

**UNIVERSIDADE MUNICIPAL DE SÃO CAETANO DO SUL  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO  
DOUTORADO**

**Francisco Rózsa Funcia**

**CONTROLE SOCIAL NA GESTÃO DO SUS: um estudo do processo  
de avaliação da execução orçamentária e financeira do Ministério  
da Saúde pelo Conselho Nacional de Saúde**

**São Caetano do Sul**

**2022**



**FRANCISCO RÓZSA FUNCIA**

**CONTROLE SOCIAL NA GESTÃO DO SUS: um estudo do processo de  
avaliação da execução orçamentária e financeira do Ministério da Saúde  
pelo Conselho Nacional de Saúde**

Tese de Doutorado apresentada ao  
Programa de Pós-Graduação em  
Administração da Universidade Municipal  
de São Caetano do Sul como requisito  
para a obtenção do título de Doutor em  
Administração.

Área de concentração: Gestão e  
Regionalidade

Orientadora: Prof.<sup>a</sup>. Dra. Maria do Carmo Romeiro

**São Caetano do Sul**

**2022**

## FICHA CATALOGRÁFICA

FUNCIA, Francisco Rózsa

Controle social na gestão do SUS : um estudo do processo de avaliação da execução orçamentária e financeira do Ministério da Saúde pelo Conselho Nacional de Saúde / Francisco Rózsa Funcia. – São Caetano do Sul: USCS, 2022.

194 p.: il.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup>. Dra. Maria do Carmo Romeiro.

Tese (doutorado) – USCS, Universidade Municipal de São Caetano do Sul, Programa de Pós-Graduação em Administração, 2022.

1. Gestão para o Desenvolvimento e Regionalidade. 2. Controle Social da Gestão Pública da Saúde. 3. Gestão Orçamentária e Financeira. 4. Procedimentos de Avaliação do Relatório de Gestão pelo Conselho Nacional de Saúde. I. Título. II. Romeiro, Maria do Carmo. III. USCS - Programa de Pós-Graduação em Administração.

**Reitor da Universidade Municipal de São Caetano do Sul**

Prof. Dr. Leandro Campi Prearo

**Pró-reitora de Pós-graduação e Pesquisa**

Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria do Carmo Romeiro

**Gestor do Programa de Pós-graduação em Administração**

Prof. Dr. Eduardo de Camargo Oliva

Tese defendida e aprovada em 24/05/2022 pela Banca Examinadora constituída pelos professores:

Profa. Dra. Maria do Carmo Romeiro (orientadora) - Universidade Municipal de São Caetano do Sul

Prof. Dr. Eduardo de Camargo Oliva - Universidade Municipal de São Caetano do Sul

Prof. Dr. João Batista Pamplona - Universidade Municipal de São Caetano do Sul

Profa. Dra. Erika Santos de Aragão - Universidade Federal da Bahia

Prof. Dr. Áquilas Nogueira Mendes - Universidade de São Paulo

Às conselheiras e aos conselheiros de saúde de todo o Brasil, que efetivam a participação da comunidade no Sistema Único de Saúde.

## Agradecimentos

Agradeço aos professores do Programa de Pós-graduação em Administração da Universidade Municipal de São Caetano do Sul e a todos os funcionários que contribuíram para viabilizar a realização da pesquisa de Doutorado.

Especialmente, gostaria de expressar meus agradecimentos à minha orientadora Profa. Maria do Carmo Romeiro, pela disponibilidade permanente para a orientação e reflexão para o desenvolvimento da pesquisa.

Agradeço a Universidade Municipal de São Caetano do Sul pela bolsa que me foi concedida, sem a qual não teria sido possível iniciar e concluir esta etapa da minha formação acadêmica, bem como pelas oportunidades de realização pessoal e profissional decorrentes do convívio com funcionários, professores e direção nas atividades que participei ao longo de todos esses anos como docente no Curso de Ciências Econômicas e, mais recentemente, no Curso de Medicina.

Meus agradecimentos também para toda(o)s amiga(o)s e companheira(o)s de trabalho ou de jornadas passadas e presentes pelo fortalecimento do papel da gestão pública na garantia dos direitos de cidadania, pela defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) e de seu financiamento adequado para efetivar a saúde como direito (e não como mercadoria) e pelo compromisso solidário de contribuir cotidianamente para viabilizar a diretriz constitucional da participação da comunidade no SUS.

