveram suas metas atingidas nos anos anteriores.

Tabela 13 – Relação de indicadores estabelecidos para a categoria Recursos do “Orçamento por Desempenho” segundo subfunção em São Bernardo do Campo de 2006 à 2012

		2006	2007	2008		2009		2010		2011		2012		
Subfunção	Indicador	A ²	P ¹	A ²	P ¹	A ²	P ¹	A ²	P ¹	A ²	P ¹	A ²	P ¹	A ²
301 - Atenção Básica	Média anual de consultas medicas por habitante nas especialidades básicas	1,6	1,7	1,66	1,7	0,87	1,7	-	-	-	-	-	-	-
301 - Atenção Básica	Cobertura da primeira consulta odontológica programática	4,8	11	4,1	11,5	6,22	11,5	5,65	-	-	-	-	-	-
301 - Atenção Básica	Proporção da população cadastrada pela estratégia saúde da família	7,43	7,43	6,47	7,43	5,33	7,43	5,7	18	8,95	30	36,8	50	47,77
301 - Atenção Básica	Percentual de famílias com perfil saúde beneficiarias do programa bolsa família acompanhadas pela atenção básica	-	-	-	45,8	42,77	45,8	46,49	47	31,07	48	53,78	58	61,95
305 - Vigilância Epidemiológica	Cobertura vacinal por tetravalente em menores de um ano de idade	95,59	95	97,5	95	99	95	97,5	95	75,94	95	97,01	95	93,7
Outras subfunções	Taxa de cobertura CAPS por 100 mil habitantes	-	-	-	0,26	0	0,26	0,24	-	-	0,92	0,59	1	1,03
Outras subfunções	Índice de contratualização de unidades conveniadas ao sus	100	100	100	100	100	-	-	-	-	-	-	75	75

¹ Meta proposta
² Resultado alcançado
(-) Sem registro

Fonte: Elaboração própria

Observa-se, também, que os outros 5 indicadores foram, na maioria dos anos, acompanhados e das 27 avaliações de cumprimento de metas (relação entre P¹ e A²) 10 não conseguiram alcançar as metas propostas. Os melhores resultados ficaram com o indicador “Cobertura vacinal por tetravalente em menores de um ano de idade”, que apenas em 2010, teve resultado abaixo da meta estabelecida.

Importante destacar que, para o indicador “Proporção da população cadastrada pela estratégia saúde da família” somente após 2009 as metas estabelecidas se tornaram mais “ousadas”, com a proposição de aumento de cobertura e que, ano a ano, realmente foi melhorando. Fato também encontrado para o indicador de “Taxa de cobertura CAPS por 100 mil habitantes” (Tabela 13).

O “índice de contratualização de unidades conveniadas ao SUS” teve 100% de alcance das metas nos anos pesquisados, porém nos anos de 2009, 2010 e 2011, este indicador não esteve presente nas pactuações do município.

Nota-se, também, que a categoria do *PB*, **Resultados**, teve melhor desempenho (alcance de metas dos indicadores) no segundo quadriênio no período analisado (7 bons resultados no 1º quadriênio e 10 no 2º).

Entre 2006 a 2012, o indicador cobertura vacinal por tetravalente em menores de um ano de idade (indicador associado à vigilância epidemiológica) obteve um excelente desempenho, à medida que os resultados alcançados foram superiores às metas propostas. Pode-se inferir que tal situação foi facilitada pelos constantes e crescentes recursos despendidos com a subfunção da vigilância epidemiológica, conforme apresentado nas tabelas 6 e 7 (Tabela 13).

Por fim, uma relação importante é feita considerando as “Despesas liquidadas e inscritas em restos à pagar segundo subfunção” já indicada na Tabela 7 na qual, a partir de 2010, as despesas com a subfunção Atenção Básica são retomadas e têm seus valores em crescimento (R\$ 90 milhões em 2010, R\$ 111 milhões em 2011 e R\$ 141 milhões em 2012, aproximadamente) o que pode ter garantido suficiência de recursos para o cumprimento das metas para os indicadores sobre a “Proporção da população cadastrada pela estratégia saúde da família” e “Percentual de famílias com perfil saúde beneficiárias do programa bolsa família acompanhadas pela atenção básica”, como pôde ser visto na Tabela 13.

Quando iniciada a organização dos indicadores na categoria “*Outputs*”, considerou-se que os indicadores relacionados deviam demonstrar alguns resultados imediatos, e que, o município, possivelmente, as alcançou, mediante ações em saúde realizadas, porém, não necessariamente indicaram real impacto em melhores condições de vida da população. Importante citar que estes indicadores teriam e tem grande relevância de uso nas LDOs, uma vez que essas representam e devem conter as avaliações das metas ano a ano, diferentemente dos PPAs que olham os resultados a cada quadriênio.

De forma geral, de acordo com a Tabela 14, das 40 avaliações realizadas para os 7 indicadores relacionados dentro dos anos em estudo, 15 não tiveram resultados que superaram as metas. O indicador de “Taxa de cura de casos novos de tuberculose bacilífera” foi o que apresentou os piores resultados durante os anos (superou a meta apenas em 2006).

Tabela 14 – Relação de indicadores estabelecidos para a categoria *Outputs* do “Orçamento por Desempenho” segundo subfunção em São Bernardo do Campo de 2006 à 2012

		2006	2007		2008		2009		2010		2011		2012	
Subfunção	Indicador	A ²	P ¹	A ²	P ¹	A ²	P ¹	A ²	P ¹	A ²	P ¹	A ²	P ¹	A ²
301 - Atenção Básica	Taxa de internação por diabetes mellitus e suas complicações na população de 30 anos e mais	1,52	1,3	11,4	9,7	4,08	9,7	5,4	3,6	1,51	3	2,16	-	-
302 - Assistência Hospitalar e Ambulatorial	Taxa de internações por acidente vascular cerebral (AVC)	21,5	21,5	20,7	20,7	19,7	20,7	20,1	7,2	4,79	7	6,79	-	-
302 - Assistência Hospitalar e Ambulatorial	Taxa de cura de hanseníase nos anos das coortes	86,1	80	100	90	85	90	91,3	90	79,3	90	100	89	95
302 - Assistência Hospitalar e Ambulatorial	Taxa de cura de casos novos de tuberculose bacilífera	87,6	85	81,8	85	81,8	85	75,7	85	19,8	85	83	85	42,6
302 - Assistência Hospitalar e Ambulatorial	Proporção de partos cesáreos	57,8	46,2	36,1	38,4	33,8	38,4	35,2	-	-	-	-	43	37,1
302 - Assistência Hospitalar e Ambulatorial	Taxa de internação hospitalar de pessoas idosas por fratura de fêmur	-	-	-	13,7	12,1	13,7	14,4	14,1	12	13,9	14,4	14	14
306 - Alimentação e Nutrição	Percentual de crianças menores de cinco anos com baixo peso para idade	-	-	-	3	3,5	3	2,63	2,6	1,75	3	2,5	-	-

¹ Meta proposta
² Resultado alcançado
(-) Sem registro

Fonte: Elaboração própria

As taxas de internação por diabetes mellitus e por AVC tiveram resultados que superaram as metas de 2008 a 2011, casos parecidos com o de “Percentual de crianças menores de cinco com baixo peso para a idade”.

Destaca-se aqui o indicador “Proporção de partos cesáreos”, pois, este representa uma mudança real em toda uma rede de cuidado em saúde que se inicia de orientação e indicação ao parto normal, desde uma visita domiciliar realizada por uma equipe de saúde até a organização e o trabalho com uma educação em saúde que leve as equipes dos hospitais a realizarem mais partos normais ao invés dos cesáreos. Trata-se de um indicador que representa uma mudança em toda uma forma de cuidado em diferentes pontos da rede de serviços de saúde.

Têm-se, então, para a categoria *Outputs* alcance de metas em 9 avaliações realizadas no 1º quadriênio ficando abaixo das 16 alcançadas pela gestão no 2º quadriênio.

