

# Avaliação em Saúde

Contribuições para  
Incorporação no Cotidiano

Editores

Oswaldo Yoshimi Tanaka

Edith Lauridsen Ribeiro

Cristiane Andrea Locatelli de Almeida



[www.atheneu.com.br](http://www.atheneu.com.br)



[Facebook.com/atheneu](https://www.facebook.com/atheneu) [Twitter.com/atheneu](https://twitter.com/atheneu) [YouTube.com/atheneu](https://www.youtube.com/atheneu)

 **Atheneu**

EDITORA ATHENEU

São Paulo — Rua Jesuíno Pascoal, 30  
Tel.: (11) 2858-8750  
Fax: (11) 2858-8766  
E-mail: [atheneu@atheneu.com.br](mailto:atheneu@atheneu.com.br)

Rio de Janeiro — Rua Bambina, 74  
Tel.: (21)3094-1295  
Fax: (21)3094-1284  
E-mail: [atheneu@atheneu.com.br](mailto:atheneu@atheneu.com.br)

Belo Horizonte — Rua Domingos Vieira, 319 — conj. 1.104

CAPA: Paulo Verardo

PRODUÇÃO EDITORIAL: MKX Editorial

CIP-BRASIL. Catalogação na Publicação  
Sindicato Nacional dos Editores de Livros, RJ

T166a

Tanaka, Oswaldo Yoshimi  
Avaliação em saúde : contribuições para incorporação no cotidiano / Oswaldo Yoshimi Tanaka, Edith Lauridsen Ribeiro, Cristiane Andrea Locatelli de Almeida. -- 1. ed. -- Rio de Janeiro : Atheneu, 2017.  
il. ; 25 cm.

Inclui bibliografia  
ISBN 978-85-388-0776-6

1. Medicina - Prática - Brasil. 2. Saúde. I. Ribeiro, Edith Lauridsen.  
II. Almeida, Cristiane Andrea Locatelli de. III. Título.

17-40646

CDD: 610.981  
CDU: 614.253.1(81)

TANAKA, O.Y.; RIBEIRO, E.L.; ALMEIDA, C.A.L.

Avaliação em Saúde – Contribuições para Incorporação no Cotidiano

© EDITORA ATHENEU

São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, 2017

Editores

## Oswaldo Yoshimi Tanaka

Médico Pediatra. Especialização em Saúde Pública. Mestrado, Doutorado e Livre-docência em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP). Pós-doutorado na University of Bristol, Inglaterra. Professor Titular do Departamento de Política, Gestão e Saúde da FSP-USP.

## Edith Lauridsen Ribeiro

Médica Pediatra, Sanitarista. Mestre e Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP).

## Cristiane Andrea Locatelli de Almeida

Psicóloga. Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP). Atua como Pesquisadora e Consultora na área de Avaliação de Serviços, Programas e Políticas Sociais.

18. Sheiham A. Oral health, general health and quality of life. *Bull World Health Organ.* 2005;83(9):644.
19. Petersen PE. Global policy for improvement of oral health in the 21st century – implications to oral health research of World Health Assembly 2007, World Health Organization. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2009;37(1):1-8.
20. Contandriopoulos AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2006;11(3):705-11.
21. Felisberto E, Freese E, Natal S, Alves CKA. Contribuindo com a institucionalização da avaliação em saúde: uma proposta de auto-avaliação. *Cad. Saúde Pública* 2008;24(9):2091-102.
22. Pinto HA, Sousa ANA, Ferla AA. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. *Saúde em Debate* 2014;38(N. Esp):358-372.
23. OPAS – Organização Pan-americana da Saúde. Desenvolvimento e fortalecimento dos Sistemas Locais de Saúde: avaliação para a transformação. Washinton, DC: OPAS-Hucitec, 1995.
24. Demo P. Avaliação qualitativa. São Paulo: Cortez; 1988.
25. Tinôco AF. Manual de planejamento do setor saúde. São Paulo: FSP-USP, 1977.
26. Thomson W (Lord Kelvin). Popular lectures and addresses. London: Macmillan, 1891.
27. Colussi CF, Calvo MCM. Modelo de avaliação da saúde bucal na atenção básica. *Cad. Saúde Pública.* 2011;27(9):1731-45.
28. Pires DA, Colussi CF, Calvo MCM. Avaliação da gestão municipal da saúde bucal na Atenção Básica: precisão do instrumento de pesquisa. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2014;19(11):4525-34.
29. Brasil. Ministérios da Educação & da Saúde. Fundação de Assistência ao Estudante & Divisão Nacional de Saúde Bucal. Sistema incremental de atenção odontológica para escolares. Brasília: FAE-DNSB; 1989. (Série: Educação em saúde, Odontologia II)
30. Castiel JD. Considerações acerca da utilização da epidemiologia na avaliação dos sistemas de saúde. *Cad Saúde Públ.* 1986;2(2):184-90.
31. Padilha WWN, Valença AMG, Cavalcanti AL, Gomes LB, Almeida RVD, Taveira GS. Planejamento e programação odontológico no programa saúde da família do estado da Paraíba: estudo qualitativo. *Pesqui. Bras. Odontopediatria Clín. Integr.* 2005;5(1):65-75.
32. Lessa CFM, Vettore MV. Gestão da atenção básica em saúde bucal no Município de Fortaleza, Ceará, entre 1999 e 2006. *Saúde e Sociedade.* 2010;19(3):547-56.
33. Alves-Souza RA, Saliba O. A saúde bucal em pauta: análise de registros dos Conselhos Municipais de Saúde de municípios pertencentes à 17ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2003;19(5):1381-8.
34. Tanaka C, Borghi WMMC, Moimaz SAS, Saliba NA, Garbin CAS. Analysis of the content about oral health in the pedagogical material of the science discipline in the primary school. *Rev Odontol UNESP.* 2008;37(2):103-7.
35. SZ Kusma, ST Moysés, SJ Moysés. Promoção da saúde: perspectivas avaliativas para a saúde bucal na atenção primária em saúde. *Cad Saúde Pública.* 2012;28:9-19.
36. Moraes IHS. Informações em saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1994.
37. FDI – Federation Dentaire Internationale. Global goals for oral health in the year 2000. *Int Dent J.* 1982;32(1):74-7.
38. Narvai PC. Há metas em saúde bucal para 2010? *Jornal do Site Odonto.* 2002;4(52). Publicação eletrônica. Disponível em: <<http://www.jornaldosite.com.br/arquivo/antiores/capel/artcapel51.htm>>. Acesso em 20 mar 2017.
39. Hobdell MH, Myburgh NG, Kelman M, Hausen H. Setting global goals for oral health for the year 2010. *Int Dent J.* 2000;50(5):245-9.

## Sobre a Avaliação do Financiamento, do Gasto e da Gestão dos Recursos do SUS

Aquilas Mendes

### Introdução

Quando se discute os problemas do SUS, dois temas ganham destaque: o financiamento e gasto, de um lado; e a gestão dos recursos orçamentário-financeiros, de outro. Ainda que possamos ter clareza que são temas de problemáticas específicas e que exigem tratamentos particulares, como o subfinanciamento histórico do sistema,<sup>1,2</sup> não se pode desconhecer que devem ser enfrentados com a mesma intensidade de disposição por parte dos envolvidos com o SUS. Trata-se de admitir que, no campo da avaliação da política de saúde, o município deve estar vigilante para o seu padrão de financiamento e gasto da saúde e também para a melhor gestão possível dos recursos orçamentários-financeiro, isto é, “fazer bem com o pouco que se tem”. Considera-se essencial esse tipo de avaliação do gestor municipal para que ele possa se responsabilizar por todas as ações e serviços públicos de saúde no âmbito de seu território. Nesse sentido, seria importante orientarmos os gestores, os trabalhadores e os usuários municipais, ainda que de maneira breve, para que se apoderem dessas duas dimensões, assegurando, assim, uma avaliação do SUS municipal com objetivos de melhoria de seus resultados.

