

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”

*Planejamento orçamentário e
financeiro à luz das prioridades da
Atenção à Saúde*

A POLÍTICA DE SAÚDE COMO UM PROCESSO DE MUDANÇA

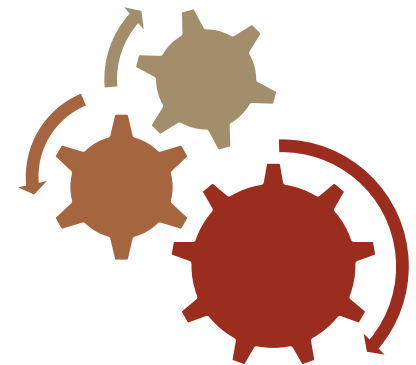
Segundo Paim e Teixeira (2006), a política de saúde abrange questões relativas ao **poder em saúde** se referenciando ao estabelecimento de **diretrizes, planos e programas** e, ainda, expressa **dimensões do poder**

A construção histórica do movimento sanitário e os aspectos normativos e legais estabelecidos no SUS tem apresentado uma vertente estruturalista-funcional (Planos de Saúde, RAG, PPI, Pacto e COAPS)

Há, ainda, o surgimento de metodologias de avaliação de desempenho de sistemas de saúde:

Rede Interagencial de Informação para a Saúde (indicadores de saúde)

PROADESS (FIOCRUZ e MS)



A QUESTÃO CENTRAL DO DESEMPENHO SE MOSTRA ESSENCIAL DADA À NECESSIDADE E O ANSEIO DA POPULAÇÃO POR MELHORES CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE

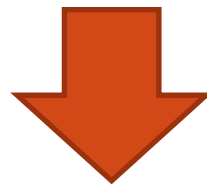
“Os governos estão sob pressão para avaliar o seu próprio desempenho. A informação sobre o desempenho do setor público pode satisfazer a necessidade pública de saber, e pode ser usada para mostrar que os governos fornecem uma boa relação custo-benefício através de suas ações...” (tradução nossa, OECD, 2007)



Crescentes gastos municipais e Estaduais com Saúde (% PIB)



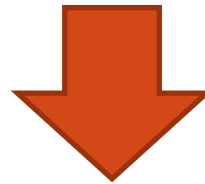
Cenário de instabilidade de financiamento adequado (PEC-358/2013) dado as comparações com sistemas de saúde universais (Reino Unido, França, Canadá, etc.)



O *Performance Budget (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 ESTADO QUE SE PAUTE NA GARANTIA DE DIREITOS UNIVERSAIS, “SÓ SE JUSTIFICA” PELO REAL IMPACTO QUE SUAS AÇÕES GERAM NA MELHOR QUALIDADE DE VIDA DA POPULAÇÃO

“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” (Mendes, 2001)



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**.

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?



Surge a necessidade de um instrumento que acompanhe o ciclo das funções integradas da Gestão Pública trazendo respostas rápidas para as ações dos gestores num processo de constante reprogramar-reavaliar, conforme o

Orçamento por Desempenho

OBJETIVOS

- O objetivo principal:
 - 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.
- Os objetivos específicos:
 - 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.

METODOLOGIA

- O trabalho possui:
 - caráter documental (investigativa) e bibliográfico (utiliza livros, artigos e legislações que abordem a temática do trabalho)
 - os valores financeiros foram corrigidos segundo IGP-DI com base em dezembro de 2012
 - Análise dos instrumentos do processo de orçamentação e gestão (PPA, LDO, LOA, Plano de Saude, PAS, Relatório de Gestão, Indicadores do Pacto, de transição e COAP)
- O período de análise dos documentos e dados é de 2005 a 2012 (duas gestões municipais - possibilitou uma análise comparativa da gestão em saúde de possíveis diferentes grupos gestores)
- Elaborou-se uma ferramenta que pode contribuir para mensurar o melhor desempenho da ação pública em saúde
- Para os conceitos de eficiência, eficácia e efetividade, este trabalho se pauta, nas definições e discussões que Cohen e Franco realizaram, e que são a base, também, para o TCU

O PLANEJAMENTO DEVE ORGANIZAR AS AÇÕES, DESENCADEANDO UM PROCESSO QUE VÁ ALÉM DO CURTO PRAZO, PLANEJE O MÉDIO E O LONGO PRAZO, OBJETIVANDO A EFETIVIDADE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

- Planejamento

- **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).
- 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.
- 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.