Quando relacionada com as “Despesas liquidadas e inscritas em restos à pagar segundo subfunção”, já indicada na Tabela 7 na qual , a partir de 2010, as despesas com a subfunção Assistência Hospitalar e Ambulatorial são retomadas e têm seus valores em crescimento (R\$ 451 milhões em 2010, R\$ 506 milhões em 2011 e R\$ 557 milhões em 2012, aproximadamente) o que pode ter garantido suficiência de recursos para o cumprimento das metas para os indicadores sobre “Taxa de internações por acidente vascular cerebral (AVC)”, “Taxa de cura de hanseníase nos anos das coortes”, “Proporção de partos cesáreos” e “Taxa de internação hospitalar de pessoas idosas por fratura de fêmur” como pôde ser visto na Tabela 14.

Para a categoria “**Eficiência**”, procurou-se associar o conceito de Nóbrega (2011), que indica a necessidade de se avaliar a eficiência “não como um conceito absoluto, devendo relacionar-se ao programa que está sendo avaliado”, com o conceito de eficiência elaborada pelo TCU enquanto “dimensão que se refere ao esforço do processo de transformação de insumos em produtos” (Brasil, 2000b). Assim, para além da visão clássica econômica que, muitas vezes, atribui à eficiência a noção de custo-benefício (melhor resultado com o menor recurso empregado), trabalhou-se com a definição de eficiência que se refere à garantia de realização do processo de trabalho/cuidado que, não necessariamente, acarretou resultados imediatos ou a longo prazo.

Quando analisada a Tabela 15 identifica-se que os 3 primeiros indicadores tiveram, nos primeiros anos, resultados aquém das metas propostas, com melhora no desempenho a partir de 2011.

Tabela 15 – Relação de indicadores estabelecidos para a categoria Eficiência do “Orçamento por Desempenho” segundo subfunção em São Bernardo do Campo de 2006 à 2012

Subfunção	Indicador	2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012	
		A ²	P ¹	A ²	P ¹	A ²	P ¹	A ²	P ¹	A ²	P ¹	A ²	P ¹	A ²	P ¹
301 - Atenção Básica	Razão entre exames preventivos do câncer do colo do útero em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária	0,14	0,2	0,11	0,2	0,06	0,2	0,1	0,15	0,04	0,18	0,18	0,4	0,5	
301 - Atenção Básica	Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal	80,4	80	77,8	75	80,5	75	81	80,5	-	80,8	81,3	80	80,4	
301 - Atenção Básica	Média anual da ação coletiva escovação dental supervisionada	-	3,5	1,3	3,5	1,49	3,5	0,52	-	-	3,11	3,17	3,2	2,09	
301 - Atenção Básica	Média mensal de visitas domiciliares por família	-	0	0,78	1	0,77	1	0,66	-	-	-	-	-	-	
302 - Assistência Hospitalar e Ambulatorial	Taxa de notificação de casos de paralisia flácida aguda - PFA em menores de 15 anos	1,44	1	0	2	2	2	0	-	-	-	-	-	-	
302 - Assistência Hospitalar e Ambulatorial	Percentual de seguimento/tratamento informado de mulheres com diagnóstico de lesões intraepiteliais de alto grau do colo do útero	-	-	-	100	3,69	100	88,6	80	59,8	85	87,7	86	82,1	
302 - Assistência Hospitalar e Ambulatorial	Razão entre mamografias realizadas nas mulheres de 50 a 69 anos e a população feminina nesta faixa etária, em determinado local e ano.	-	-	-	-	-	-	-	0,18	0,15	0,2	0,21	0,4	0,42	
303 - Suporte Profilático e Terapêutico	Proporção de casos de hepatites b e c confirmados por sorologia	-	-	-	95	85	95	97	95	95,5	95	98,8	-	-	
305 - Vigilância Epidemiológica	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados	93,9	75	94	75	77,2	75	75	80	-	90	96,8	95	80	
305 - Vigilância Epidemiológica	Proporção de doenças exantemáticas investigados oportunamente	100	80	96,4	80	88,5	80	93,9	-	-	-	-	-	-	
305 - Vigilância Epidemiológica	Proporção de óbitos não fetais informados ao sim com causa básica definida	99,3	95	99,6	95	99,1	95	99	95	-	95	99,2	95	81	
305 - Vigilância Epidemiológica	Números de casos de sífilis congênita notificados	10	18	4	3	-	-	-	7	10	11	19	28	21	
305 - Vigilância Epidemiológica	Proporção de investigação de óbitos infantis	-	-	-	30	53,3	30	65,9	-	-	-	-	95	87	
305 - Vigilância Epidemiológica	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória (DNC) encerrados oportunamente após notificação	-	-	-	80	91,2	80	89	80	90,3	88	95,9	90	97,9	

¹ Meta proposta
² Resultado alcançado
 (-) Sem registro

Fonte: Elaboração própria

O indicador “Média mensal de visitas domiciliares por família” e “taxa de notificação de casos de PFA em menores de 15 anos”, não foram considerados nas pactuações após 2009, tendo o primeiro indicador apenas uma vez a meta cumprida (2007) e o segundo com metas alcançadas em todos os anos.

Quando analisado o indicador “Percentual de seguimento/tratamento informado de mulheres com diagnóstico de lesões intraepiteliais de alto grau do colo do útero”

notou-se que apenas em 2011 a meta proposta foi alcançada, tendo quatro anos com resultados abaixo do esperado.

Já para a “Razão entre mamografias realizadas nas mulheres de 50 a 69 anos e a população feminina nesta faixa etária, em determinado local e ano”, foi possível observar o uso do indicador a partir de 2010, não obtendo um bom resultado neste ano, porém, alcançando as metas nos dois anos seguintes (2011 e 2012).

A “Proporção de casos de hepatites B e C confirmados por sorologia” teve alcance de metas a partir do ano de 2009, porém, não foi considerado como indicador para avaliação em 2012 (Tabela 15).

O indicador “Proporção de doenças exantemáticas investigados oportunamente” teve bons resultados nos anos em que foi utilizado (alcance das metas propostas), porém, a partir de 2010 não foi mais utilizado.

Para os indicadores “Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados”, “Proporção de óbitos não fetais informados ao sim com causa básica definida”, “Números de casos de sífilis congênita notificados” e “Proporção de investigação de óbitos infantis”, houve uso em quase todos os anos de análise, porém, em 2011 e 2012, obteve-se resultados aquém das metas propostas (Tabela 15).

Por fim, observa-se que o indicador “Proporção de casos de doenças de notificação compulsória (DNC) encerrados oportunamente após notificação” foi utilizado em praticamente todos os anos e teve bons resultados em todos esses.

Ao se considerar o quadro total para a categoria **Eficiência** nota-se que o 1º quadriênio obteve maior número de metas alcançadas, 18, ao passo que o 2º quadriênio teve 15.

Uma relação importante, ainda considerando a categoria Eficiência, é feita considerando as “Despesas liquidadas e inscritas em restos à pagar segundo subfunção” já indicada na Tabela 7 onde, a partir de 2010, as despesas com a subfunção Atenção Básica são retomadas e tem seus valores em crescimento (R\$ 90 milhões em 2010, R\$ 111 milhões em 2011 e R\$ 141 milhões em 2012, aproximadamente) que pode ter garantido suficiência de recursos para o cumprimento das metas para os indicadores “Razão entre exames preventivos do câncer do colo do útero em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária”, “Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal” e “Média anual da ação coletiva escovação dental supervisionada”, como pôde ser visto na Tabela 15.

Por fim, para a categoria “**Outcomes**”, organizou-se indicadores que representam um passo adiante na avaliação dos programas de governo, sendo possível a análise de resultados a médio e longo prazo, isto é, mais efetivos junto à população, avaliando se os programas estão tendo uma função transformadora na sociedade.

São os PPAs os melhores espaços para que tais indicadores sejam destacados, acompanhados e avaliados, pois demonstraram e demonstram, dentro de um maior espaço de tempo, se as políticas e ações em saúde geraram melhores condições de vida para a população.

Assim, a Tabela 16 demonstra, positivamente, como o indicador “Taxa de letalidade por febre hemorrágica de dengue”, foi mantido como indicador a partir de 2008 e teve bons resultados em todos os anos de uso.