Este trabalho tem como objetivo geral discutir a importância da avaliação da capacidade de financiamento e gasto do SUS realizado pelos municípios, bem como abordar os mecanismos que contribuem para a

avaliação da gestão dos seus recursos orçamentário-financeiros no âmbito da saúde local. Para tanto, está estruturado em duas partes. A primeira parte trata das características gerais que devem orientar um estudo sobre a capacidade e financiamento do gasto do SUS dos municípios, de forma a potencializar a capacidade de análise dos gestores municipais no processo de pactuação do SUS, com destaque ao potencial da ferramenta do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). São destacadas, de maneira geral, as dimensões de análise a serem trabalhadas, de acordo com: a capacidade da receita municipal; o comportamento das transferências SUS; a dimensão do gasto do SUS realizados pelos municípios, ressaltando a magnitude do gasto total e com recursos municipais; a direção do gasto em saúde, incluindo o gasto por subfunção da despesa pública. A segunda parte apresenta as características estruturais e legais da gestão orçamentário-financeira integrada na Saúde, ressaltando a importância de relacionar, de forma articulada, as funções dessa gestão: planejamento; orçamento; fiscalização; e avaliação. Destaca-se, neste capítulo, a importância do “orçamento por desempenho” como ferramenta para gestão e avaliação da política de saúde municipal.

## A avaliação do financiamento e gasto do SUS: o potencial do SIOPS

Entende-se que a saúde pública brasileira vem enfrentando uma série de conflitos políticos e econômicos no que tange ao seu financiamento. O resultado dessa situação tem indicado um reduzido volume de recursos públicos aplicados no Sistema Único de Saúde (SUS).<sup>1</sup> Sabe-se que a consolidação desse sistema depende de se enfrentar com o grave e permanente problema do seu financiamento, ainda muito mal conduzido ao longo dos quase 30 anos de existência do SUS.

Nessa perspectiva, torna-se fundamental que se incentivem iniciativas que busquem o acompanhamento sistemático das fontes e usos desses recursos, especialmente por parte dos municípios nas regiões de saúde.

Acompanhar o desempenho dos municípios na sua capacidade de financiamento e gasto contribui para a identificação do cumprimento dos compromissos firmados nesse processo mais recente de regionalização que experimenta a política de saúde no SUS.

Nesse sentido, os municípios de algumas regiões de saúde no Brasil estariam efetivamente aperfeiçoando sua capacidade de financiamento e gasto, evidenciando um novo padrão nesse campo? Algumas indagações importantes merecem tratamento específico: qual tem sido a capacidade da receita dos municípios para contribuir na sustentação do gasto do SUS, realizado em período mais recente? Qual tem sido a direção do gasto em saúde, destacando, principalmente, os níveis de atenção à saúde? Como tem se dado o comportamento das transferências SUS dos governos federal e estadual para esses municípios, a fim de que se permita dimensionar o seu grau de dependência para o desenvolvimento do SUS em nível local e regional?

Com a finalidade de discutir essas e outras indagações a respeito do campo econômico-financeiro dos municípios brasileiros, considera-se fundamental o desenvolvimento de uma primeira dimensão da avaliação: o financiamento e gasto. Trata-se de considerar a utilização do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) para a

avaliação do financiamento e gasto. Este sistema, como instrumento de gestão, garante suporte para a tomada de decisão do gestor municipal em relação aos recursos a serem alocados e gastos, de maneira a melhor responderem às necessidades de saúde da população local.

De modo geral, esse sistema, criado em 2000, constitui importante instrumento para o acompanhamento do cumprimento de dispositivo constitucional que determina aplicação mínima de recursos em ações e serviços públicos de saúde. Ele gera automaticamente um conjunto de indicadores que relacionam valores da receita total e da despesa com ações e serviços públicos de saúde dos entes da Federação.

De acordo com Teixeira e Teixeira,<sup>2</sup> o SIOPS reúne informações sobre o financiamento e o gasto com saúde pública dos municípios, dos estados e da União, constituindo-se em banco de dados único no âmbito das políticas sociais no Brasil. Tais informações podem viabilizar o aprimoramento da gestão, a disseminação de experiências bem-sucedidas entre os entes federados e a adequada distribuição dos gastos entre investimento e custeio e entre as esferas governamentais, tendo em vista o dimensionamento das redes de atenção, entre outras questões. Os autores argumentam, inclusive, que as informações geradas pelo SIOPS subsidiaram a participação do Ministério da Saúde na defesa da então Proposta de Emenda Constitucional (PEC) nº 86, conformada na EC-29.

Com a Lei nº 141/2012,<sup>3</sup> o SIOPS alcançou um papel de real significância para o SUS, à medida que o seu preenchimento passou a ser obrigatório, atribuindo ao gestor declarante a responsabilidade pela fidedignidade dos dados e possibilitando informações essenciais para o monitoramento e avaliação do padrão de financiamento e gasto dos municípios, sendo parte integrante do relatório de gestão (art. 39). O SIOPS passou a ser integrado ao Sistema Integrado de Administração Financeira (SIAFI) para controle das transferências da União, cabendo ao Ministério da Saúde o estabelecimento de prazos e regras de seu funcionamento e, no caso em que se detecte o descumprimento do disposto, deve ser comunicado à direção local do SUS, Auditoria, Conselho de Saúde, Ministério Público, Controle interno e externo do respectivo ente. Tal descumprimento também implica suspensão das transferências voluntárias (art. 39). Desse modo, não resta dúvida de que o SIOPS, por meio da Lei 141/2012, adquiriu um poder fundamental para a gestão do SUS. Daí sua importância para se realizar uma avaliação do financiamento e gasto, à medida que a noção mais geral de avaliação pressupõe a sua relação com o poder, transformando e/ou mantendo o curso da ação da política de saúde. Insiste-se na potencialidade do SIOPS enquanto uma ferramenta poderosa de avaliação. Não basta somente preenchê-lo para responder à exigência legal. Trata-se de utilizá-lo como instrumento significativo para a avaliação dos dados orçamentários-financeiros.

Nesse sentido, sugerimos uma metodologia que contemple essa avaliação das informações do SIOPS, sendo organizada em quatro partes. A primeira parte diz respeito à análise da capacidade da receita municipal, evidenciando o papel das finanças próprias e os graus de autonomia e disponibilidade de recursos desses municípios para sustentarem o gasto SUS nas suas regiões de saúde. A segunda parte aborda o comportamento das transferências SUS do governo federal, dimensionando o grau de dependência para o desenvolvimento do sistema de saúde no âmbito do município. A terceira parte compreende a análise da magnitude do gasto total, por fonte de recursos com destaque aos recursos municipais e ao comportamento do indicador previsto na Emenda Constitucional nº 29/2000. A quarta parte trata da identificação da direção do gasto em saúde, isto é, sua finalidade, para qual tipo de despesa e com qual nível de atenção o gasto foi direcionado. Tal metodologia adotada para a compilação e avaliação dos dados orçamentário-financeiros foi criada e descrita por MENDES.<sup>4-6</sup>

Antes de expor o detalhamento dos passos metodológicos para a avaliação proposta, entende-se ser importante apresentar os procedimentos mais gerais das fontes de coleta de dados e das informações.

## Fontes e técnicas de coleta de dados e informações

Para efeito da proposta de avaliação do gasto municipal em saúde, deve-se utilizar o conceito definido por Mendes, Marques, Leite e Tubone,<sup>7</sup> denominado “o gasto do SUS realizado pelo município”. Esse gasto compreende os recursos do poder público municipal, diretamente aplicado pela Secretaria Municipal de Saúde. Esses recursos abrangem, além dos recursos municipais, as transferências dos governos federal e estadual contabilizadas no orçamento municipal. Aqui não devem ser considerados os recursos do governo estadual nos municípios que integram as regiões de saúde. Entende-se que há certa dificuldade em computar o montante investido pelo Estado pelo fato de grande parte dos gastos serem indiretos ou em espécie, a exemplo de vacinas, medicamentos, servidores federais e/ou estaduais municipalizados etc. São gastos realizados diretamente por essas instâncias governamentais “no” município e “na” região em saúde. Cabe advertir que essas categorias de recursos, quando destinadas aos municípios, integram gastos dessas esferas de poder “no” município e não diretamente repassados à Secretaria Municipal de Saúde – e, portanto, não são contabilizados pelo orçamento municipal. Dito de outra maneira, esses recursos não constituem fontes do gasto “do” município e sim “no” município. Autores como Piola e Vianna,<sup>8</sup> posteriormente ao trabalho de Mendes, Marques, Leite e Tubone,<sup>7</sup> sugerem que a análise do gasto público com saúde identifica a abrangência do gasto em observação como “no” e/ou “do”.