O ORÇAMENTO É UM VERDADEIRO INSTRUMENTO POLÍTICO, JÁ QUE NÃO É POSSÍVEL PENSÁ-LO SEM ANALISAR OS INTERESSES SOCIAIS

- Orçamento e sua execução
 - “**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 PPA, LDO e LOA.
 - A evolução das técnicas de elaboração do orçamento se deu em etapas históricas da organização político-administrativa do Estado brasileiro
- Uma interessante ferramenta que relaciona o orçamento e os reais impactos da política planejada é o Orçamento por Desempenho
 - 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. Segundo Nóbrega (2011):
 - Recursos
 - Outputs
 - Eficiência
 - Outcomes

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

- Segundo as análises da OECD (2007)
 - 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
 - Dentro dos últimos cinco anos, 75% dos países da OECD introduziram uma nova iniciativa
 - 40% dos países que compõe a OECD iniciaram o uso de medições de resultados há pelo menos 10 ou mais anos

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 |

APESAR DAS DIFICULDADES QUE POSSAM EXISTIR, ORGANIZAR O PB É “DAR UM PASSO SEGUINTE” AO ORÇAMENTO PROGRAMÁTICO BRASILEIRO

- 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
 - Há a crença de que indefinidamente se pode gastar ano após ano em programas não efetivos e de pouca transparência
 - A mensuração dos indicadores estabelecidos para o acompanhamento do desempenho pode estar submetida a fatores externos que não foram ponderados
 - Há ainda poucos estudos e trabalhos acadêmicos que contextualizam esta prática do PB

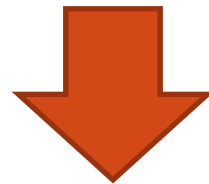
A avaliação deve proporcionar informação que seja crível e útil para permitir a incorporação da experiência adquirida no processo de tomada de decisão

- Avaliação

- Durante a década de 1990, a tônica política na avaliação de políticas passa a ser a função de legitimação (fatores político-econômicos específicos), havendo também uma mudança dos atores dominantes

“Os avaliadores se convertem em auditores que privilegiam a medição dos resultados”

- 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)
- Segundo a OECD: O propósito da avaliação é determinar a pertinência e alcance dos objetivos, a eficiência, efetividade, impacto e sustentabilidade do desenvolvimento.



Necessidade de indicadores que visem o desempenho das ações públicas numa lógica de reorientação/replanejamento como condição *sine qua non* para uma política de saúde efetiva

O DESENVOLVIMENTO DOS PROCESSOS DE REGIONALIZAÇÃO ASSUMEM, CADA VEZ MAIS, UM CARÁTER FORMAL E OBRIGATÓRIO ENTRE OS ENTES FEDERADOS

- NOBs e NOASs (Conceitos de regionalização e hierarquização)
- Pacto pela Saúde (Foco maior nos processos de negociação e pactuação) - Termo de Compromisso de Gestão
 - 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.
- O acordo de colaboração entre os entes federativos para a organização da rede interfederativa de atenção à saúde será firmado por meio de Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde

Tribunais de Contas

Ministério Público

Pactuação X Contratualização

Auditoria e Avaliação - MS

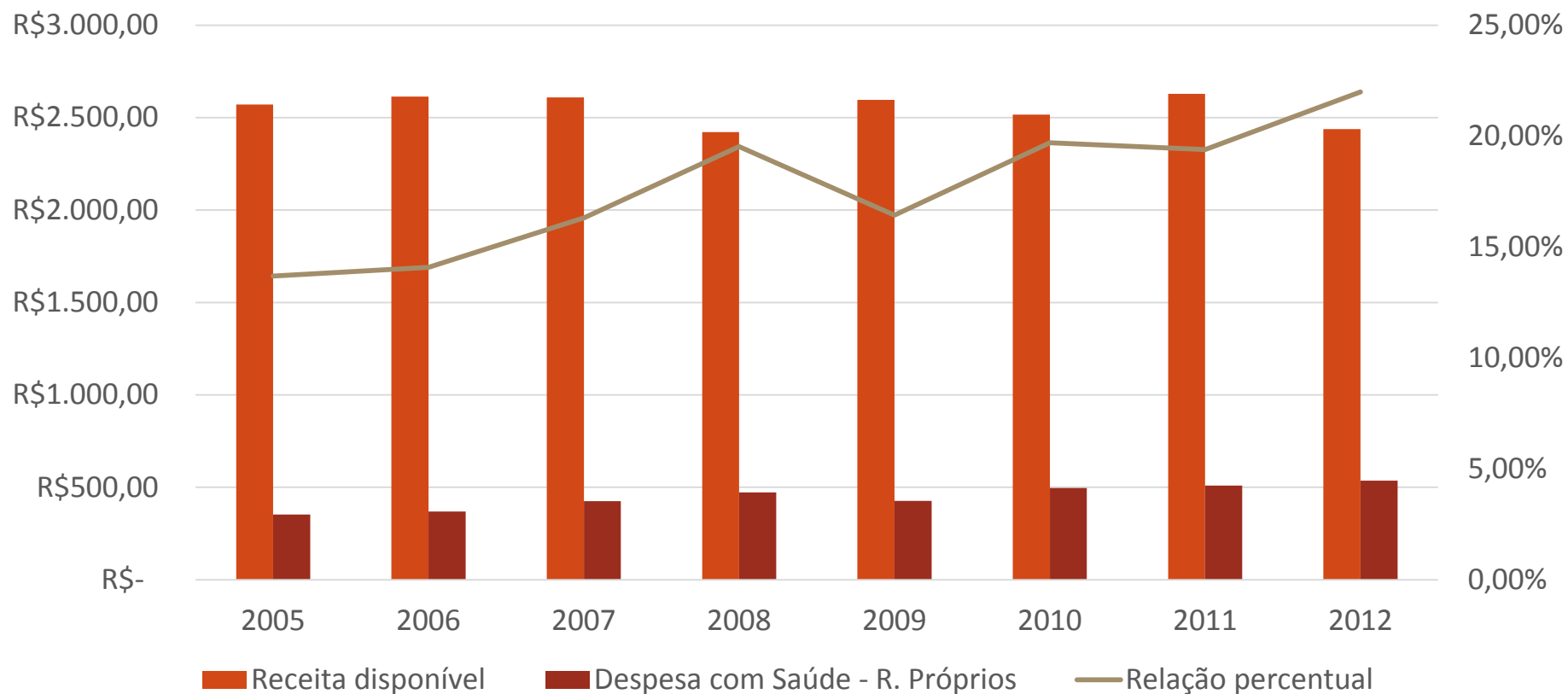
Conselhos de Saúde

AS CARACTERÍSTICAS ECONÔMICO-FINANCEIRAS DE SBC POSSIBILITARAM UMA AMPLIAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO, QUANDO DA “OUSADIA” DA GESTÃO PÚBLICA EM PRODUZIR “MAIS SUS”

- São Bernardo do Campo
 - 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
 - Maior PIB do Grande ABC e 2º maior PIB *per capita*
 - Para IDH geral, apresentou um crescimento de 25,39% no período, mantendo a posição de 3º lugar em 1991 e 2010

HÁ UM AVANÇO DO SETOR SAÚDE PARA DENTRO DOS GASTOS GERAIS DO GOVERNO DE SBC

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

O AUMENTO DAS RECEITAS VIA TRANSFERÊNCIAS FEDERAIS SUPORTARAM A MANUTENÇÃO DOS GASTOS COM RECURSOS PRÓPRIOS MUNICIPAIS COM SAÚDE