Agradeço, por fim, a Luzia, esposa e companheira que permanentemente esteve ao meu lado, do início até esta última etapa da caminhada da tese, pois foi da força da vida que temos construído juntos e com nossos filhos, Eduardo e Beatriz, faz décadas, e mais recentemente com a participação de Ricardo Begosso, que eu consegui a energia necessária para chegar até aqui.

“...o direito à saúde tem como fundamento o direito à vida, e à vida em sua plenitude e em abundância; ao bem-estar, o estar bem, a felicidade individual e coletiva”.

(Gilson Carvalho)



FUNCIA, Francisco Rózsa. **CONTROLE SOCIAL NA GESTÃO DO SUS: um estudo do processo de avaliação da execução orçamentária e financeira do Ministério da Saúde pelo Conselho Nacional de Saúde.** Universidade Municipal de São Caetano do Sul. São Caetano do Sul, SP, 2022.

## RESUMO

A presente pesquisa teve como objetivo geral analisar o processo de avaliação ou controle social da gestão orçamentária e financeira do Ministério da Saúde (MS) pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS). Em termos específicos, buscou-se analisar a estrutura de procedimentos formais e informais que o CNS adotou para avaliar a gestão orçamentária e financeira com base nos dados e informações do Relatório Anual de Gestão (RAG) de 2020 do MS, as dificuldades para essa avaliação, a eficiência e a eficácia desses procedimentos adotados. Também buscou-se apresentar um novo modelo representativo da estrutura de procedimentos necessários para que o CNS exerça plenamente seu papel propositivo e fiscalizador no processo de avaliação da execução orçamentária e financeira do MS. A pesquisa, de natureza exploratória, contemplou três abordagens para a coleta de dados: análise documental (RAG 2020 do MS e respectivo Parecer Conclusivo do CNS e materiais da oficina de capacitação sobre análise do RAG realizados pelo CNS em 2019 para suas comissões intersetoriais); abordagem orientada por pesquisa quantitativa junto a amostra não probabilística de integrantes da Comissão de Orçamento e Financiamento (COFIN) do CNS, utilizando questionário para autopreenchimento disponibilizado no Google Forms; e abordagem orientada por pesquisa qualitativa, mediante condução de entrevistas semidiretivas com 18 conselheiros nacionais de saúde selecionados nos segmentos de representação dos usuários, trabalhadores e gestores do Sistema Único de Saúde, representantes da COFIN/CNS e técnicos da área de planejamento e orçamento do Ministério da Saúde com participação nesse processo (em 2021 e, em alguns casos, também em anos anteriores). Os resultados evidenciaram a inexistência de procedimentos formalmente estabelecidos na legislação e nas normas do CNS para essa avaliação, com exceção das partes componentes do RAG do MS que serviram de referência para a estruturação do parecer conclusivo pelo CNS. Também evidenciaram que a solução adotada pelo CNS para cumprir as atribuições estabelecidas para o exercício do seu papel propositivo e fiscalizador na avaliação da gestão orçamentária e financeira do MS e os problemas decorrentes dessa solução, restringe o exercício do seu papel como controle social. Nesse sentido, o aprimoramento dos procedimentos dessa avaliação requer a incorporação de novos dados e informações sobre o atendimento das necessidades de saúde da população, bem como as avaliações dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, sobre a aplicação, pelos respectivos gestores desses entes subnacionais, dos recursos oriundos do Fundo Nacional de Saúde. Esse contexto sugere um quadro pouco eficaz do sistema de controle social, dado pela avaliação da gestão orçamentária e financeira do MS, visto que não há retorno da

gestão federal do SUS em relação a maioria das recomendações e medidas corretivas decorrentes da avaliação do RAG. Diante disso, um encaminhamento evidenciado referiu-se à incorporação pelo CNS de procedimentos de integração com as áreas técnicas do MS de forma a dar sequência ao cumprimento das decisões do controle social pelos gestores, bem como propor mudanças na legislação para estabelecer punições aos responsáveis pelo não cumprimento das respectivas decisões deliberadas pelo CNS.