Para as informações financeiras, deve ser utilizada a despesa liquidada (conceito de despesa utilizada na apuração do gasto em saúde, conforme a Emenda Constitucional nº 29/2000). De acordo com o art. 63 da Lei de Orçamento Público nº 4.320/64, considera-se despesa liquidada o ato da “verificação do direito adquirido pelo credor, tendo por base os títulos e documentos comprobatórios do respectivo crédito”. Os valores não incluem os chamados “Restos a Pagar” daquele mesmo ano. Esses restos a pagar são definidos no art. 36 da referida lei como despesas empenhadas, mas não pagas até o dia 31 de dezembro, distinguindo-se as processadas (empenhos executados, liquidados e prontos para pagamento, ou seja, o direito do credor anteriormente verificado) das não processadas (contratos em plena execução, sem que haja ainda o pleno recolhimento do direito do credor).<sup>4,5</sup>

Como a maior parte dos dados orçamentários (receitas e despesas) deve compreender uma série histórica de dados, eles devem ser deflacionados, utilizando-se o Índice Geral de Preços-Disponibilidade Interna (IGP-DI) da Fundação Getúlio Vargas, com base em agosto de 1994, valor médio do ano, convertidos a preços do ano mais recente que se pretende avaliar. Desse modo, é possível compatibilizar as séries estatísticas.

## A capacidade da receita municipal

Esta parte compreende o diagnóstico da capacidade da receita disponível (arrecadação tributária e as transferências constitucionais para os municípios), contribuindo ao entendimento acerca do reforço das finanças próprias e os graus de autonomia e disponibilidade de recursos desses municípios para sustentarem o gasto com o SUS.

Para a análise dos dados, devem ser definidos os seguintes indicadores do SIOPS, segundo municípios:

- 1) Evolução da Receita Disponível (Impostos + Transferências Constitucionais) – indicador R.Imp.Transf.Const. (*per capita*)

Indica a disponibilidade de recursos de que o gestor municipal dispõe para realizar a política de saúde, o gasto em saúde com recursos municipais.

- 2) Evolução do Grau de Dependência da Receita Disponível em relação aos Impostos – indicador 1,1% Receita Líquida Total

Indica o Grau de Dependência que os municípios têm de impostos para poderem elaborar políticas públicas em geral e na saúde em particular. Se a Receita Disponível for mais dependente dos recursos de Impostos, a possibilidade para implementação da política de saúde é maior, uma vez que o esforço de arrecadação dos impostos é de total responsabilidade do município. Desse modo, é possível dizer que os municípios dispõem de maior autonomia financeira.

Para efeito de exemplificar a avaliação da capacidade da receita municipal, apresentamos os dados do município de São Bernardo do Campo na Tabela 17.1, em valores *per capita*.

Observa-se que, entre 2013 e 2015, a receita disponível apresentou uma queda de 5,6%, dificultando a capacidade de recursos municipais para executar a política de saúde. Por sua vez, as receitas municipais de São Bernardo do Campo apresentam baixa dependência dos recursos de Impostos (indicador 1,1% R. Líquida Total), cerca de 27,71, 29,10 e 28,25%, respectivamente no período, o que indica pouca autonomia financeira para implementação da política de saúde. Constata-se que o município depende, na maior parte, dos recursos das transferências constitucionais dos governos federal e estadual.

**Tabela 17.1 – Capacidade da receita municipal no município de São Bernardo do Campo, 2013 a 2015**

Indicadores do SIOPS	Em R\$ de dez. 2015		
	2013	2014	2015
R.Imp.Transf.Const.	2.930,81	2.950,42	2.767,39
1,1% R.Líquida Total	27,71	29,1	28,25

Fonte: SIOPS/MS

## O Comportamento das Transferências SUS

Abrange a avaliação do *comportamento das transferências SUS do Governo Federal*, dimensionando o grau de dependência para o desenvolvimento do sistema de Saúde no âmbito do município.

Devem ser definidos e analisados os seguintes indicadores do SIOPS.

- 1) Evolução da Participação % das Transferências para a Saúde (SUS) no total dos recursos transferidos para o Município – indicador 1,3% Transf. Para a Saúde (SUS)

Indica a importância da Transferência SUS, enquanto uma receita destacada no município. Permite identificar a contribuição do SUS Federal para a condução do sistema

local de saúde, na medida em que a maior parte das Transferências SUS é de origem do governo federal.

- 2) Evolução da Participação % das Transferências da União para a Saúde no total de recursos transferidos para a saúde no município – indicador 1,4% Transf. União Para a Saúde.

Indica, de um lado, a significância das Transferências da União SUS para o gasto em Saúde local e, de outro, a baixa participação das transferências estaduais SUS nesse gasto.

- 3) Evolução das Transferências União SUS *per capita* dos municípios – indicador R. Transf. SUS/Hab.

Permite verificar a importância das transferências federais SUS por habitante/ano para o gasto em Saúde *per capita* nos municípios.

Ao exemplificarmos a avaliação das Transferências SUS, apresentamos os dados do município de São Bernardo do Campo na **Tabela 17.2**, também em valores *per capita*.

**Tabela 17.2** – Comportamento das transferências SUS no município de São Bernardo do Campo, 2013 a 2015

Indicadores do SIOPS	Em R\$ de dez. 2015		
	2013	2014	2015
1,3% Transf. para a Saúde (SUS)	15,85	18,39	20,06
1,4% Transf. União p/Saúde	94,11	96,51	99,15
R. Transf. SUS/Hab	391,82	443,99	455,00

Fonte: SIOPS/MS

Verifica-se que as Transferências para a Saúde (SUS) correspondem a uma parcela importante das transferências do governo federal no total das transferências para o município de São Bernardo, com tendência crescente, passando de 15,85% para 20,06%, entre 2013 e 2015. Esse quadro mostra a importância que o SUS local contribui para a capacidade das receitas municipais. Ainda, destaca-se que, entre as transferências para a saúde municipal, as transferências da União correspondem a quase totalidade, 94,11%, em 2013; 96,51%, em 2014; e 99,15%, em 2015. De outra forma, é possível dizer que o governo estadual quase não repassa recursos diretamente para a Saúde no município de São Bernardo. Por fim, cabe destacar que as Transferências Federais SUS foram crescentes no período, registrando um aumento de 16,12%.

## Dimensão do gasto do SUS realizado pelos municípios

No tocante ao campo do gasto do SUS, ao se seguir a metodologia de Mendes,<sup>5,6</sup> procura-se verificar duas questões: magnitude dos gastos e direção dos gastos.

### A magnitude do gasto total e com recursos municipais

A primeira refere-se à magnitude do gasto realizado pelos municípios a partir dos indicadores: magnitude do Gasto Total e com recursos municipais; evolução do Gasto Total

*per capita* do SUS realizado pelos municípios; e percentagem da Receita Própria aplicada em Saúde nos municípios, conforme a EC n. 29/2000.

Para tanto, devem ser utilizados os seguintes indicadores do SIOPS:

- 1) Evolução do gasto total *per capita* do SUS realizado pelos municípios – indicador D.Total Saúde (*per capita*)

Indica a magnitude do gasto total (transferências + recursos municipais) por habitante/ano do SUS realizado pelos municípios.

- 2) Evolução do gasto *per capita* do SUS realizado com recursos municipais – indicador D.R.Próprios em Saúde/Hab.

Indica a magnitude do gasto do SUS com recursos municipais por habitante/ano. Demonstra o esforço aplicado em Saúde por meio da receita disponível do município.

- 3) % da Receita própria aplicada em saúde nos municípios, conforme a EC29 – indicador 3,2% R.Próprios em Saúde-EC29

Indica o compromisso do município no gasto com ações e serviços, conforme o estabelecido na Emenda Constitucional 29/2000, isto é, o município deve aplicar no mínimo 15% de suas receitas de impostos compreendidas as transferências constitucionais.

Para a avaliação da magnitude do gasto, também apresentamos os dados do município de São Bernardo do Campo na **Tabela 17.3**, também em valores *per capita*.