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

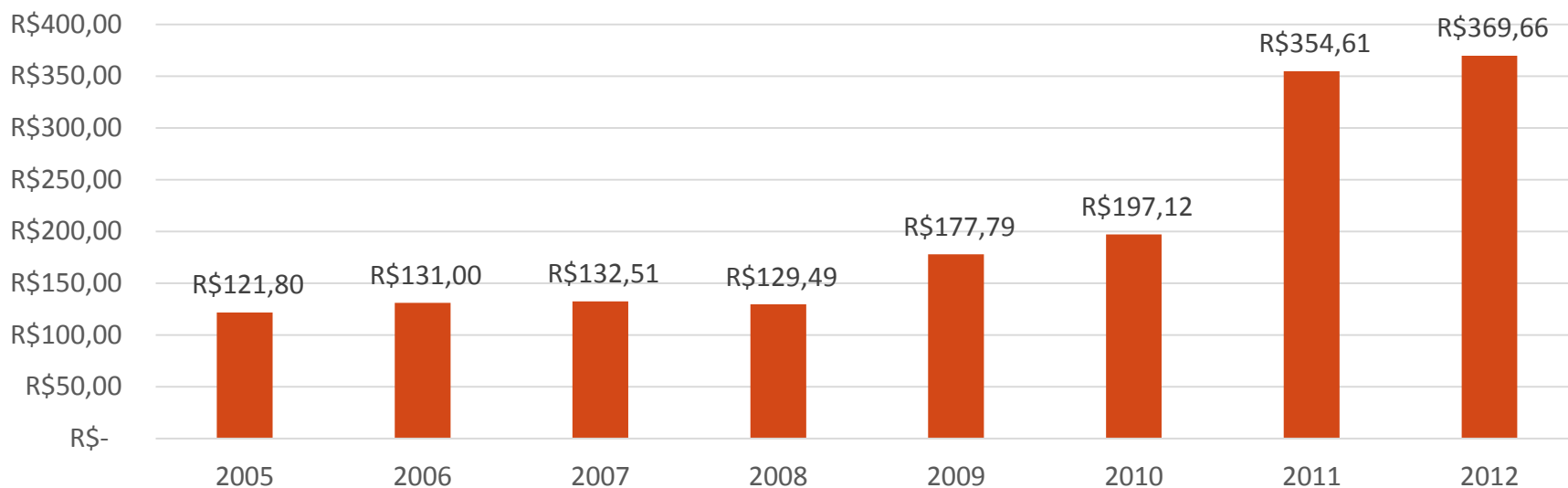


Tabela 3 – Percentual de recursos próprios gastos em saúde em São Bernardo do Campo

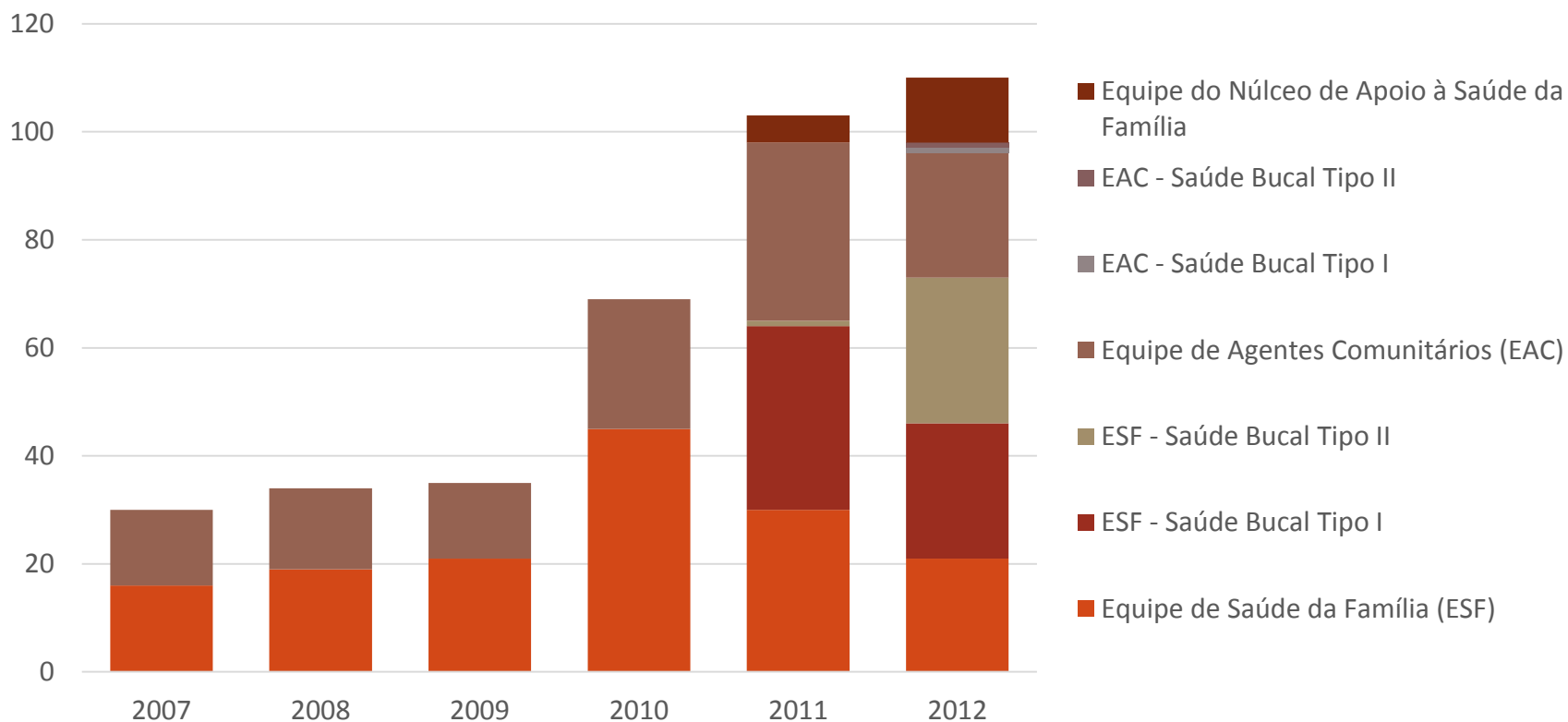
| 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 20,84% | 20,71% | 22,49% | 24,17% | 20,75% | 22,46% | 20,92% | 21,98% |