Tabela 16 – Relação de indicadores estabelecidos para a categoria Outcomes do “Orçamento por Desempenho” segundo subfunção de São Bernardo do Campo de 2006 à 2012

		2006	2007		2008		2009		2010		2011		2012	
Subfunção	Indicador	A ²	P ¹	A ²	P ¹	A ²	P ¹	A ²	P ¹	A ²	P ¹	A ²	P ¹	A ²
302 - Assistência Hospitalar e Ambulatorial	Taxa de letalidade por febre hemorrágica de dengue	-	-	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
303 - Suporte Profilático e Terapêutico	Taxa de mortalidade por aids	5,58	6	0	3,1	0	3,1	0	1	0	1,2	3,67	3,3	2
Outras subfunções	Coefficiente de mortalidade infantil	12,5	12,5	12,5	-	-	-	-	-	-	12	10	9,9	9,4
Outras subfunções	Coefficiente de mortalidade neonatal	7,64	7,25	8,08	7,7	7,8	7,7	6,9	-	-	7,45	6,29	-	-
Outras subfunções	Coefficiente de mortalidade neonatal tardia	2,64	2	5,04	4,7	4,2	4,7	6	-	-	4,54	3,74	-	-

¹ Meta proposta
² Resultado alcançado
 (-) Sem registro

Fonte: Elaboração própria

Para o indicador “Taxa de mortalidade por AIDS”, notou-se o cumprimento das metas em quase todos os anos de uso, com exceção de 2011. Importante notar que a partir de 2010 as metas propostas foram mais “ousadas” (reduzidas), porém, voltou ao patamar de 3,0 em 2012 como nos anos que antecederam 2010.

Os três últimos indicadores guardam uma relação entre si por se tratarem de diferentes focos sobre a mortalidade infantil: o primeiro tendo um olhar mais geral (menores de um ano de idade), o segundo específico para os bebês neonatos (bebês de 0

a 28 dias de vida completos) e o último para os neonatos tardios (bebês de 7 a 27 dias de vida completos) (Tabela 16).

O “Coeficiente de mortalidade infantil” compõe o IDH na sua dimensão longevidade (IDH-L) e é um dos principais coeficientes que as gestões públicas em saúde têm perseguido e se esforçado para alcance de melhores resultados. No caso desse município, os dois primeiros anos apresentaram resultados abaixo da meta, com melhora do quadro a partir de 2011 e 2012, superando a meta que também foi mais “ousada” (reduzida) nesse último ano.

Os “Coeficientes de mortalidade neonatal e neonatal tardia” tiveram, na maioria dos quatro primeiros anos, um desempenho ruim, melhorando seus resultados no ano de 2011 para ambos.

A análise geral da Tabela 16 demonstra, de forma unânime, que, no 1º quadriênio obteve-se 5 resultados positivos (metas alcançadas) ao passo que no 2º quadriênio houveram 12.

Por fim, uma relação importante é feita considerando as “Despesas liquidadas e inscritas em restos à pagar segundo subfunção” já indicada na Tabela 7 onde, a partir de 2010, as despesas com as “Outras subfunções” são claramente aumentadas (médias de R\$ 7.281.295,49 no 1º quadriênio e R\$ 41.371.293,68 no 2º quadriênio) o que pode ter garantido suficiência de recursos para o cumprimento das metas para os indicadores sobre “Coeficiente de mortalidade infantil”, “Coeficiente de mortalidade neonatal” e “Coeficiente de mortalidade neonatal tardia”, como pôde ser visto na Tabela 16.

Como este trabalho tem um foco essencial sobre o desempenho das políticas públicas em saúde e sua relação com os instrumentos orçamentários, elaborou-se a Tabela 17, que demonstra um quadro geral da quantidade de metas alcançadas em cada um dos quadriênios em que os indicadores foram utilizados e, possivelmente, acompanhados. Importante destacar que o ano de 2005 não é considerado nessa análise pois, para esse ano, o município de São Bernardo do Campo não disponibilizou o rol de indicadores via Pacto de Indicadores da Atenção Básica que poderia estar presente no *site* do SIOPS.

Nota-se então o predomínio de melhores resultados no 2º quadriênio para as categorias Recursos, *Outputs* e *Outcomes*, ficando abaixo do 1º quadriênio apenas na categoria Eficiência. Na média, o primeiro período teve 50% de sucesso no alcance de metas propostas, ao passo que no segundo período 63% das metas propostas foram cumpridas.

Pode-se inferir que o grupo gestor presente no primeiro quadriênio do período analisado, teve uma preocupação com a garantia de bons resultados, focando-se mais nos processos de trabalho/cuidado que eram realizados, não necessariamente focando-se nos resultados que pudessem alcançar (*Outputs e Outcomes*) (Tabela 17).

Já o segundo grupo gestor, além de maior êxito no alcance das metas propostas, esteve focado, muito provavelmente, em alcançar resultados com as políticas de saúde que estavam implantando e/ou desenvolvendo.

Tabela 17 – Quadro geral das metas alcançadas segundo categoria do PB e quadriênio (1º e 2º) em São Bernardo do Campo de 2006 à 2012

	Recursos		Outputs		Eficiência		Outcomes	
	1º	2º	1º	2º	1º	2º	1º	2º
Quadriênio								
Avaliações (a)	17	17	17	23	28	38	12	14
Metas cumpridas (b)	7	10	9	16	18	15	5	12
Relação Percentual (b/a)	41%	59%	53%	70%	64%	39%	42%	86%

Fonte: Elaboração própria

Importante considerar que, como já indicado no subitem “Indicadores” do item 6.3.1 (Os instrumentos orçamentários e suas metas), apenas o PPA 2010-2013 apresentou um rol de indicadores (12) para mensurar as ações presentes no instrumento orçamentário em questão. Desses doze indicadores, seis deles tiveram relação com indicadores pactuados e acompanhados ano a ano, principalmente no segundo quadriênio, quais sejam:

- Cobertura de vacinação de hepatite B de 14 a 18 anos;
- Cobertura PACS;
- Média anual de consultas por habitante em especialidades básicas;
- Tratamento de casos de Hepatite C notificados;
- Taxa de internação hosp. por AVC em pacientes com idade acima de 40 anos;
- Taxa de internação hosp. por Diabetes Mellitus e suas complicações em paciente com idade acima de 30 anos.

Identifica-se, mais uma vez, a importância dada aos indicadores no processo de organização do PPA e sua relação com o alcance de metas propostas pelo grupo gestor que esteve à frente da Secretaria de Saúde de São Bernardo do Campo no período de 2009 à 2012.

De forma geral esse capítulo, a partir de suas três partes, indicou uma metodologia de avaliação de desempenho dos orçamentos do município de São Bernardo do Campo,

através da organização dos indicadores pactuados pelos gestores e organizados segundo categorias do “orçamento por desempenho”.

Para além da avaliação de âmbito municipal, este trabalho apresentou como pano de fundo toda a estrutura formal e legal do que se produziu e produz dentro do campo da organização dos processos orçamentários e das pactuações no campo da Saúde Pública, que tem evidenciado um caminho para o desempenho dos gestores municipais, estaduais e federais.

Vincular estas avaliações de desempenho via indicadores e suas metas físicas junto aos processos de monitoramento das metas fiscais presentes nos orçamentos é o grande desafio da metodologia proposta.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho foi fruto de uma incessante e inquietante indagação sobre como é possível manter a relação entre planejamento, orçamento e gasto em saúde, vinculando-os aos reais desempenhos que a política de saúde pode gerar sobre a melhoria da saúde da população.

Surgiu, então, a necessidade da proposição de um instrumento que acompanhasse todo o ciclo das funções integradas da Gestão Pública, trazendo respostas rápidas para as ações dos gestores num processo de constante reprogramar-reavaliar.

As funções de planejamento, orçamento e sua execução, acompanhamento (via auditorias), controle público e avaliação; foram investigadas e relacionadas no contexto de ser um ciclo que tem como ponto de destaque a ferramenta “Orçamento por Desempenho”.

A análise sobre o planejamento nas políticas públicas indicou a importância da visão estratégica quando pensadas as ações que desencadearão um processo de desenvolvimento que vá além do curto prazo e planeje o médio e o longo prazo, com vistas à efetividade das políticas públicas. Essa perspectiva se relaciona diretamente com a forma que se estrutura o PPA (o pensar programas e ações para 4 anos), e com a categoria do “Orçamento por Desempenho” (PB) “*Outcomes*”, que traz indicadores vinculados à ideia da efetividade.