O gasto total *per capita* do SUS realizado pelo município de São Bernardo, no período de 2013 a 2015 cresceu apenas 6%, passando de R\$ 1.040,52 para R\$ 1.103,02. Contudo, esse pequeno aumento não se deveu à parcela do gasto com recursos próprios em saúde *per capita*, à medida que ele praticamente se manteve estável ao longo do período, isto é, R\$ 630,55, em 2013 e R\$ 631,38, em 2015. Como já observado anteriormente, tal crescimento pequeno do gasto total deve ser atribuído à parte do gasto com fonte das Transferências Federal SUS que ampliaram em 16,12%, conforme indicado na **Tabela 17.2**.

Desde a Emenda Constitucional 29, de setembro de 2000, ficou estabelecido que os municípios devem aplicar em ações e serviços de Saúde, no mínimo, 15% do total de sua receita de impostos, compreendidas as transferências constitucionais. Essa base de aplicação foi mantida com a Lei nº 141/2012.

Entre 2013 e 2015, o município de São Bernardo apresentou crescimento de seus percentuais de aplicação em Saúde, passando de 20,46%, em 2013 para 22,82%, em 2015. Sem dúvida, essa situação revela o esforço do município em aplicar em saúde.

**Tabela 17.3** – A magnitude do gasto do SUS realizado pelo município de São Bernardo do Campo, 2013 a 2015

Indicadores do SIOPS	Em R\$ de dez. 2015		
	2013	2014	2015
D.Total Saúde/hab.	1.040,52	1.102,86	<b>1.103,02</b>
D.R.Próprios em Saúde/hab.	630,55	621,87	<b>631,38</b>
3,2% R.Próprios em Saúde-EC 29	20,46	21,08	<b>22,82</b>

Fonte: SIOPS/MS

## A direção do gasto em saúde

A avaliação da direção do gasto em Saúde compreende a análise dos indicadores segundo sua finalidade por categoria econômica das despesas – despesas correntes e de investimento – e por nível de atenção à saúde, por meio da representação das despesas com saúde por subfunção: Atenção Básica; Assistência Hospitalar e Ambulatorial; Suporte Profilático e Terapêutico; Vigilância Sanitária; Vigilância Epidemiológica; Alimentação e Nutrição.

### ■ Por finalidade do gasto – despesa por categoria econômica

Devem ser utilizados os seguintes indicadores:

- 1) Evolução da participação % da despesa com pessoal na despesa total com Saúde – Indicador 2,2% D.Pessoal/D.Total
- 2) Evolução da participação % da despesa com medicamentos na despesa total com Saúde – Indicador 2,3% D.com Medicamentos
- 3) Evolução da Participação % da despesa com serviços com serviços de terceiros na despesa total com saúde – Indicador 2,4% D.Serv.Terc/D.Total
- 4) Evolução da Participação % da despesa com investimentos na despesa total com saúde – Indicador 2,5% D.Invest/D.Total

Para a avaliação da direção do gasto, apresentamos os dados do município de São Bernardo do Campo na Tabela 17.4.

**Tabela 17.4** – A direção do gasto do SUS realizado pelo município de São Bernardo do Campo, segundo percentual das despesas por categoria econômica em relação à despesa total com saúde, 2013 a 2015

	Em R\$ de dez. 2015		
Indicadores do SIOPS	2013	2014	2015
2,2%D.Pessoal/D.Total	13,64	11,99	10,62
2,3%D.com Medicamentos	2,32	2,5	2,22
2,4%D.Serv.Terc/D.Total	72,65	78,12	81,26
2,5%D.Invest/D.Total	9,03	5,05	3,86

Fonte: SIOPS/MS

No tocante à direção do gasto do SUS realizado pelo município de São Bernardo, é importante registrar que, ao longo do período, houve um predomínio das despesas de serviços de terceiros, em relação às demais despesas correntes e de investimento. Pode-se dizer que tal retração da participação das despesas de pessoal no total do gasto com Saúde foi compensada pelo aumento das despesas com serviços de terceiros – pessoa jurídica –, na medida em que esse item de registro abrange a contratação de pessoal por meio de diferentes modalidades de entidades terceirizadas, tal como a OSS (Organização Social de Saúde), denominada Fundação do ABC.

### ■ Por nível de atenção em saúde – despesa por subfunção

Esta parte destina-se a apresentar a avaliação da direção dos gastos do SUS realizados pelo município (no nosso caso, São Bernardo do Campo), no tocante ao nível de atenção à

saúde, buscando o entendimento das despesas por classificação funcional programática, em termos de subfunção.

A subfunção representa uma partição da “função saúde”, visando agregar determinado subconjunto de despesa do setor público. O SIOPS disponibiliza a informação por indicadores conforme 2.10 Subfunções administrativas, 2.20 Subfunções vinculadas e 2.30 Subfunções complementares. As subfunções vinculadas na saúde compreende seis subfunções: Atenção Básica; Assistência Hospitalar e Ambulatorial; Suporte Profilático e Terapêutico; Vigilância Sanitária; Vigilância Epidemiológica; e Alimentação e Nutrição (Tabela 17.5).

**Tabela 17.5** – A direção do gasto do SUS realizado pelo município de São Bernardo do Campo, segundo percentual das despesas por subfunção em relação à despesa total com saúde, 2013 a 2015

	Em R\$ de dez. 2015		
Indicadores do SIOPS	2013	2014	2015
2.10 Subfunções Administrativas	9,4	8,4	9,3
2.20 Subfunções Vinculadas	90,0	91,0	90,4
2.30 Informações Complementares	0,7	0,6	0,4
Total	100,0	100,0	100,0
Subfunções vinculadas			
2.21 Atenção Básica	19,7	19,0	18,8
2.22 Assis.Hosp.e Ambulat	64,7	66,3	65,9
2.23 Sup.Profilático e Terap.	3,6	3,8	3,4
2.24 Vigilância Sanitária	0,9	0,8	0,8
2.25 Vilância Epidemiológica	1,0	1,1	1,5
2.26 Alimentação e Nutrição	-	-	-

Fonte: SIOPS/MS

Ao analisar a alocação do gasto por subfunção geral de São Bernardo, entre 2013 e 2015, constata-se que as subfunções vinculadas respondem por cerca de 90% do total da despesa com saúde. Entre elas, as despesas por subfunção “Assistência Hospitalar e Ambulatorial” correspondem a maior parte, cerca de 65%, no período. Em segundo lugar, a subfunção “Atenção Básica” representa aproximadamente 19%. Não era de se esperar algo diferenciado do indicado, à medida que nesse município de grande porte a rede hospitalar abrange a maior parte dos recursos.

## Uma avaliação mais geral do financiamento e gasto

Para uma referência mais global sobre o financiamento e gasto em saúde, entende-se ser suficiente a utilização de poucos indicadores que permitem a avaliação do comportamento das finanças municipais, em geral, e da identificação de um padrão de gasto em saúde e

das transferências federais, de forma a potencializar a capacidade de avaliação dos gestores municipais no processo de pactuação exigido pelo SUS. Para atender a esse tipo de avaliação, sugere-se a utilização de apenas quatro indicadores:

- 1) **Receita de Impostos e Transferências Constitucionais** – contribui para o esclarecimento sobre a disponibilidade de recursos próprios da prefeitura de que o gestor municipal dispõe para realizar a política de saúde;
- 2) **Despesa Total Saúde** – indica a magnitude do gasto total (transferências + recursos municipais) do SUS realizado pelos municípios;
- 3) **Receita Transferência SUS** – indica a significância das transferências do Ministério da Saúde para o gasto de saúde local, uma vez que a maior parte dessas é de origem do governo federal;
- 4) **Despesa Recursos Próprios em Saúde** – indica a magnitude do gasto do SUS com recursos municipais, demonstrando o esforço aplicado em saúde por meio da *R. Impostos e Transf. Const.* do município. A simples avaliação desses quatro indicadores, a partir de uma série histórica, de no mínimo 3 anos e sua transformação em valores *per capita* – facilitando a leitura dos dados para qualquer leigo – permite verificar, de um lado, a intencionalidade do governo municipal em investir em saúde nesse período e, de outro, o esforço de um secretário municipal, por meio de sua equipe, reforçar a gestão da saúde local. Para se ter uma melhor ideia do que apontamos, é importante apresentar um exemplo da utilização desses indicadores e de sua avaliação possível, por meio da seguinte indagação: “o que nos revela o padrão do financiamento e gasto do município ‘X’?”.