Fonte: SIOPS (2014) – Elaboração própria

Nota: (*) Deflator IGP-DI – FGV

A AMPLIAÇÃO DE EQUIPES E SUA DIVERSIFICAÇÃO SE DEU, DE FORMA MAIS CLARA, A PARTIR DE 2010 AUMENTANDO A COBERTURA DA ESF EM TODA SBC

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



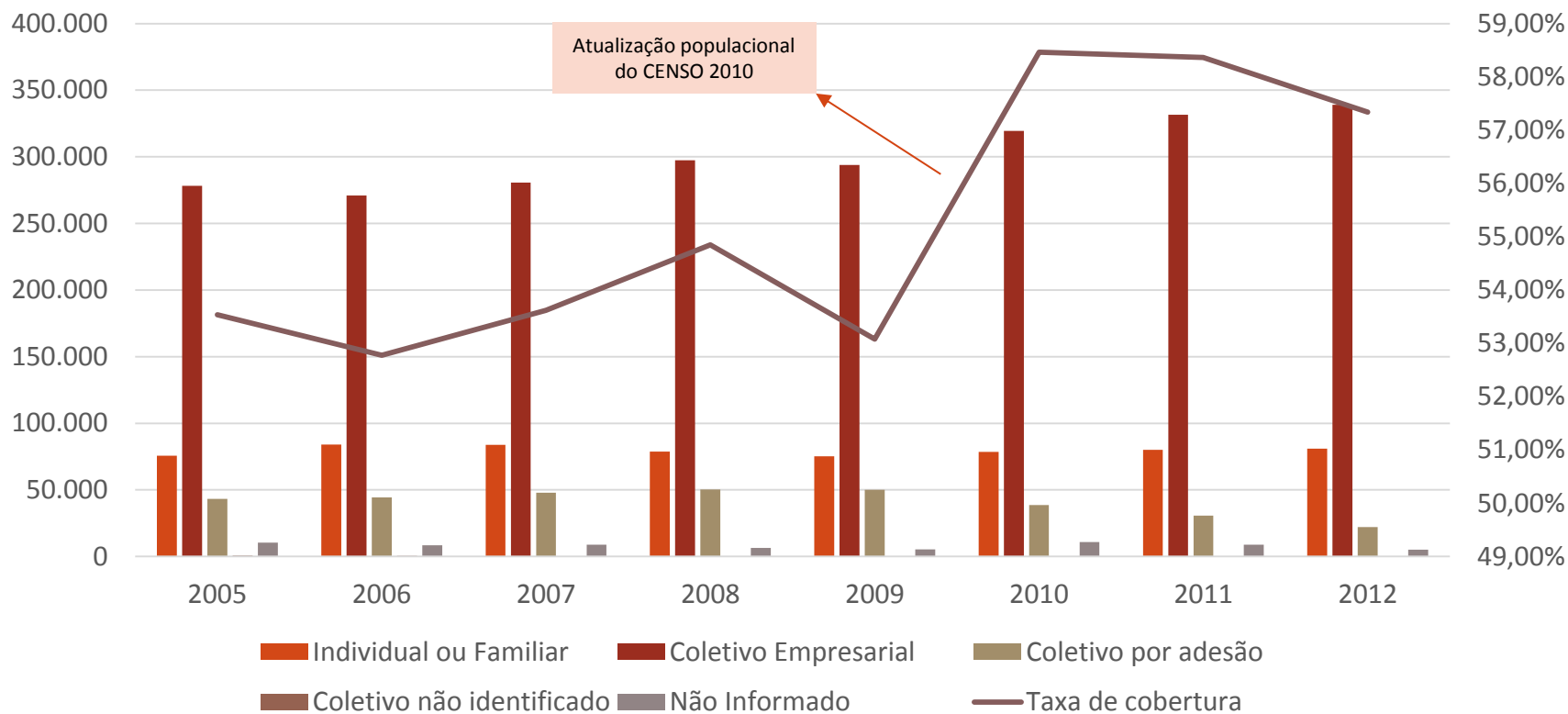
PÔDE-SE OBSERVAR QUE, QUANDO ANALISADOS OS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE, A PARTIR DE 2009 HÁ AMPLIAÇÃO E DIVERSIFICAÇÃO DAQUELES