Com o aprofundamento da investigação dos instrumentos orçamentários (PPAs, LDOs e LOAs), nas suas diferentes tipologias (tradicional, incremental, base zero e anticíclico), foi possível perceber que houve uma evolução histórica do uso e da organização daqueles instrumentos, num sentido de considerar o desempenho/resultado como ponto fundamental, surgindo então o ainda vigente, orçamento-programático.

Nessa lógica, o “Orçamento por desempenho”, já praticado, minimamente, em vários países que compõem a OECD, seria um passo adiante na qualificação do orçamento-programa, uma vez que os indicadores estruturados segundo categorias (Recursos, *Outputs*, Eficiência, *Outcomes*) ajudam e necessitam que os instrumentos orçamentários estejam bem organizados e propostos.

É de suma importância indicar que não há, de fato, uma metodologia específica de análise sobre o que se entende por “Desempenho” para as políticas públicas de saúde e, ao mesmo tempo, para os instrumentos orçamentários.

O conceito de desempenho, nas suas mais variadas formas¹¹ identificadas nessa dissertação, levou à organização de vários tipos de indicadores numa matriz que pudesse responder se as políticas públicas de saúde existentes em São Bernardo do Campo geraram, de fato, melhora nas condições de vida da população.

Quando este trabalho se aprofundou na etapa de monitoramento das ações em saúde realizadas pelos gestores públicos, identificou-se que as auditorias (operacionais e analíticas) já fazem parte do cotidiano das vários entes federados. O Ministério da Saúde via Sistema Nacional de Auditoria (SNA), e os Tribunais de Contas têm tido papel fundamental no acompanhamento da execução das políticas públicas em saúde no Brasil.

Porém, o processo de gestão pública não se ateve apenas ao monitoramento do desempenho segundo a realização de auditorias, e sim, avançou e se desenvolveu através dos espaços de controle e participação social como Conselhos e Conferências de Saúde, Audiências Públicas e todas as formas de relação do executivo com o Poder Legislativo. Cabe ressaltar que todos os instrumentos orçamentários, o Estatuto das Cidades, a Lei de Responsabilidade Fiscal e a Lei Complementar 141 (BRASIL, 2012a), já apontam para esta obrigatoriedade de fluxos e espaços para elaboração mais participativa de políticas públicas.

Por fim, o estudo da última etapa do ciclo da gestão pública (a avaliação), indicou o papel fundamental do processo avaliativo das políticas públicas de saúde, desde seu desenvolvimento conceitual e prático por vários autores de diversos países, passando pela descrição e forma de uso pela OECD, até a estruturação legal e formal nos Relatórios Anuais de Gestão (RAG), obrigatórios a todos os entes federados e que são o ponto de reinício da organização e proposição das políticas públicas de saúde (reprogramar-reavaliar).

Na sequência do desenvolvimento deste trabalho, analisaram-se as características estruturais e legais do processo de orçamentação do SUS que evidenciaram uma mudança na organização de todo o sistema desde sua descentralização e “municipalização” das funções e responsabilidades para os gestores locais, até a crescente estruturação de documentos que, mais recentemente, via COAP, obrigam os gestores a contratualizar

¹¹ Tais formas de se analisar o desempenho podem ser o de eficiência, eficiência econômica, eficácia, efetividade e impacto social, que foram baseadas nas contribuições do Tribunal de Contas da União, Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico, Ministério da Saúde e instrumentos orçamentários (PPA, LDO e LOA).

indicadores e metas em suas Regiões de Saúde, assumindo legalmente seus compromissos com a gestão pública.

De fato, durante os anos de 1990 e 2000, com as publicações das Normas Operacionais Básicas (NOBs) e Operacionais de Assistência à Saúde (NOASs), os municípios tiveram suas responsabilidades ampliadas, no sentido de garantir à população, acesso aos serviços de saúde, e, também, a definição de como seria seu financiamento por parte da União (início da conformação dos blocos de financiamento).

Cabe então considerar que toda esta estrutura de financiamento ocorreu na lógica de manter os municípios produzindo, segundo as diretrizes e políticas do governo federal, como apontamos com Mendes (2005) no item 5.1.

Não obstante, em 2007, publica-se as portarias sobre os repasses de recursos segundo bloco (BRASIL, 2007a; BRASIL, 2007b) e, mais recentemente, a publicação de diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2010), que mantém a lógica de custeio das ações em saúde realizadas pelos municípios segundo diretrizes federais. Este “controle” sobre o desenvolvimento das políticas de saúde pelos municípios fragiliza sua autonomia em responder às demandas locais e produzir uma saúde mais contextualizada.

Quando retomado o planejamento das políticas públicas em saúde, no Brasil, este processo se formalizou com o PlanejaSUS, Sistema de Planejamento do SUS em 2006, estruturando as etapas e fluxos que os gestores públicos deveriam realizar. Publica-se então, o início do Pacto pela Saúde que agrega ao processo de planejamento os Planos Diretores de Regionalização (PDRs), de Investimentos (PDIs) e a PPI (Programa Pactuada e Integrada).

Todo este arcabouço acaba se consolidando no Decreto 7.508 (BRASIL, 2011a) e na Lei Complementar 141 (BRASIL, 2012a), que indicaram como o processo de planejamento da saúde deveria compor o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP).

Assim, no processo histórico de construção da uma política pública de saúde, viu-se claramente um movimento de normalização e estruturação, cada vez mais detalhada, que visasse à busca pelo desempenho das ações em saúde. Porém, esta estruturação legal vem, ano a ano, exigindo um maior esforço dos gestores municipais em organizar seus serviços de saúde numa lógica regionalizada e, ainda, compromissados formalmente com as metas propostas no COAP.

Conceituadas e discutidas as funções integradas da Gestão Pública e as características estruturais e legais do processo de orçamentação do SUS, iniciou-se a organização da metodologia de avaliação de desempenho dos orçamentos do município de São Bernardo do Campo.

Primeiramente, pela descrição das características estruturais e econômicas do município de São Bernardo do Campo, constatou-se sua importante representação histórica e contemporânea no processo de desenvolvimento econômico da região do Grande ABC.

O município é o que apresenta o maior PIB da região e o segundo maior PIB per capita, ficando entre os maiores IDHs do Grande ABC. Pôde-se constatar que a Saúde ganhou força a partir de 2009, quando observado o crescimento da relação percentual entre despesas em saúde com recursos municipais e receitas disponíveis (Gráfico 8), mesmo quando esta última, sofreu queda.

Destacou-se o aumento das transferências federais como um esforço da gestão municipal em implantar o SUS no município, assegurado pelo governo federal. Este êxito da gestão pôde, ainda, ser observado com o crescimento da rede de serviços de saúde que, em 2005, possuía 48 estabelecimentos chegando a 90 em 2012 (Tabela 4), além da expansão expressiva do número de equipes de saúde a partir de 2009 (Gráfico 10).

Apresentadas as condições em que se encontrava o município de São Bernardo do Campo e sua rede de saúde pública, iniciou-se a análise dos instrumentos orçamentários produzidos entre 2005 e 2012.

No caso dos PPAs, o que se identificou foi que, no caso da Saúde, apenas a partir de 2009 foi publicado um PPA com programas, ações, indicadores e metas bem formuladas em relação às necessidades de saúde, com desafios importantes no âmbito dos resultados esperados (metas com valores crescentes e de difícil alcance). Importante considerar que o PPA, por si só, já deveria ter sua estruturação bem elaborada, contando com indicadores e metas que estivessem avaliando melhores condições e resultados a cada ano.

Quando da análise das LDOs, o que se constatou foi que essas não apresentaram o que é mais importante para um “Orçamento por Desempenho: a avaliação de resultados dos programas. Em nenhuma LDO observou-se avaliações sobre os possíveis êxitos alcançados nos anos anteriores segundo programas, ações e suas metas propostas.

O que pôde ser constatado foi uma extensa quantidade de ações que, quase na totalidade, não pretendiam analisar os resultados a curto, médio ou longo prazo, focando

em processos de trabalho como “Equipar, Construir, Contratar, Desapropriar, Reformar, Adquirir, Capacitar, etc.”.

Mais uma vez, observou-se que a partir de 2009, com a elaboração das LDOs de 2010, 2011 e 2012, foram utilizados alguns indicadores que demonstraram resultados e que, de certa forma, estavam próximos aos utilizados nas pactuações da saúde.