**Palavras-chave:** Gestão para o Desenvolvimento e Regionalidade. Controle Social da Gestão Pública da Saúde. Gestão Orçamentária e Financeira. Procedimentos de Avaliação do Relatório de Gestão pelo Conselho Nacional de Saúde.

FUNCIA, Francisco Rózsa. **SOCIAL CONTROL IN SUS MANAGEMENT: a study of the process of evaluating the budget and financial execution of the Ministry of Health by the National Health Council.** University of São Caetano do Sul. São Caetano do Sul, SP, 2022.

## ABSTRACT

This research aimed an analysis of the evaluation process or social control of the Ministry of Health (MS) budgetary and financial management by the National Health Council (CNS). Specifically, we sought to: analyze the structure of formal and informal procedures adopted by CNS to evaluate budget and financial management, based on data and information from the 2020 MS Annual Management Report (RAG), as well as the difficulties for this evaluation and the efficiency and effectiveness of these procedures. It was also sought to present a new model representing the structure of procedures necessary for the CNS to fully exercise its propositional and supervisory role in the process of evaluating the MS budgetary and financial execution. The research, of an exploratory nature, included three approaches to data collection: document analysis (RAG 2020 from the MS, Conclusive Opinion from the CNS and materials from the training workshop on RAG analysis carried out by CNS in 2019 for its intersectoral commissions); quantitative research with a non-probabilistic sample of members of the CNS Budget and Financing Committee (COFIN), using a self-filling survey available on Google Forms; and qualitative research, through semi-directive interviews with 18 national health counselors selected in the segments of representation of users, workers and managers of the Unified Health System (SUS), representatives of COFIN/CNS and technicians in the area of MS planning and budget with participation in this process (in 2021 and, in some cases, also in previous years). The results showed the inexistence of procedures formally established in the legislation and in the norms of the CNS for this evaluation, with the exception of the component parts of the RAG, which served as reference for structuring the conclusive CNS opinion. They also showed that the solution adopted by the CNS to fulfill the duties established for the exercise of its propositional and supervisory role in the evaluation of the MS budgetary and financial management and the problems arising from this solution, restricts the exercise of its role as social control. In this sense, the improvement of the procedures of this evaluation requires the incorporation of new data and information on meeting population health needs, as well as the evaluations of the State and Municipal Health Councils, on the application, by the respective managers of these subnational entities, of resources from the National Health Fund. This context suggests an ineffective framework of the social control system, given by the evaluation of the MS budget and financial management, since there is no feedback from the federal management of the SUS in relation to most of the recommendations and corrective measures resulting from the RAG evaluation. In view of this, an evidenced referral referred to the incorporation by the CNS of integration procedures with the technical areas of the MS in order to proceed with the fulfillment of the social

control decisions by the managers, as well as to propose changes in the legislation to establish punishments for those responsible for the non-compliance with the respective decisions deliberated by the CNS.

**Keywords:** Management for Development and Regionality. Social Control of Public Health Management. Budget and Financial Management. Procedures for Evaluation of the Management Report by the National Health Council.

## **Lista de Abreviaturas e Siglas**

|       |   |
|-------|---|
| CF    | Constituição Federal                      |
| CIB   | Comissão Intergestores Bipartite          |
| CIT   | Comissão Intergestores Tripartite         |
| CNS   | Conselho Nacional de Saúde                |
| COFIN | Comissão de Orçamento e Financiamento     |
| EC    | Emenda Constitucional                     |
| LC    | Lei Complementar                          |
| LDO   | Lei de Diretrizes Orçamentárias           |
| LOA   | Lei Orçamentária Anual                    |
| MS    | Ministério da Saúde                       |
| PAS   | Programação Anual de Saúde                |
| PIB   | Produto Interno Bruto                     |
| PNS   | Plano Nacional de Saúde                   |
| PPA   | Plano Plurianual                          |
| RAG   | Relatório Anual de Gestão                 |
| SPO   | Subsecretaria de Planejamento e Orçamento |
| SUS   | Sistema Único de Saúde                    |
| TCU   | Tribunal de Contas da União               |