Supõe-se que esse Município “X” apresente os seguintes dados para 2013 a 2015, já deflacionados pela média anual a preços de dezembro de 2015, conforme o Índice Geral de Preços-Disponibilidade Interna (IGP-DI) da FGV, dispostos na **Tabela 17.6**:

Conforme a **Tabela 17.6**, entre 2013 e 2015, observa-se que a *Receita Impostos e Transferências per capita* do Município apresentou um crescimento pequeno de 2,73%, passando de R\$ 1.553,36 para R\$ 1.595,73. Contudo, o reduzido aumento dos recursos próprios do governo não significou menor *Despesa Total Saúde per capita*, aumentando-a no período em 3,11%, de R\$ 541,47 para R\$ 558,30. Assim, se a *Despesa Total Saúde* elevou-se, nesse período, deveu-se especialmente à real intencionalidade do governo municipal em investir em saúde, à medida que a *Despesa Recursos Próprios em Saúde per capita* apresentou um aumento superior aos demais indicadores, 6,67%, passando de R\$ 410,58 para 437,97. Por sua vez, a *Receita Transferência SUS per capita* apresentou uma estabilidade, passando de R\$ 121,64 para

**Tabela 17.6** – Indicadores do SIOPS sobre o padrão do financiamento e gasto de um município “X”, 2013 s 2015

Indicadores do SIOPS	Em R\$ de dez. 2015			Taxa de cresc.
	2013	2014	2015	
R. Impostos e Transf. Const.	1.553,36	1.639,32	1.595,73	2,73%
D. Total Saúde	541,47	520,51	558,30	3,11%
R. Transf. SUS	121,64	121,33	121,79	0,12%
D. R. Próprios em Saúde	410,58	405,04	437,97	6,67%

Fonte: SIOPS

R\$ 121,79, o que indica que o esforço do secretário municipal e sua equipe em aprimorar a gestão foi pequeno, à medida que as transferências decorrem, em linhas gerais, dos incentivos financeiros repassados para a implementação de políticas definidas pelo MS.

Vejamos que, com apenas quatro indicadores, pode-se obter uma avaliação do quadro geral do padrão de financiamento e gasto, permitindo que os gestores municipais se apropriem de um maior poder de suas responsabilidades para a execução das ações e serviços de saúde. Em suma, trata-se de valorizar a potencialidade do SIOPS para a avaliação da gestão municipal.

## A avaliação da gestão dos recursos do SUS

As décadas de 1990 e 2000 foram marcadas, no Brasil, por um intenso processo de reforma do Estado. Isto é perceptível em termos do alcance de suas ações como da revisão de suas práticas gerenciais, em especial a introdução de uma série de inovações no campo da gestão dos recursos públicos, do ponto de vista da maior relação entre o planejamento e o orçamento público. Merecem menção as várias medidas legais criadas que contribuíram para uma relação mais estreita entre planejamento e processo orçamentário. Desde a Constituição Federal de 1988, no seu artigo nº 165, foram introduzidos três instrumentos de planejamento do processo orçamentário no País — o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA) (BRASIL, 1988). Já na segunda metade dos anos 1990, novas medidas legais foram instituídas, visando garantir que o processo de planejamento e orçamento não fosse conduzido apenas de maneira formal, mas que fosse incorporado pelas práticas de atuação do Estado. Foram duas as principais alterações na legislação: a Portaria nº 42, de 14 de abril de 1999, da Secretaria de Orçamento e Finanças (SOF) do Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão;<sup>9</sup> e a Lei de Responsabilidade Fiscal nº 101/2000.<sup>10</sup> Ambas contribuíram para o aprimoramento do processo orçamentário, uma vez que colocam os programas como elementos-chaves para a efetivação das políticas públicas e, conseqüentemente, de seus gastos, tornando o planejamento instrumento essencial para determinar as prioridades de recursos, seja no âmbito das receitas, seja no das despesas.

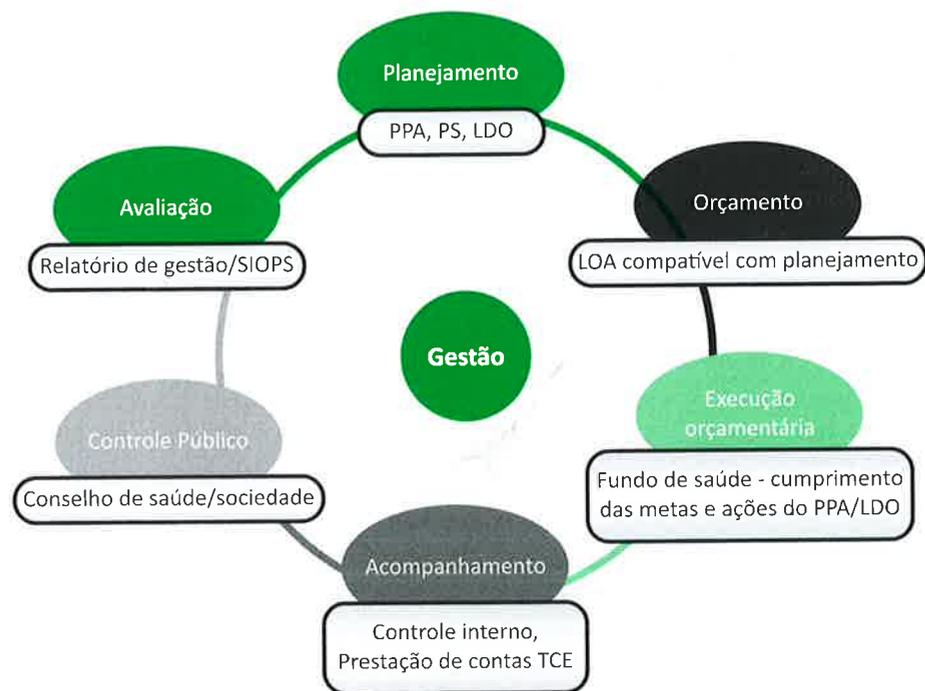
A área da saúde, em particular, não escapou a esse processo de inovação legal. Com o objetivo de avançar na implementação do SUS, assegurando a efetivação das políticas e dos programas de trabalho das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, o Ministério da Saúde reforçou tal lógica de trabalhar os recursos orçamentários de forma planejada, incorporando-a em suas portarias para o sistema nacional de saúde.

Mesmo diante dessas várias exigências legais, a experiência brasileira tem apontado que, na maioria das vezes, a elaboração do processo orçamentário, por parte dos governos federal, estaduais e municipais, e da área da saúde em particular, é distante dessa sistemática integrada entre planejamento e orçamento. São poucas as administrações públicas que olham a realidade local com seus problemas e potencialidades e se organizam do ponto de vista gerencial para enfrentá-la. Na prática, o que vem ocorrendo é que os instrumentos do processo orçamentário acabam por não responder às necessidades locais e dificilmente são elaborados de forma a permitir a sua compatibilidade entre planejamento e orçamento, dificultando o acompanhamento, a fiscalização e a avaliação do gasto em saúde, *vis-à-vis*, o cumprimento das ações e metas planejadas.

Para se contrapor a essa forma de elaboração do planejamento e processo orçamentário, o SUS adota um conceito normativo de gestão definido pela NOB SUS 01/96.<sup>11</sup> Essa norma, ao consolidar a plena responsabilidade do poder público municipal sobre as ações e os serviços de saúde e aperfeiçoar a própria organização do sistema, definiu gestão como a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde, pelo exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, execução, acompanhamento, controle e avaliação. Esse enfoque de gestão foi assimilado gradativamente pelo processo orçamentário do SUS, definindo a gestão orçamentário-financeira como um instrumento de integração dessas funções aos objetivos, produtos e resultados da política de saúde.

Nessa perspectiva, 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. 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 a avaliação.<sup>12</sup> Desse modo, a gestão orçamentário-financeira deve ser encarada como um instrumento de integração dessas funções aos objetivos, produtos e resultados das políticas públicas.

A Figura 17.1 mostra as funções integradas dessa gestão orçamentária-financeira, indicando a existência de um fluxo permanente do planejamento até a avaliação, produzindo o resultado em saúde esperado.