No caso da análise das LOAs, encontrou-se uma condição crítica de suas estruturas. Essas não apresentaram qualquer tipo de indicador ou meta física, focando-se apenas, e também sem avaliação posterior, em metas fiscais/financeiras. Dito de outra forma, as LOAs ficaram restritas às exigências legais da Lei Federal nº 4.320/64, no tocante ao cumprimento de normais financeiras-administrativas.

A partir dessas considerações, fica evidente que o “Orçamento por Desempenho” é a ferramenta que avança para além do orçamento-programa vigente no Brasil. Para tanto, elaborar e qualificar os instrumentos orçamentários (PPA, LDOs e LOAs) é tarefa inicial para a análise sobre o desempenho dos gastos públicos.

Ao se avançar no estudo realizado, objetivando uma avaliação de como foram os processos de gestão da saúde pública no município de São Bernardo do Campo, identificou-se uma mudança, para melhor, a partir do início da gestão do segundo grupo gestor (2009-2012) que desencadeou uma real organização do sistema de saúde municipal.

Constatou-se que este segundo grupo gestor, assegurou o maior número de cumprimentos de metas pactuadas para as ações (estabelecidas no processo orçamentário), garantindo a expansão das equipes e rede de serviços de saúde pública.

Quando, então, consolidadas as tabelas (13, 14, 15 e 16) de avaliação segundo as categorias do “Orçamento por Desempenho” - PB (Recursos, *Outputs*, Eficiência e *Outcomes*), incluindo 33 indicadores selecionados pelos processos de pactuação do SUS, no período de 2006 a 2012, permitiu-se a efetivação de uma avaliação de desempenho.

Para além de uma nova e simples reclassificação dos indicadores, o esforço se deu em conciliar as subfunções orçamentárias e, com certa dificuldade, os valores orçamentário-financeiros despendidos ao longo dos anos.

É fundamental apontar que os gestores públicos devem se preocupar, fundamentalmente, com a melhor elaboração dos instrumentos orçamentários para possibilitar o uso da ferramenta “Orçamento por Desempenho”. Como evidenciado, o segundo grupo gestor da saúde em São Bernardo do Campo, aumentou a possibilidade do

uso do PB em seu processo de orçamentação, porém, não o estruturou de forma completa (como proposto neste trabalho).

Assim, um novo desafio se apresenta quando se considera que os programas organizados nos PPAs, suas LDOs e LOAs tenham seus recursos realocados/reorganizados, a partir dos desempenhos alcançados por cada ação proposta. Esse é o ponto fundamental de um novo método que envolve a responsabilização dos gestores sobre as políticas de saúde que devem ser acompanhadas a partir de seus desempenhos.

Lembrar que os municípios ainda vivem um processo de sub-financiamento por parte da União, como mencionado na Introdução deste trabalho, e que, possivelmente, o cenário que se desenrolará até 2018 mantenha esta situação (PEC 358/2013) (BRASIL, 2013e), torna urgente o desenvolvimento e uso de ferramentas como o “Orçamento por desempenho”, que ajudem os gestores a utilizar melhor os poucos recursos financeiros que dispõem, maximizando e fortalecendo seus programas, ações, indicadores e metas pactuadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS¹²

ALA-HARJA, Marjukka; HELGASON, Sigurdur. Em direção às melhores práticas de avaliação. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 51, n. 4, p. 5-59, out./dez. 2000.

ARRETCHE, Marta. Dossiê agenda de pesquisa em políticas públicas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 18, n. 51, p. 7-9, fev. 2003.

ASSONI FILHO, Sérgio. Democracia e controle social do orçamento público. In: **Juris Síntese**, n. 55, set./out. 2005.

BALEEIRO, Aliomar. **Uma Introdução à Ciência das Finanças**. 15ª ed. revista e atualizada por Dejalma de Campos, Rio de Janeiro: Forense, 1997.

BARROS, M. E. D. A política de saúde pós-IX CNS. In: **Seminário “A saúde que queremos”**, 1992, Aracaju. CONASEMS. 1992.

_____. et al. **Política de saúde no Brasil: diagnóstico e perspectivas**. Brasília, DF: IPEA, 1996. (Texto para discussão, n. 401).

BARZELAY, M. Instituições centrais de auditoria e auditoria de desempenho: uma análise comparativa das estratégias organizacionais na OECD. **O CONTROLE EXTERNO E A NOVA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA: UMA VISÃO COMPARATIVA** (Seminário realizado em Brasília em 15 de julho de 2002), p. 25 – 75, - Brasília - 2002.

BONACIM C. A. G., ARAUJO A. M. P. **Avaliação de desempenho econômico-financeiro dos serviços de saúde** – *Ciência Saúde Coletiva*, 16 (Supl. 1):1055-1068, 2011.

BOTH, V. et al. **Direito à Saúde com Controle Social**. Passo Fundo: CEAP, 2003.

BUARQUE, S. C. **Metodologia de Planejamento do Desenvolvimento Sustentável**. IICA, Recife, 1995.

¹² De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Decreto-lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967. Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 fev. 1967. Seção 1. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 15/11/2013.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 set. 1990. Seção 1. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 10/11/2012.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990b. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 dez. 1990. Seção 1. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 10/11/2012.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 jul. 1993. Seção 1. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 10/11/2012.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995. Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 set. 1995. Seção 1. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 15/01/2013.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 05 nov. 1996. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/LEG_NORMA_PESQ_CONSULTA.CFM> Acesso em: 22/02/2013.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de Auditoria do Sistema Nacional de Auditoria**. 2ª ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Ministério do Orçamento e Gestão. Portaria nº 42, de 14 de abril de 1999. Atualiza a discriminação da despesa por funções de que tratam o inciso I, do § 1º, do art. 2º, e § 2º, do art. 8º, ambos da Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964; estabelece conceitos de função, subfunção, programa, projeto, atividade, operações especiais e dá outras

providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 14 abr. 1999. Seção 1. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 15/01/2013.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Lei complementar nº 101, de 4 de maio de 2000a. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 04 mai. 2000. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 22/02/2013.

_____. Tribunal de Contas da União. **Técnicas de Auditoria: Indicadores de Desempenho e Mapa de Produtos** - Brasília: TCU, Coordenadoria de Fiscalização e Controle, 2000b.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000c. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 set. 2000. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 22/02/2013.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001a. Norma Operacional da Assistência à Saúde / SUS - NOAS-SUS 01/2001. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 jan. 2001. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/LEG_NORMA_PESQ_CONSULTA.CFM> Acesso em: 22/02/2013.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 10.257, de 10 de julho de 2001b. Regulamenta os arts. 182 e 183 da Constituição Federal, estabelece diretrizes gerais da política urbana e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 jul. 2001. Seção 1. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 10/02/2013.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002a. Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/02. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 fev. 2002. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/LEG_NORMA_PESQ_CONSULTA.CFM> Acesso em: 22/02/2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. **Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso**: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à

Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. – 2. ed. revista e atualizada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 21, de 05 de janeiro de 2005. Aprova a Relação dos Indicadores da Atenção Básica - 2005 a serem pactuados entre municípios, estados e Ministério da Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 05 jan. 2005. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/LEG_NORMA_PESQ_CONSULTA.CFM> Acesso em: 12/12/2013.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006a. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 fev. 2006. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/LEG_NORMA_PESQ_CONSULTA.CFM> Acesso em: 22/02/2013.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº. 699, de 30 de março de 2006b. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 mar. 2006. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/LEG_NORMA_PESQ_CONSULTA.CFM> Acesso em: 20/01/2013.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.085, de 01 de dezembro de 2006c. Regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 01 dez. 2006. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/LEG_NORMA_PESQ_CONSULTA.CFM> Acesso em: 30/05/2013.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.332, de 28 de dezembro de 2006d. Aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 dez. 2006. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/LEG_NORMA_PESQ_CONSULTA.CFM> Acesso em: 30/05/2013.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007a. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 jan. 2007. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/LEG_NORMA_PESQ_CONSULTA.CFM> Acesso em: 28/04/2013.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.497 de 22 de junho de 2007b. Estabelece orientações para a operacionalização do repasse dos recursos federais que compõem os blocos de financiamento a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, fundo a fundo, em conta única e especificada por bloco de financiamento. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 jan. 2007. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/LEG_NORMA_PESQ_CONSULTA.CFM> Acesso em: 28/04/2013.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 749, de 15 de abril de 2009a. Dispõe sobre a expansão do Programa Farmácia Popular do Brasil - Aqui Tem Farmácia Popular. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 abr. 2009. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/LEG_NORMA_PESQ_CONSULTA.CFM> Acesso em: 28/04/2014.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 837, de 23 de abril de 2009b. Altera e acrescenta dispositivos à Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, para inserir o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de financiamento relativos à transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 abr. 2009. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/LEG_NORMA_PESQ_CONSULTA.CFM> Acesso em: 28/04/2013.