## Lista de Figuras

|           |   |     |
|-----------|---|-----|
| Figura 1  | Ciclo Orçamentário: a interrelação temporal do PPA, LDO e LOA   | 36  |
| Figura 2  | Instrumentos da Política Fiscal e da Política de Saúde  | 49  |
| Figura 3  | Contextualização da Política de Saúde   | 49  |
| Figura 4  | Instrumentos de Planejamento do SUS   | 54  |
| Figura 5  | Planejamento Ascendente do SUS  | 55  |
| Figura 6  | Instrumentos de planejamento e de prestação de contas da execução orçamentária do SUS e os processos de trabalho que envolvem os Conselhos de Saúde | 60  |
| Figura 7  | Processo de Planejamento e Execução Orçamentária e Financeira do SUS  | 78  |
| Figura 8  | Etapas do Processo de Análise do RAG pelo CNS   | 94  |
| Figura 9  | Redesenho das Etapas e Eventos do Processo de Análise do RAG pelo CNS   | 133 |
| Figura 10 | Propostas Principais de Revisão dos Procedimentos do CNS na Análise do RAG  | 136 |

## **Lista de Quadros**

|          |   |     |
|----------|---|-----|
| Quadro 1 | Grau de influência do CNS na opinião dos conselheiros   | 74  |
| Quadro 2 | Quantidade de Questões por Faixa de Pontuação e Grupo Temático  | 101 |
| Quadro 3 | Parâmetros de Avaliação da Execução Orçamentária e Financeira (até 31/12)   | 106 |
| Quadro 4 | Parâmetros de Avaliação da Execução Orçamentária e Financeira (até 30/04)   | 106 |
| Quadro 5 | Parâmetros de Avaliação da Execução Orçamentária e Financeira (até 31/08)   | 107 |
| Quadro 6 | Problemas Identificados no Parecer Conclusivo do CNS e Propostas de Aprimoramento do Processo de Avaliação do RAG | 137 |

## **Lista de Tabelas**

|          |   |    |
|----------|---|----|
| Tabela 1 | Brasil: Distribuição da Arrecadação Tributária Bruta                        | 26 |
| Tabela 2 | Gasto Público em Saúde como proporção do PIB, países selecionados (em 2015) | 47 |

## SUMÁRIO

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1. INTRODUÇÃO</b>  | <b>19</b> |
| 1.1. Problema de Pesquisa   | 22        |
| 1.2. Objetivos de Pesquisa  | 23        |
| 1.3. Delimitação do Estudo  | 25        |
| 1.4. Justificativa e Relevância do Trabalho   | 25        |
| 1.5. Organização do Relatório do Trabalho   | 29        |
| 1.6. Contribuições da Pesquisa  | 30        |
| <b>2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b>   | <b>31</b> |
| 2.1. Planejamento e Execução Orçamentária e Financeira do Setor Público Brasileiro: abordagem legal                                       | 31        |
| 2.1.1. Instrumentos do Planejamento e Ciclo Orçamentário no Brasil  | 34        |
| 2.2. Caracterização da Gestão do SUS  | 37        |
| 2.2.1. Concepção de Saúde como Direito de Cidadania   | 37        |
| 2.2.2. Processo de Descentralização Restringida   | 41        |
| 2.3. SUS e Ciclo Orçamentário: planejamento e controle da aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde                    | 45        |
| 2.3.1. A LC 141 compatibilizada com o Processo de Planejamento e Controle do Ciclo Orçamentário Brasileiro                                | 52        |
| 2.4. Elementos das Teorias de Finanças Públicas e da Implantação das Políticas Públicas como Referências para Avaliação da Gestão Pública | 61        |
| 2.4.1. Elementos da Teoria das Finanças Públicas para Avaliação da Gestão do SUS  | 61        |
| 2.4.2. O Processo de Planejamento e a Implantação das Políticas Públicas para Avaliação da Gestão do SUS                                  | 65        |
| 2.4.3. O Papel do Controle Social na Formulação e no Controle da Implantação das Políticas Públicas                                       | 72        |
| 2.5. Síntese da discussão teórica com foco no papel do CNS  | 79        |
| <b>3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b>   | <b>81</b> |