**Figura 17.1** – Funções integradas da gestão orçamentária-financeira. Fonte: Mendes.<sup>4</sup>  
 PPA – Plano Plurianual (a cada 4 anos); PS – Plano de Saúde (a cada 4 anos); PAS – Programação Anual de Saúde (a cada ano); LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias (a cada ano); LOA – Lei Orçamentária Anual (a cada ano); RG – Relatório Anual de Gestão da Saúde (a cada ano); SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

Ora, se esse é o quadro sobre o qual se apoiam as funções da gestão orçamentário-financeira, interessante é verificar, mesmo nos aspectos mais gerais, o conteúdo dessas funções, para que se possa proceder à avaliação dos recursos no SUS. Dito de outro modo, é fundamental para a avaliação relacionar todos os instrumentos utilizados nessas funções.

## As funções de planejamento e orçamento

A Figura 17.1 reforça a ideia de que o gasto em saúde deve estar ligado ao planejamento como um instrumento que baliza o orçamento. Se o gasto é caracterizado por um dispêndio de recursos, representado por uma saída de recursos financeiros, ele só pode ser viabilizado se estiver em acordo com o que foi planejado e orçado. É importante assinalar que nenhum gasto deve ser realizado sem que haja disponibilidade de recursos orçamentários e financeiros. Para tanto, é importante que se resgate o planejamento como primeira função da gestão orçamentário-financeira.

A primeira etapa do planejamento refere-se à elaboração de um diagnóstico, no qual devem ser identificados os problemas e as potencialidades. A partir desse diagnóstico, são elaborados programas que buscam a solução dos problemas e/ou o melhor aproveitamento das potencialidades. Cada programa deve constituir-se em uma das formas de expressão da política de saúde, com a finalidade de produzir uma alteração na situação atual. Assim, o programa de saúde deve indicar objetivos, metas (objetivo quantificado) e indicadores, para que possa ser acompanhado, controlado e avaliado. Dito de outra maneira, não há a possibilidade de se efetuar um gasto em saúde sem antes relacioná-lo ao seu programa — objetivos, metas e indicadores.

Na realidade, essa lógica de trabalhar os recursos de forma planejada foi instituída, em primeiro plano, pela Constituição de 1988, que introduziu três instrumentos do processo orçamentário — o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA). No novo modelo, os programas e ações devem ser elaborados com base nos problemas e nas demandas da sociedade identificadas pelo planejamento e devem se constituir em unidades de gestão, com estruturas idênticas no planejamento e nos orçamentos. Pela nova sistemática, os governos municipais têm liberdade para solucionar seus problemas, organizando suas ações em programas, projetos e atividades de acordo com suas especificidades, originárias do Plano Plurianual. A proposta é transformar o Plano Plurianual num instrumento de gestão, em que dois aspectos são importantes: a cobrança de resultados e a realidade problematizada. Em síntese, os projetos e atividades que integram o orçamento têm origem nas ações de cada programa definido no Plano Plurianual.

A Lei de Responsabilidade Fiscal (nº101/2000) estabelece de forma específica o conteúdo da LDO e obriga a interação dos instrumentos de planejamento e orçamento — PPA, LDO e LOA. Esses instrumentos são leis que exprimem, em termos financeiros, a alocação dos recursos públicos, refletindo as decisões políticas e estabelecendo as ações prioritárias para o atendimento das demandas da sociedade. Nessa perspectiva, há uma lógica para a construção desses instrumentos em caráter sequencial: em primeiro, o PPA; em seguida, a LDO; e, por fim, a LOA. Na realidade, o PPA, elaborado no primeiro ano de gestão dos governos para vigorar nos quatro anos seguintes, deve orientar a elaboração de quatro LDO – anuais – e cada LDO deve orientar a elaboração de uma LOA. Cabe lembrar que todos eles devem ser precedidos do Plano de Governo, no qual são dispostas as grandes linhas de atuação, ou seja, as diretrizes do governo eleito.

No tocante à área da saúde, o orçamento do Fundo de Saúde deve respeitar as políticas e os programas de trabalho das Secretarias de Saúde. Para tanto, a elaboração do PPA, da LDO e da LOA deve seguir as definições do Plano de Saúde (PS) e da Programação Anual de Saúde (PAS), elaborados e aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde. Este último instrumento operacionaliza as intenções expressas no PS e assegura as diretrizes que devem ser contempladas na LDO e os recursos alocados na LOA. Apenas posteriormente, com a elaboração do Relatório Anual de Gestão (RG) será, então, possível avaliar os resultados alcançados em saúde e orientar eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários.<sup>13</sup>

O Plano de Saúde (PS) consolida o processo de planejamento em saúde, devendo incorporar a programação da política de saúde, indicando as intenções políticas, o diagnóstico, as estratégias, as prioridades, os programas de atuação, seus objetivos, metas e indicadores de avaliação. O Plano de Saúde (PS) é elaborado a cada 4 anos – como no PPA –, sendo revisto a cada ano em função de novas metas de gestão e de adequação à dinâmica da política de saúde.

Na PAS, são detalhados as ações, as metas e os recursos financeiros que operacionalizam o respectivo Plano, assim como apresentados os indicadores para a avaliação (a partir dos objetivos, das diretrizes e das metas do Plano de Saúde).

Reitera-se que os programas previstos no PS e na PAS devem constituir a base para a elaboração dos instrumentos do processo orçamentário – Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA).

## A função da execução orçamentária

Já a execução da gestão orçamentário-financeira integrada, particularmente na área da saúde, é função do Fundo de Saúde. Esse fundo se constitui em mecanismo de gestão financeira de recursos, vinculados ou alocados às Secretarias de Saúde para o cumprimento de seus programas e metas, e seus projetos e atividades orçamentárias.

A Constituição, em seu artigo 195, define que os recursos do SUS, enquanto integrante da Seguridade Social, são compostos por recursos provenientes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e não apenas por recursos de transferências de uma esfera de governo para outra. Na realidade, a Emenda Constitucional nº29 e a Lei nº 141/2012 tratam da exigência de que todos os recursos transferidos e próprios devem estar no Fundo de Saúde e acompanhados e fiscalizados pelo Conselho de Saúde. Desse modo, todos os recursos do SUS, nos municípios, devem ser provenientes do Fundo de Saúde e nenhuma despesa com ações e serviços de saúde pode ser realizada sem constar do Fundo de Saúde.

Assim, o orçamento do Fundo de Saúde deve expressar as políticas e os programas de trabalho da Secretaria Municipal de Saúde, observando a Programação Anual da Saúde, o Plano de Saúde, o PPA e a LDO, e os princípios da universalidade e do equilíbrio do orçamento público. A execução do gasto em saúde por meio do Fundo deve permitir permanentemente o acompanhamento de cada uma de suas dotações orçamentárias, visando o cumprimento das metas estabelecidas pelos programas nos instrumentos PAS, PS, PPA e LDO. Desse modo, a programação financeira e o cronograma de execução mensal de desembolso devem ser compatíveis com o estabelecido nesses instrumentos.

## As funções de acompanhamento e fiscalização

Em relação às funções de acompanhamento e fiscalização da gestão orçamentário-financeira integrada, elas devem ser, também, exercidas por meio do Fundo de Saúde. Isso porque é a partir dele que o sistema de acompanhamento dos programas e projetos/atividades (compatíveis com a PAS, o PS, o PPA e a LDO) é operacionalizado, garantindo o controle dos recursos aplicados na área da saúde e o cumprimento das metas definidas nos programas, seus prazos e os resultados esperados.

Para a avaliação da gestão dos recursos do Fundo de Saúde, do ponto de vista operacional, é imprescindível se apoiar nos demonstrativos orçamentário-financeiros. Esses demonstrativos se constituem materiais essenciais para o acompanhamento e a fiscalização por parte do Conselho de Saúde, do Poder Legislativo e do Tribunal de Contas. É bom lembrar também que a Lei de Responsabilidade Fiscal enfatizou a necessidade da transparência da ação pública ao exigir a elaboração de relatórios de acompanhamento da gestão fiscal e a realização de audiências públicas para a prestação de contas.