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 |

ANALISAR AS POSSÍVEIS “MIGRAÇÕES” DA POPULAÇÃO USUÁRIA DA SAÚDE SUPLEMENTAR PARA O SUS, IMPLICA EM ENTENDER OS RESULTADOS QUE AS GESTÕES PODEM ALCANÇAR

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



A ESTRUTURAÇÃO PROCESSUAL DOS PPA, LDOs E LOAs, DEVEM SE RELACIONAR PARA GARANTIR A MEDIÇÃO DAS AÇÕES, OBJETIVO FINAL DO ORÇAMENTO-PROGRAMÁTICO VIGENTE

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 |

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 |

OS PROGRAMAS APRESENTADOS PARA AS LDOs DE 2005 A 2008 APRESENTAM UM DESCRIÇÃO DE PROJETOS AO INVÉS DE ESTRATÉGIAS MAIS ABRANGENTES

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 | | | |

OS PROGRAMAS APRESENTADOS PARA AS LDOs DE 2009 A 2012 JÁ SE APRESENTAM DE FORMA MAIS ELABORADA E ABRANGENTE

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 |

No PPA 2002-2005 IDENTIFICOU-SE POUCAS AÇÕES DESCRITAS, PRATICAMENTE UMA POR OBJETIVO DO PPA

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 |

No PPA 2006-2009 HÁ A ELABORAÇÃO DE MAIS AÇÕES (DE 9 PARA 93) COM PREDOMÍNIO DE CONSTRUÇÕES, CONTRATAÇÕES DE TERCEIROS E COMPRAS DE EQUIPAMENTOS

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 | Repasso 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 |

POR FIM, NO PPA 2009-2013, ALÉM DA AMPLIAÇÃO (DE 93 PARA 116) DAS AÇÕES, OS PROCESSOS DE MANUTENÇÃO, ADEQUAÇÃO E AMPLIAÇÃO FORAM GARANTIDOS

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 |

OS INDICADORES APRESENTADOS NAS LDOs DE 2006 A 2009 APRESENTARAM BONS RESULTADOS APESAR DA POUCA “OUSADIA” DOS GESTORES EM MELHORÁ-LOS

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 |

- Para todos os indicadores relacionados no período 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
- 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

NO PERÍODO DE 2010 A 2012 AS LDOs NOTOU-SE, SIM, MAIOR “OUSADIA” DOS GESTORES NA BUSCA DE MAIS E MELHORES RESULTADOS

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 |

- Identificou-se um número maior de indicadores e de qualidade destes
- Houve variações nos cumprimentos das metas, ano a ano, porém com uma situação positiva dominante
- Há de se considerar que houve indicativo de tentativa de melhora dos resultados

PARA UMA ANÁLISE DO DESEMPENHO ENTRE AS POLÍTICAS DE SAÚDE E OS INSTRUMENTOS ORÇAMENTÁRIOS ESTRUTUROU-SE UMA MATRIZ QUE NA LÓGICA DO PB

Para escolha de tais indicadores este trabalho consolidou os que tiveram sua frequência em mais de três anos no período de estudo (2005-2012), totalizando um conjunto de 33 indicadores (2009)

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 |

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.