|  |            |
|--|------------|
| 3.1. Público-alvo e público informante                 | 81         |
| 3.2. Delineamento da Pesquisa                          | 83         |
| 3.3. Fontes e roteiros orientadores da coleta de dados | 84         |
| 3.4. Análise dos dados                                 | 88         |
| <b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>                       | <b>91</b>  |
| 4.1. Sobre o Objetivo “a”                              | 104        |
| 4.2. Sobre o Objetivo “b”                              | 115        |
| 4.3. Sobre o Objetivo “c”                              | 122        |
| 4.4. Sobre o Objetivo “d”                              | 132        |
| <b>5. CONCLUSÃO</b>                                    | <b>141</b> |
| <b>REFERÊNCIAS</b>                                     | <b>147</b> |
| <b>Apêndice A</b>                                      | <b>155</b> |
| <b>Apêndice B</b>                                      | <b>191</b> |





## 1. INTRODUÇÃO

O conceito de seguridade social representou uma das principais iniciativas introduzidas pela Constituição Federal (CF) de 1988. A seguridade social é integrada pela saúde, previdência e assistência social, cujas despesas fazem parte de programação orçamentária específica, distinta do orçamento fiscal e do orçamento de investimentos das empresas estatais.

A saúde pública pode ser considerada a política setorial de maior grau de complexidade comparativamente às demais: o estado de saúde da população guarda relação direta tanto com fatores biológicos e genéticos, quanto com o grau de acesso aos serviços de saúde e, também, com as condições de moradia, alimentação, transporte, educação, trabalho, lazer, saneamento básico, dentre outros.

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi concebido a partir dos princípios e diretrizes da CF de 1988, a partir da qual foram promulgadas três leis importantes para a organização, funcionamento e financiamento desse sistema: Lei 8080/90, Lei 8142/90 e LC 141/2012.

Com base nessa legislação emerge o processo de governança do SUS: de um lado de caráter tripartite (responsabilidade da gestão, inclusive orçamentária e financeira, compartilhada entre a União, Estados e Municípios); e, de outro com a participação da comunidade institucionalizada por meio dos Conselhos de Saúde em cada esfera de governo, que representa também o controle social da gestão do SUS.

A participação dos Conselhos de Saúde está definida na norma legal e infralegal como sendo de caráter propositivo da política de saúde e fiscalizador da execução das ações que implementam essa política. Essa normatização definiu os instrumentos de planejamento e prestação de contas que os gestores do SUS nas três esferas de governo devem submeter para a análise e parecer conclusivo dos respectivos Conselhos de Saúde, contudo sem detalhar o conjunto de informações e procedimentos necessários para esse fim.

A existência dessa lacuna das normas quanto à definição de procedimentos para operacionalizar o papel propositivo e fiscalizador dos Conselhos de Saúde nesse

processo de governança do SUS sugere a necessidade de entendimento preliminar das decisões tomadas no delineamento da gestão pública a partir da década de 1980.

Os estudos que envolvem a gestão pública têm crescido no mundo e no Brasil diante da crise fiscal dos Estados nacionais, que restringem a capacidade de financiamento das políticas públicas, especialmente as sociais, bem como do crescimento da demanda por ações e serviços públicos sociais nesse contexto, o que requer maior eficiência dos investimentos nessas áreas a ser obtida por meio de avaliação permanente (COSTA; CASTANHAR, 2003).

Desde a década de 1980, segundo Secchi (2009, p.348), “as administrações públicas em todo o mundo realizaram mudanças substanciais nas políticas de gestão pública e no desenho de organizações programáticas”, com o objetivo de superar o modelo de gestão baseado no controle burocrático.

Como consequência, para Secchi (2009), houve o surgimento dos modelos de administração pública gerencial e de governo empreendedor. Entretanto, a questão central envolvida no debate desses modelos está na escolha entre o controle sobre os processos de implementação das políticas públicas ou sobre os resultados para o atendimento às necessidades da população. A avaliação desses processos pode ocorrer pelos controles internos da própria gestão, pelo Poder Legislativo e pelo Ministério Público.