A prestação de contas em audiência pública, a cada 4 meses, no Legislativo, foi uma exigência da Lei nº 141/2012 (art. 36, § 5º) restrita ao setor da saúde, não existindo essa determinação legal específica para outras áreas das políticas públicas.<sup>14</sup>

## A função da avaliação

A função da avaliação da gestão orçamentário-integrada deve ser pensada já no momento do planejamento. Desse modo, o planejamento deve ser detalhado de forma que cada programa apresente os objetivos, metas e indicadores, o que, segundo o Ministério da Saúde, permitirá uma gestão com foco nos resultados. A avaliação deve ser permanente, sendo parte de todo o processo da gestão orçamentário-financeira local do SUS.

Nesse sentido, a avaliação deve orientar-se pela busca da constante adequação do processo em curso ao objetivo explicitado no plano. Vale acrescentar que é mediante instrumentos de avaliação que “correções de rota” podem ser realizadas. Para a avaliação de um Programa de Saúde (estabelecido no Plano de Saúde, no PPA, na Programação Anual de Saúde, na LDO e na LOA), devem ser criados indicadores suficientemente claros, permitindo a sua adequada avaliação.

Cabe assinalar que o SUS dispõe de instrumentos de avaliação importantes: o Plano de Saúde; e o Relatório de Gestão (RG). O RG constitui-se instrumento essencial para a avaliação dos recursos aplicados nos programas de saúde. Ele deve estar compatível com o Plano de Saúde, demonstrando sua relação com as metas, os resultados e a aplicação dos recursos planejados.

O RG permite a sistematização e divulgação das informações sobre os resultados alcançados com o desenvolvimento dos programas do SUS, bem como a avaliação da probidade dos gestores do sistema. Assim como o Plano de Saúde, o RG deve ser submetido ao Conselho de Saúde e aprovado por ele.

Feitas essas observações sobre o conteúdo das funções da gestão orçamentário-financeira na área da saúde, cabe enfatizar que a avaliação da gestão dos recursos tem de ser realizada por meio da relação entre todos os instrumentos descritos: o PPA; o PS; a PAS; a LDO; a LOA; a execução do Fundo de Saúde; e o RG.

Desde 2010, o Relatório de Gestão dispõe do SARGSUS – Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão do SUS. O SARGSUS é uma ferramenta eletrônica que fornece aos gestores municipais um instrumento informatizado que facilite a elaboração e o envio do RG. Utiliza as bases de dados nacionais com informações que servem para qualificar os processos e práticas do monitoramento e avaliação da gestão dos recursos.

## O orçamento por desempenho como instrumento para a avaliação dos recursos do SUS

Uma interessante ferramenta para a avaliação dos recursos do SUS, que relaciona o orçamento e os resultados da política planejada, refere-se ao *Performance Budget* (PB), isto é, “Orçamento por Desempenho”. Robinson<sup>14</sup> argumenta que o PB tem a função básica de relacionar, a partir de diferentes eixos de avaliação com indicadores específicos, os recursos despendidos em ações públicas e seus respectivos resultados, visando alcançar impactos nas condições de vida da sociedade. 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 para esse tipo de orçamento.

O “Orçamento por Desempenho”,<sup>15</sup> já praticado em vários países que compõem a OCDE (Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico),<sup>16</sup> constitui passo à frente na qualificação do orçamento-programa, uma vez que os indicadores das políticas públicas organizados, segundo sua lógica, contribuem para avaliar os resultados alcançados e para tanto necessitam que os instrumentos orçamentários – no nosso caso PPA, LDO e LOA – estejam bem organizados e propostos.

Para Weiller e Mendes (*apud* Nóbrega, 2011),<sup>17,18</sup> os resultados, evidenciados pelo PB, podem ser indicados por meio 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. Desse modo, para esses autores, a definição de produtos exige evidenciar algumas categorias importantes, em que os indicadores para a avaliação devem ser agrupados:

- **Recursos:** indicadores como número de médicos, unidades básicas de saúde construídas, medicamentos 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:** reúne indicadores cuja medida é fundamental porque representa o resultado imediato. É interessante observar que, na maioria das vezes, apenas há atenção na questão do resultado imediato.
- **Eficiência:** abrange indicadores relacionados ao conceito econômico, sendo *output* por unidade monetária; no entanto, quando avaliamos programas de governo, a resposta não pode ser tão simples. Os programas de governo devem atender 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:** contempla indicadores que 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.

No tocante ao setor saúde, em nível de um município, o Secretário de Saúde já dispõe de um vasto rol de indicadores para serem agregados/desenvolvidos nas categorias do PB, juntamente com o processo de orçamentação. Importante destacar que com a implantação do Pacto pela Saúde no SUS, instituído por meio da Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006,<sup>19</sup> ficou estabelecida uma relação de indicadores a serem pactuados, ano a ano, entre os gestores do SUS.<sup>17</sup> A partir da instituição do Pacto pela Saúde, criou-se o Sistema de Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (Sispacto) que permite o registro de metas pactuadas por Municípios, dispendo sobre as regras do processo de pactuação de indicadores para cada ano, com vistas ao fortalecimento do planejamento no SUS.<sup>12</sup>

Nesse contexto, a avaliação dos recursos do SUS por meio da ferramenta PB deve buscar responder à seguinte indagação: em que medida é possível manter a relação entre o planejamento, o orçamento e o gasto em saúde e os efeitos sobre a melhoria da saúde da população?

Para que se possa dar adequado tratamento à essa indagação, devem ser utilizadas as informações orçamentárias do PPA, das LDO e das LOA, além das agregações das despesas conforme as subfunções: atenção básica; assistência ambulatorial e hospitalar; produtos profiláticos e terapêuticos; vigilância sanitária; vigilância epidemiológica; alimentação e nutrição e outras subfunções. Essas informações devem ser relacionadas com os indicadores do Sispacto, do município a ser avaliado, e agrupados segundo as quatro categorias do PB ou “Orçamento por Desempenho”: recursos, *outputs*, eficiência e *outcomes*.

Weiller e Mendes<sup>16</sup> realizam essa avaliação do desempenho do gasto em saúde do município de São Bernardo do Campo, a partir da utilização da ferramenta PB, buscando relacionar os instrumentos de planejamento orçamentários (PPA, LDO e LOA) com os resultados da política de Saúde alcançados. Para tanto, consolidam os indicadores do município que tiveram sua frequência em mais de 3 anos no período analisado (2006-2012), totalizando um conjunto de 33 indicadores, distribuídos nas quatro categorias do PB. Desse modo, avaliam a relação entre as metas alcançadas no município de São Bernardo do Campo, os recursos envolvidos e os resultados das políticas de Saúde sob a ótica do orçamento.

Para a melhor compreensão da avaliação por desempenho nesse município, Weiller e Mendes<sup>15</sup> averiguam o alcance ou não das metas propostas aos indicadores, ano a ano, disponibilizando tabelas com colunas organizadas em Meta proposta (P<sup>1</sup>) e Resultado alcançado (A<sup>2</sup>) (Tabela 17.7). Assim, comparou-se cada resultado obtido no ano com a sua respectiva meta proposta. Além disso, organizou-se uma tipologia dos indicadores e seus resultados por meio de cores distintas, sendo que para a meta alcançada, utilizou-se a cor cinza claro e, para as metas não alcançadas, cinza escuro. A fim de exemplificar esses procedimentos metodológicos, apresentamos apenas uma tabela que se refere à categoria *Outcomes*, utilizada por esses autores em seu estudo, relacionada aqui como Tabela 17.7.

Weiller e Mendes<sup>16</sup> mostram que, para o indicador “Taxa de mortalidade por Aids” por 100 mil habitantes, ocorreu um cumprimento das metas em quase todos os anos analisados, com exceção de 2011. Já o “Coeficiente de mortalidade infantil”, nos dois primeiros anos, obteve resultados abaixo da meta, com melhora a partir de 2011 e 2012. Os “Coeficientes de

Tabela 17.7 – Relação de indicadores estabelecidos para a categoria *Outcomes* do “Orçamento por Desempenho”, segundo despesas por subfunção de São Bernardo do Campo, de 2006 a 2012, conforme estudo de Weiller e Mendes.<sup>16</sup>

Subfunção	Indicador	2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012	
		A <sup>2</sup>	P <sup>1</sup>												
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	3,1	0	1	0	3,67	1,2	2
Outras subfunções	Coefficiente de mortalidade infantil	12,5	12,5	12,5	-	-	-	-	-	-	-	10	12	9,9	9,4
Outras subfunções	Coefficiente de mortalidade neonatal	7,64	7,25	8,08	7,7	7,8	7,7	6,9	7,7	-	-	6,29	7,45	-	-
Outras subfunções	Coefficiente de mortalidade neonatal tardia	2,64	2	5,04	4,7	4,2	4,7	6	4,7	-	-	3,74	4,54	-	-

<sup>1</sup> Meta proposta

<sup>2</sup> Resultado alcançado

(-) Sem registro

Fonte: SISFACTO – Elaboração própria (Weiller e Mendes)<sup>16</sup>

mortalidade neonatal e neonatal tardia” tiveram, na maioria dos quatro primeiros anos, um desempenho ruim, vindo a apresentar melhores resultados no ano de 2011.