_____. Ministério da Saúde. **Processos e práticas do monitoramento e avaliação da gestão do SUS: Contribuições e Reflexões dos Encontros Temáticos**. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa - SGEp. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. Cooperação Técnica GT de Avaliação da ABRASCO. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2010.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 dez. 2010. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/LEG_NORMA_PESQ_CONSULTA.CFM> Acesso em: 28/04/2014.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011a. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 jun. 2011. Seção 1. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 15/01/2013.

_____. Tribunal de Contas da União. **Boletim do Tribunal de Contas da União**. Normas de Auditoria do Tribunal de Contas da União (TCU) – revisão junho 2011. Brasília, 5 de julho de 2011b - Ano XLIV - Nº 12.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012a. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 jan. 2012. Seção 1. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 03/04/2013.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Resolução nº 4, de 19 de julho de 2012b da Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Dispõe sobre a pactuação tripartite acerca das regras relativas às responsabilidades sanitárias no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para fins de transição entre os processos operacionais do Pacto pela Saúde e a sistemática do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 abr. 2009. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/LEG_NORMA_PESQ_CONSULTA.CFM> Acesso em: 28/04/2013.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.580, de 19 de julho de 2012c. Afasta a exigência de adesão ao Pacto pela Saúde ou assinatura do Termo de Compromisso de Gestão, de que trata a Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, para fins de repasse de recursos financeiros pelo Ministério da Saúde a Estados, Distrito Federal e Municípios e revoga Portarias. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 abr. 2009. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/LEG_NORMA_PESQ_CONSULTA.CFM> Acesso em: 28/04/2013.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012d Regulamenta os procedimentos de condicionamento e restabelecimento das transferências de recursos provenientes das receitas de que tratam o inciso II do caput do art. 158, as alíneas “a” e “b” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159 da Constituição, dispõe sobre os procedimentos de suspensão e restabelecimento das transferências voluntárias da União, nos casos de descumprimento da aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde de que trata a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 out. 2012. Seção 1. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 15/01/2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Coordenação-Geral de Cooperação Interfederativa. **Caderno de informações para a Gestão Interfederativa no SUS** –

2012e. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_informacoes_gestao_interfederativa.pdf> Acesso em: 02/03/2014.

_____. Ministério da Fazenda. **Indicadores e conceitos – Séries Temporais.** Disponível em: <http://www3.tesouro.fazenda.gov.br/series_temporais/principal.aspx?subtema=13#ancora_consulta> Acesso em: 05/07/2014.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Orçamento Federal. **Manual Técnico de Orçamento – MTO.** Edição 2014. Brasília, 2013a.

_____. Câmara dos Deputados. Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira. Núcleo da Saúde. **FINANCIAMENTO DA SAÚDE: BRASIL E OUTROS PAÍSES COM COBERTURA UNIVERSAL: A participação estatal no financiamento de sistemas de saúde e a situação do Sistema Único de Saúde - SUS.** Nota Técnica nº 012, de 2013b – CONOF/CD. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/orcamentobrasil/estudos/2013/>> Acesso em: 04/03/2014.

_____. Ministério da Saúde. Financiamento público de saúde / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013c. 124 p.: il. – (Série Ecos – Economia da Saúde para a Gestão do SUS; Eixo 1, v. 1)

_____. Câmara dos Deputados. **Proposta de Emenda à Constituição do Orçamento Impositivo (PEC 353/13) de 2013d.** Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/orcamentobrasil/estudos/2013/>> Acesso em: 04/06/2014.

_____. Câmara dos Deputados. **Proposta de Emenda à Constituição do Orçamento Impositivo (PEC 358/13) de 2013e.** Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/orcamentobrasil/estudos/2013/>> Acesso em: 04/06/2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013 – 2015 / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013f. 156 p.: il. – (Série Articulação Interfederativa, v. 1)

Cadernos Observa Saúde.SP - Condições de Vida e Saúde na região metropolitana de São Paulo 2008 – 2009. Disponível em: <<http://observasaude.fundap.sp.gov.br/Paginas/Default.aspx>>. Acesso em: 01/12/2013.

_____. **Oferta e Produção de Serviços de Saúde na região metropolitana de São Paulo indicadores e análises.** Disponível em: <<http://observasaude.fundap.sp.gov.br/Paginas/Default.aspx>>. Acesso em: 01/12/2013.

_____. **Indicadores de Gestão do Trabalho e da Educação na área da Saúde.** Disponível em: <<http://observasaude.fundap.sp.gov.br/Paginas/Default.aspx>>. Acesso em: 01/12/2013.

_____. **Gestão do Conhecimento: uma estratégia para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde – SUS.** Disponível em: <<http://observasaude.fundap.sp.gov.br/Paginas/Default.aspx>>. Acesso em: 01/12/2013.

_____. **Situação dos Conselhos Municipais de Saúde na Região Metropolitana de São Paulo, 2009.** Disponível em: <<http://observasaude.fundap.sp.gov.br/Paginas/Default.aspx>>. Acesso em: 01/12/2013.

_____. **Impacto da Programação Pactuada e Integrada 2007-2008 nos Tetos Financeiros dos municípios da região metropolitana de São Paulo.** Disponível em: <<http://observasaude.fundap.sp.gov.br/Paginas/Default.aspx>>. Acesso em: 01/12/2013.

CAIDEN, G. E. & CAIDEN, N. (2001), **Enfoques y lineamiento, la medición y la evaluación del desempeño en programas del sector público.** Revista do Serviço Público, 52 (1): 78-103.

CALEMAN, G. et al. **Auditoria, controle e programação de serviços de saúde.** São Paulo: Fundação Petrópolis, 1998.

CAMPOS, G. W. S. et al. Considerações Sobre a Arte e a Ciência da Mudança: Revolução das Coisas e Reforma das Pessoas. In: **Inventando a Mudança na Saúde.** São Paulo: HUCITEC, 1994. p. 65.

CARVALHO, A. I. **Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social.** Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995.

CARVALHO, A. L. B. C. et al. **O Pacto pela Saúde e os desafios para a implementação da política de gestão estratégica e participativa**. Brasília, Série CONASEMS/CEBES, 2009, p. 46-61.

CARVALHO, Gilson. O caos no financiamento da saúde... no fundo do poço. **Saúde em Debate**, n. 33, p. 8-22, 1991.

_____. **Financiamento público federal do Sistema Único de Saúde– 1988-2001**. Tese (Doutorado) – Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo: Papercrom, 2002. 311p.

_____. **2014 - 27 - 724 - DOMINGUEIRA - 233 FINANCIAMENTO - 11-5-2014**. Disponível em: <http://www.idisa.org.br/site/documento_11451_0__2014---27---724---domingueira---233-financiamento---11-5-2014.html> Acesso em: 17/05/2014.

COHEN, E.; FRANCO, R. **Avaliação de Projetos Sociais**. Petrópolis: Vozes, 1993.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Resolução 33 do Conselho Nacional de Saúde de 23.12.92**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br>> Acesso em: 15/10/2013.

COSTA, A. M.; NORONHA, J. C. Controle social na saúde: construindo a gestão participativa. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 358-363, set./dez. 2003.

DALLARI, S. **Incentivo à Participação Popular e Controle social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde**. Brasília, DF: IEC/MS, 1994.

DERLIEN, H. U. Una comparación internacional en la evaluación de las políticas públicas. **Revista do Serviço Público**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 1, p. 105-122, jan./mar. 2001.

FARIA, C. A. P. A política da avaliação de políticas públicas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 20, n. 59, p. 97-109, out. 2005.

FELISBERTO, E. et al. Análise da sustentabilidade de uma política de avaliação: o caso da atenção básica no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, 2010. 26(6):1079-1095.

FIGUEIREDO, M. F.; FIGUEIREDO, A. M. C. Avaliação política e avaliação de políticas: um quadro de referência teórica. **Revista Análise e Conjuntura**, Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 1(3): 107-127, set./dez. 1986.