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 |

A CATEGORIA **RECURSOS** REPRESENTA OS RECURSOS NECESSÁRIOS REALIZAR AÇÕES EM SAÚDE, PORÉM, QUE NÃO INDICARAM A REALIZAÇÃO DE PROCESSOS DE TRABALHO, RESULTADOS IMEDIATOS OU DE LONGO PRAZO

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

| 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 | |
| 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 | |

A CATEGORIA **OUTPUTS** REPRESENTA DOS RESULTADOS IMEDIATOS ALCANÇADOS, NÃO NECESSARIAMENTE INDICANDO UM REAL IMPACTO EM MELHORES CONDIÇÕES DE VIDA DA POPULAÇÃO, TENDO, AINDA, GRANDE RELAÇÃO COM AS LDOS

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

| 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 | |
| 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 | - | - | |

PARA A CATEGORIA **EFICIÊNCIA**, TRABALHOU-SE COM A DEFINIÇÃO DE GARANTIA DE REALIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO/CUIDADO QUE, NÃO NECESSARIAMENTE, ACARRETOU RESULTADOS IMEDIATOS OU A LONGO PRAZO

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 | |
| 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 | - | - | |

PARA A CATEGORIA **EFICIÊNCIA**, TRABALHOU-SE COM A DEFINIÇÃO DE GARANTIA DE REALIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO/CUIDADO QUE, NÃO NECESSARIAMENTE, ACARRETOU RESULTADOS IMEDIATOS OU A LONGO PRAZO

| 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 | |
| 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 | |

POR FIM, PARA A CATEGORIA **OUTCOMES**, ORGANIZOU-SE INDICADORES QUE REPRESENTAM RESULTADOS DE MÉDIO E LONGO PRAZO, TENDO UMA RELAÇÃO IMPORTANTE COM A ORGANIZAÇÃO DOS PPAS

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

| 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 | |
| 302 - Assistência Hospitalar e Ambulatorial | Taxa de letalidade por febre hemorrágica de dengue | - | - | - | 0 | 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 | - | - | |

ANALISAR AS DIFERENTES GESTÕES, A PARTIR DE UM QUADRO COMPARATIVO DE METAS, É AÇÃO FUNDAMENTAL PARA QUALIFICAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DO DESEMPENHO ALCANÇADO

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% |

- Pode-se inferir que o grupo gestor presente no primeiro quadriênio, 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*)
- 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
- Importante considerar que apenas o PPA 2010-2013 apresentou um rol de indicadores (12) para mensurar as ações presentes no instrumento orçamentário em questão

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- O “Ciclo das funções integradas da Gestão Pública” indica uma articulação necessária e, talvez obrigatória, para o alcance de um desempenho da ação pública na garantia de melhores condições de vida e saúde (desempenho) para a população alvo
- Todo o trajeto estrutural e legal da orçamentação no SUS oferece “ferramentas” suficientes (PPAs, LDOs, LOAs, COAP, RAG, etc.) para o avanço dos gestores na prática de uma gestão que vise um melhor desempenho perante às necessidades de saúde da população
- Importante destacar, até o período analisado, a ausência da formulação do COAP e o possível “buraco” que isto pode gerar no processo de responsabilização e regionalização das ações em saúde do Grande ABC

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- São Bernardo do Campo tem se apresentado como município vanguardista no desenvolvimento do SUS municipal com claro avanço desde 2009
- A inobservância da avaliação dos PPAs e LDOs dos anos em estudos indicaram, de fato, o atraso ainda crônico na prática do orçamento-programático, que gera um esforço, ainda maior, para início do Orçamento por Desempenho no município de São Bernardo do Campo
- Importante lembrar que os municípios ainda vivem um processo de sub-financiamento, o que torna urgente o desenvolvimento e uso de ferramentas como o PB, que ajudem os gestores a utilizar melhor os poucos recursos financeiros que dispõem, maximizando e fortalecendo seus programas, ações, indicadores e metas pactuadas/contratualizadas

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*

OBRIGADO!

José Alexandre Buso Weiller

jose.alexandre.bw@gmail.com