Para completar a avaliação, Weiller e Mendes<sup>16</sup> fazem uma relação importante entre os indicadores e as Despesas segundo a subfunção. Os autores destacam que, a partir de 2010, as despesas com as “outras subfunções” obtêm crescimento considerado, 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”, conforme indica a Tabela 17.7.

Weiller e Mendes<sup>16</sup> contribuem de forma importante para concretizar a avaliação por desempenho ao organizarem os 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 das condições de vida da população.

Nessa perspectiva, considera-se fundamental ressaltar que os gestores públicos devem se preocupar, fundamentalmente, com a melhor elaboração dos instrumentos orçamentários – PPA, LDO e LOA – para possibilitar o uso da ferramenta “Orçamento por Desempenho”. Somente desse modo será possível enfrentar o desafio de se utilizar essa nova ferramenta, possibilitando ampliar a avaliação da gestão dos recursos do SUS, por meio da avaliação por desempenho.

## Referências Bibliográficas

- Mendes A. Tempos turbulentos na saúde pública brasileira: impasses do financiamento no capitalismo financeirizado. São Paulo: Hucitec, 2012. 170p.
- Mendes A, Fúncia F. O SUS e seu financiamento. In: Marques R, Piola SF; Roa AC (orgs). Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento. Rio de Janeiro: Abres; Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento; OPAS/OMS no Brasil, 2016. 260p.
- BRASIL. Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o parágrafo 3º 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 critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 16 jan. 2012. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LCP/Lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm). Acesso em: 6 out. 2014.
- Teixeira HV, Teixeira MG. Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do Siops. Ciência & Saúde Coletiva, vol.8, n.2, 2003, pp. 379-391.
- Mendes AN. 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 em Economia). Campinas: SP, 2005.
- Mendes A (coord). Financiamento e gasto do Sistema Único de Saúde (SUS) realizados pelos municípios da Região Metropolitana de São Paulo 2002 a 2008. Observatório de Saúde da Região Metropolitana de São Paulo, São Paulo: FUNDAP, 2010.
- Mendes A. Estudo de viabilidade econômico-financeira dos municípios. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, Projeto de fortalecimento da gestão estadual da saúde de São Paulo. C.E. nº: 3051/OC-BR, Produtos 1, 2 e 3, 2014/2015.
- Mendes A, Marques RM, Leite MG, Tubone M. Financiamento da Saúde: análise dos gastos estaduais e municipais do Estado de São Paulo. Brasília, DF: IPEA, Relatório de Pesquisa, Projeto BRA 97/03, 1999. Mimeografado.
- Piola S, Vianna S. Regionalização dos gastos federais com saúde: desigualdades na distribuição espacial dos recursos. Brasília, DF: Ministério da Saúde; São Paulo: Fundap, Projeto Análise da Regionalização dos Gastos Federais em Saúde, no Brasil e no Estado de São Paulo, 2002.
- BRASIL. Ministério de 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... Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 15 abr. 1999. Disponível em: <http://www3.tesouro.gov.br/legislacao/download/contabilidade/portaria42.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2016.

11. BRASIL. Lei complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 maio 2000. p. 1. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LCP/Lcp101.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp101.htm)>. Acesso em: 26 jun. 2016.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 2.023, de 6 de novembro de 1996. Dispõe sobre a NOB 01/96 Norma Operacional Básica do SUS. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 nov. 1996. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203\\_05\\_11\\_1996.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html)>. Acesso em: 8 jun. 2016.
13. Mendes NA, Santos SBS. Aperfeiçoamento em administração orçamentária e financeira governamental - Administração Orçamentária e Financeira Governamental. São Paulo: Escola Fazendária do Estado de São Paulo, set 2001. 64p.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de planejamento no SUS/Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. - Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 136p: - (Série Articulação Interfederativa; v. 4).
15. Robinson M. Orçamento por Desempenho (OD): modelos de orçamento por resultado e fatores-chaves. São Paulo, 2008. Disponível em: <[http://www.fazenda.sp.gov.br/seminario\\_orcamento%5C0112%5Cpainel3\\_0112\\_Marc\\_Robinson.pdf](http://www.fazenda.sp.gov.br/seminario_orcamento%5C0112%5Cpainel3_0112_Marc_Robinson.pdf)>. Acesso em: 20 fev. 2013.
16. Organization for Economic Co-Operation And Development. Performance budgeting in OECD countries. Paris: OECD, 2007. Disponível em: <[http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/seges/arquivos/ocde2011/oecd\\_performance\\_countries.pdf](http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/seges/arquivos/ocde2011/oecd_performance_countries.pdf)>. Acesso em: 20 jul. 2016.
17. Weiller JAB, Mendes A. O orçamento por desempenho como ferramenta para gestão e avaliação da política de saúde no município de São Bernardo do Campo, no período 2006 a 2012. Saúde em Debate, v. 40, p. 36-52, 2016.
18. Nóbrega M. Orçamento, eficiência e performance budget. In: Scaff FF, Conti JM. (org). Orçamentos públicos e direito financeiro. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011.
19. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. 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](http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/LEG_NORMA_PESQ_CONSULTA.CFM)>. Acesso em: 22 fev. 2013.

## Índice Remissivo

### A

- Algumas reflexões que podem colaborar para a análise dos dados, 155
- Análise de dados secundários nos serviços de saúde, 115
  - bases de dados disponíveis e suas características, 118
  - conclusões, 122
  - contexto e conceitos gerais para análise de dados secundários, 116
  - introdução, 115
  - processos de análise de dados secundários, 119
- Avaliação da atenção à saúde bucal, 185
  - alguns indicadores, 189
    - indicadores, 190, 191, 193, 195
      - da efetividade, 193
      - da eficácia, 195
      - da eficiência, 191
      - do modelo de atenção, 190
  - avaliação: qualidade e quantidade, 188
  - indicadores qualitativos, 195
  - introdução, 185
  - metas em saúde bucal, 197
  - sistemas de informações, 196
- Avaliação da atenção primária à saúde, 101
  - avaliação em APS, 102
  - avaliando os atributos da APS: o Primary Care Assessment Tool (PCAT), 107
  - breve recuperação da APS/Atenção Básica no Brasil, 106
  - introdução, 101
  - Programa Nacional para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), 109
- Avaliação das redes regionais de atenção à saúde no SUS, 125
  - avaliação da qualidade dos serviços de saúde e os indicadores das redes de atenção à saúde, 131
  - introdução, 125
  - sistemas de informação de atenção à saúde e os indicadores para monitoramento e avaliação de serviços de saúde, Os, 128
  - uso da informação da atenção para a gestão, planejamento, regulação e avaliação e a contribuição da epidemiologia de serviços de saúde, 126
- Avaliação de implantação de programas nacionais, 137
  - abordagem qualitativa, 144
    - amostragem de municípios para a abordagem qualitativa, 144
    - análise dos dados qualitativos, 146
    - coleta de dados qualitativos, 144
    - resultados da abordagem qualitativa, 147
  - abordagem quantitativa, 140
    - análise comparativa entre os municípios aderidos e não aderidos ao PHPN, 142
      - análise comparativa entre os municípios que aderiram ao PHPN, 142
    - análise dos dados quantitativos, 141
    - categorização dos municípios para relacionar porte populacional e adesão, 141
    - organização dos dados, 140
      - não disponíveis na internet, 140
      - secundários disponíveis na internet, 140
      - sistemas oficiais de informação do SUS, 140
    - resultados da análise quantitativa, 143
      - análise do tempo de adesão e de realização das atividades do PHPN, 143
      - desempenho no atendimento pré-natal, 143
  - análise integrada, 147