GADELHA, S. R. B. Política fiscal anticíclica, crise financeira internacional e crescimento econômico no Brasil. In: **Revista de Economia Política**, vol. 31, nº 5 (125), pp. 794-812, Edição especial/2011.

GERSCHMAN, S. Municipalização e inovação gerencial: um balanço da década de 1990. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 6(2): 417-434, 2001.

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

INGELSTAM, L. La Planificación del desarrollo a largo plazo: notas sobre su esencia y metodología. **Revista de la CEPAL**, nº 31, Santiago, 1987.

KASHIWAKURA, H. K. **A contabilidade gerencial aplicada ao orçamento-programa como instrumento de avaliação de desempenho**. Rio de Janeiro, setembro de 1997. 2º PRÊMIO STN DE MONOGRAFIA.

LEVCOVITZ, E. et al. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 6(2): 269-291, 2001.

LIMA, L. et al. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 17(7):1903-1914, 2012,

MATUS, C. **El PES en la práctica**, material didático do Curso Governo e Planejamento, IPEA/Cendec. Brasília, novembro de 1993.

_____. Guia Teórico, material didático do **Curso Governo e Planejamento**, IPEA/Cendec. Brasília, novembro de 1993.

_____. Análise Estratégica, material didático do **Curso Governo e Planejamento**, IPEA/CENDEC. Brasília, novembro de 1993.

_____. **Política, planejamento governo**, 3ª edição. Brasília: IPEA, 1997.

MENDES, Áquilas N. Administração Orçamentária e Financeira Governamental. **Curso de Aperfeiçoamento em Administração Orçamentária e Financeira Governamental**, setembro/2001.

_____. *Financiamento, gasto e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS): a gestão descentralizada semiplena e plena do sistema municipal no Estado de São Paulo (1995–2001)*. [Tese de doutorado]. Campinas/SP: Instituto de Economia. Universidade Estadual de Campinas, 2005. 422p. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000376445&opt=1>>. Acesso em: 07/02/2013.

_____. Financiamento e Gasto do Sistema Único de Saúde na Região Metropolitana de São Paulo 2002 a 2008. Observatório de Saúde da Região Metropolitana de São Paulo. **Caderno nº 01, Eixos Temáticos Financiamento e Gasto em Saúde**. São Paulo: Fundap, 2010.

MOKATE, K. M. Convirtiendo el “monstruo” en aliado: la evaluación como herramienta de la gerencia social. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 53, n. 1, p. 89-131, jan./mar. 2002.

NOBREGA, M. Orçamento, eficiência e performance budget. In: **Orçamentos públicos e direito financeiro**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011.

ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. About OECD. **Our mission. Organization for Economic Co-Operation and Development**. Disponível em: <<http://www.oecd.org/about/>> Acesso em: 30/05/2014.

_____. **Public Sector Modernization: Governing for Performance**, GOV/PUMA (2003)20.

_____. **Performance budgeting in OECD countries** – ISBN 978-92-64-03403-7 – OECD 2007.

_____. **Performance budgeting: a users’ guide**. Policy Brief – 2008.

PAIM, J.S.; TEIXEIRA, C.F. POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE: BALANÇO DO ESTADO DA ARTE. **Revista Saúde Pública**, 2006; 40(N Esp): 73-8.

PARSONS, T. **Politics and Social Structure**. Universidade de Michigan: Free Press, 1969.

PEREIRA, C. A. et al. **Controladoria: Uma Abordagem da Gestão Econômica** - São Paulo, Atlas, 1999.

PHYRR, P. A. **“Orçamento Base Zero” - Um instrumento administrativo prático para avaliação das despesas**, São Paulo - Editora Interciência, 1981.

PISCITELLI, R. B. et al. **Contabilidade pública: uma abordagem da administração financeira pública**. São Paulo – Atlas, 2004.

PROJETO: DESENVOLVIMENTO DE METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO (PROADESS). **Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro: indicadores para monitoramento**. Relatório final (versão para discussão). Laboratório de Informações em Saúde – LIS – Instituto de Comunicação e Informação em Ciência e tecnologia – ICICT. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, abril de 2011

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013**. Disponível em: <<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/>> Acesso em: 05/07/2014.

REIS, A. A. et al. A Gestão do Cuidado na Rede de Saúde em São Bernardo do Campo: enfrentando desafios e tecendo novos arranjos. In: **Saúde da Família nos Municípios Brasileiros: os reflexos dos 20 Anos no Espelho do Futuro**. Campinas, São Paulo: Saberes Editora, 2014.

RIBEIRO, M. F. Efetivação de políticas públicas e a escassez de recursos financeiros. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XIV, n. 93, out 2011.

ROBINSON, M. Seminário: **“Orçamento por Desempenho (OD) - Modelos de orçamento por resultado e fatores chaves”** – São Paulo – 2008.

_____; LAST, D. **A basic model of performance-based budgeting**. Washington: International Monetary Fund (IMF), Fiscal Affair Department. Sept. 2009.

_____; BRUMBY, J. **Does performance budget work?** Working Paper WP/05/210. Fiscal Affair Department, IMF.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE (RIPSA). **INDICADORES BÁSICOS PARA A SAÚDE NO BRASIL: conceitos e aplicações.** Brasília: OPAS, 2008.

SÃO BERNARDO DO CAMPO. Lei nº 3.778 de 24 de setembro de 1991– Dispõe sobre o Fundo Municipal de Saúde, e dá outras providências. **Diário Oficial de São Bernardo do Campo**, SP, 24 set. 1991. Disponível em: <http://www.legislacao.saobernardo.sp.gov.br/iteld_lmd_pesquisa_documento_inicial.aspx> Acesso em: 03/04/2014.

_____. Lei nº 5.000 de 11 de outubro de 2001 – Dispõe sobre o Plano Plurianual para o período de 2002/2005. **Diário Oficial de São Bernardo do Campo**, SP, 11 out. 2001. Disponível em: <http://www.legislacao.saobernardo.sp.gov.br/iteld_lmd_pesquisa_documento_inicial.aspx> Acesso em: 03/04/2014.

_____. Lei nº 5.326 de 02 de agosto de 2004 – Dispõe sobre as diretrizes para a elaboração da lei orçamentária para o exercício financeiro de 2005 e dá outras providências. **Diário Oficial de São Bernardo do Campo**, SP, 02 ago. 2004. Disponível em: <http://www.legislacao.saobernardo.sp.gov.br/iteld_lmd_pesquisa_documento_inicial.aspx> Acesso em: 03/04/2014.

_____. Lei nº 5.363 de 15 de dezembro de 2004 – Estima a receita e fixa a despesa do Município de São Bernardo do Campo para o exercício financeiro de 2005. **Diário Oficial de São Bernardo do Campo**, SP, 15 dez. 2004. Disponível em: <http://www.legislacao.saobernardo.sp.gov.br/iteld_lmd_pesquisa_documento_inicial.aspx> Acesso em: 03/04/2014.

_____. Lei nº 5.400 de 23 de julho de 2005 – Dispõe sobre as diretrizes para a elaboração da lei orçamentária para o exercício financeiro de 2006 e dá outras providências. **Diário Oficial de São Bernardo do Campo**, SP, 23 jul. 2005. Disponível em: <http://www.legislacao.saobernardo.sp.gov.br/iteld_lmd_pesquisa_documento_inicial.aspx> Acesso em: 03/04/2014.

_____. Lei nº 5.469 de 08 de dezembro de 2005 – Dispõe sobre o Plano Plurianual para o período de 2006/2009. **Diário Oficial de São Bernardo do Campo**, SP, 08 dez. 2005. Disponível em:

<http://www.legislacao.saobernardo.sp.gov.br/iteld_lmd_pesquisa_documento_inicial.aspx> Acesso em: 03/04/2014.

_____. Lei nº 5.470 de 08 de dezembro de 2005 – Estima a receita e fixa a despesa do Município de São Bernardo do Campo para o exercício financeiro de 2006. **Diário Oficial de São Bernardo do Campo**, SP, 08 dez. 2005. Disponível em: <http://www.legislacao.saobernardo.sp.gov.br/iteld_lmd_pesquisa_documento_inicial.aspx> Acesso em: 03/04/2014.

_____. Lei nº 5.542 de 23 de junho de 2006 – Dispõe sobre as diretrizes para a elaboração da lei orçamentária para o exercício financeiro de 2007 e dá outras providências. **Diário Oficial de São Bernardo do Campo**, SP, 23 jun. 2006. Disponível em: <http://www.legislacao.saobernardo.sp.gov.br/iteld_lmd_pesquisa_documento_inicial.aspx> Acesso em: 03/04/2014.

_____. Lei nº 5.626 de 12 de dezembro de 2006 – Estima a receita e fixa a despesa do Município de São Bernardo do Campo para o exercício financeiro de 2007. **Diário Oficial de São Bernardo do Campo**, SP, 12 dez. 2006. Disponível em: <http://www.legislacao.saobernardo.sp.gov.br/iteld_lmd_pesquisa_documento_inicial.aspx> Acesso em: 03/04/2014.

_____. Lei nº 5.702 de 04 de julho de 2007 – Dispõe sobre as diretrizes para a elaboração da lei orçamentária para o exercício financeiro de 2008 e dá outras providências. **Diário Oficial de São Bernardo do Campo**, SP, 04 jul. 2007. Disponível em: <http://www.legislacao.saobernardo.sp.gov.br/iteld_lmd_pesquisa_documento_inicial.aspx> Acesso em: 03/04/2014.

_____. Lei nº 5.738 de 04 de outubro de 2007 – Dispõe sobre o Fundo Municipal de Saúde – FMS, revoga a Lei Municipal nº 3.778 e dá outras providências. **Diário Oficial de São Bernardo do Campo**, SP, 04 out. 2007. Disponível em: <http://www.legislacao.saobernardo.sp.gov.br/iteld_lmd_pesquisa_documento_inicial.aspx> Acesso em: 03/04/2014.

_____. Lei nº 5.760 de 06 de dezembro de 2007 – Estima a receita e fixa a despesa do Município de São Bernardo do Campo para o exercício financeiro de 2008. **Diário Oficial de São Bernardo do Campo**, SP, 06 dez. 2007. Disponível em: <http://www.legislacao.saobernardo.sp.gov.br/iteld_lmd_pesquisa_documento_inicial.aspx> Acesso em: 03/04/2014.

_____. Decreto nº 16.271 de 23 de janeiro de 2008 – Regulamenta a Lei Municipal nº 5.738 de 04 de outubro de 2007, que dispõe sobre o Fundo Municipal de

Saúde – FMS. **Diário Oficial de São Bernardo do Campo**, SP, 23 jan. 2008. Disponível em:

<http://www.legislacao.saobernardo.sp.gov.br/iteld_lmd_pesquisa_documento_inicial.aspx> Acesso em: 03/04/2014.

_____. Lei nº 5.895 de 08 de julho de 2008 – Dispõe sobre as diretrizes para a elaboração da lei orçamentária para o exercício financeiro de 2009 e dá outras providências. **Diário Oficial de São Bernardo do Campo**, SP, 08 jul. 2008. Disponível em:

<http://www.legislacao.saobernardo.sp.gov.br/iteld_lmd_pesquisa_documento_inicial.aspx> Acesso em: 03/04/2014.

_____. Lei nº 5.931 de 10 de dezembro de 2008 – Estima a receita e fixa a despesa do Município de São Bernardo do Campo para o exercício financeiro de 2009. **Diário Oficial de São Bernardo do Campo**, SP, 10 dez. 2008. Disponível em: <http://www.legislacao.saobernardo.sp.gov.br/iteld_lmd_pesquisa_documento_inicial.aspx> Acesso em: 03/04/2014.

_____. Lei nº 5.926 de 23 de julho de 2009 – Dispõe sobre as diretrizes para a elaboração da lei orçamentária para o exercício financeiro de 2010 e dá outras providências. **Diário Oficial de São Bernardo do Campo**, SP, 23 jul. 2009. Disponível em:

<http://www.legislacao.saobernardo.sp.gov.br/iteld_lmd_pesquisa_documento_inicial.aspx> Acesso em: 03/04/2014.

_____. Lei nº 6.006 de 21 de dezembro de 2009 – Dispõe sobre o Plano Plurianual para o período de 2010/2013. **Diário Oficial de São Bernardo do Campo**, SP, 21 dez. 2009. Disponível em: <http://www.legislacao.saobernardo.sp.gov.br/iteld_lmd_pesquisa_documento_inicial.aspx> Acesso em: 03/04/2014.

_____. Lei nº 6.007 de 21 de dezembro de 2009 – Estima a receita e fixa a despesa do Município de São Bernardo do Campo para o exercício financeiro de 2010. **Diário Oficial de São Bernardo do Campo**, SP, 21 dez. 2009. Disponível em: <http://www.legislacao.saobernardo.sp.gov.br/iteld_lmd_pesquisa_documento_inicial.aspx> Acesso em: 03/04/2014.

_____. Lei nº 6.052 de 22 de junho de 2010 – Dispõe sobre as diretrizes para a elaboração da lei orçamentária para o exercício financeiro de 2011 e dá outras providências. **Diário Oficial de São Bernardo do Campo**, SP, 22 jun. 2010. Disponível em:

<http://www.legislacao.saobernardo.sp.gov.br/iteld_lmd_pesquisa_documento_inicial.aspx> Acesso em: 03/04/2014.

_____. Lei nº 6.138 de 11 de julho de 2011 – Dispõe sobre as diretrizes para a elaboração da lei orçamentária para o exercício financeiro de 2012 e dá outras providências. **Diário Oficial de São Bernardo do Campo**, SP, 11 jul. 2011. Disponível em:

<http://www.legislacao.saobernardo.sp.gov.br/iteld_lmd_pesquisa_documento_inicial.aspx> Acesso em: 03/04/2014.

_____. Lei nº 6.086 de 26 de novembro de 2010 – Estima a receita e fixa a despesa do Município de São Bernardo do Campo para o exercício financeiro de 2011. **Diário Oficial de São Bernardo do Campo**, SP, 26 nov. 2010. Disponível em:

<http://www.legislacao.saobernardo.sp.gov.br/iteld_lmd_pesquisa_documento_inicial.aspx> Acesso em: 03/04/2014.

_____. Lei nº 6.170 de 14 de dezembro de 2011 – Estima a receita e fixa a despesa do Município de São Bernardo do Campo para o exercício financeiro de 2012. **Diário Oficial de São Bernardo do Campo**, SP, 14 dez. 2011. Disponível em:

<http://www.legislacao.saobernardo.sp.gov.br/iteld_lmd_pesquisa_documento_inicial.aspx> Acesso em: 03/04/2014.

_____. **Síntese histórica da cidade de São Bernardo – Linha do Tempo**. Disponível em:

<http://www.saobernardo.sp.gov.br/comuns/pqt_container_r01.asp?srcpg=historia_historia_sintese&IHMTM=false> Acesso em: 05/07/2014.

SANTOS, L.; Andrade, L. O. M. **SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos**. Campinas: Saberes editora, 2012.

_____. Aspectos jurídicos do repasse de recursos da União para estados e municípios: o SUS não é um convênio de transferência de competências federais. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro – Cebes – 1991.

SCHICX, A. O PPB e o orçamento incremental. **Revista de Administração Pública** - Rio de Janeiro. 10(2):65-84, abr./jun. 1976.

ESTADO DE SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Pacto pela Saúde - Plano Diretor de Regionalização – PDR do Estado de São Paulo**. São Paulo, Julho 2008.

SOUZA, C. et al. **Reforma do estado, descentralização e desigualdades**. Lua Nova, São Paulo: CEDEC, n. 48, p. 187-212, 1999.

SOUZA, R. R. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 6(2):451-455, 2001.

_____. **Seminário Internacional - Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas** - São Paulo, Brasil - 11 a 14 de agosto de 2002.

SZWARCWALD, C.L. et al. Desigualdades socioeconômicas em saúde no Brasil: resultados da Pesquisa Mundial de Saúde, 2003 - **Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil** – Recife, 5 (Supl 1): S11-S22, dez. 2005.

TAMAKI, E. M. et al. Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 17(4):839-849, 2012.

VERGARA, S. C. **Métodos de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 2005.

VIACAVA, F. et al. Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 17(4):921-934, 2012.

VIANA, A. L. D. et al. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 7(3):493-507, 2002.