No Brasil, essa questão ganhou destaque a partir do ‘new public management’, modelo da Nova Gestão Pública proposta por Bresser Pereira (1997) como Ministro da Administração e Reforma do Estado no período 1995-1998, cujo objetivo do aparelho de Estado (constituído pelos seus organismos internos e corpo burocrático), segundo Sano e Abrucio (2008), seria priorizar a gestão por resultados por meio da contratualização das ações e serviços prestados tanto pelos órgãos estatais, como pelas organizações sociais contratadas pelos governos para esse fim.

Entretanto, essa discussão sobre o modelo de gestão precisa estar contextualizada pelas inovações introduzidas pela CF de 1988, como o processo de descentralização combinado com a ampliação dos direitos sociais (Cohn, 1994).

A combinação dos aspectos trazidos por Cohn (1994) e Sano e Abrucio (2008) é um indicativo de que a gestão por resultados baseada no cumprimento de metas

pactuadas para a prestação de serviços públicos, tanto diretamente pelos órgãos estatais, como por meio de organizações sociais, foi introduzida no Brasil quando estava em curso um processo de descentralização das políticas sociais em direção à esfera municipal de governo para a efetivação da garantia desses direitos.

A saúde recebeu um tratamento constitucional que nenhuma outra área social recebeu: está definida como “direito de todos e dever do Estado”, por meio da adoção de políticas públicas integradas – de saúde, econômica e sociais – para garantir o “acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (artigo 196 da CF), cujos serviços são considerados de “relevância pública” (artigo 197). Uma das diretrizes constitucionais para esse fim é a participação da comunidade no SUS, que ocorre por meio das conferências de saúde e dos Conselhos de Saúde em cada esfera de governo pela Lei 8142/90.

As conferências de saúde em cada esfera de governo têm a atribuição, dentre outras, de estabelecer as diretrizes para a formulação das respectivas políticas de saúde, cabendo aos Conselhos de Saúde o papel propositivo e fiscalizador da implementação dessas diretrizes nas políticas e ações de saúde.

Nesse contexto, a garantia dos direitos de cidadania envolve a capacidade de financiar as políticas e ações de saúde compartilhadas entre governos Federal, Estadual e Municipal, a qual repercute no processo de gestão orçamentária e financeira do SUS.

Esse processo, por sua vez, envolve o planejamento e a execução da despesa segundo as diretrizes e as regras constitucionais, legais e/ou infralegais específicas desse sistema, o que inclui tanto as deliberações das Conferências e dos Conselhos de Saúde, como as regras constitucionais, legais e/ou infralegais de finanças públicas, conforme abordado no Capítulo 2.

Assim, esse conjunto de normas devem ser observadas para o monitoramento e a avaliação da gestão orçamentária e financeira do SUS, a partir das informações disponibilizadas tanto nos instrumentos de planejamento do ciclo orçamentário definido na CF (Plano Plurianual - PPA, Lei de Diretrizes Orçamentária - LDO e Lei Orçamentária Anual - LOA) e nos relatórios de execução elaborados a partir das definições da Lei 4320/64 e da LC 101/2000, como nos instrumentos de prestação de

contas específicos definidos na LC 141/2012 e disponibilizados pelos gestores federal, estaduais e municipais do SUS aos Conselhos de Saúde.

Enquanto a execução orçamentária e financeira do SUS é de responsabilidade exclusiva do gestor da saúde, as etapas de planejamento, monitoramento e avaliação são atribuições específicas dos gestores e dos Conselhos de Saúde. Como consequência, a avaliação e a deliberação do parecer conclusivo sobre a gestão orçamentária e financeira dos gestores da saúde, nas três esferas de governo, é de responsabilidade dos respectivos Conselhos de Saúde.

Assim, discutir na esfera federal sobre a eficiência e eficácia dos recursos aplicados em programas sociais como os da saúde, diante da existência de lacuna das normas quanto à definição de procedimentos para operacionalizar o papel propositivo e fiscalizador dos Conselhos de Saúde no processo de governança do SUS citada anteriormente, evidencia a relevância de identificar e analisar a gestão orçamentária e financeira do Ministério da Saúde, cuja competência legal Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Nesse sentido, é evidenciado um espaço de estudo que trate do processo de avaliação da gestão orçamentária e financeira federal do SUS, conforme abordagem a seguir.

### 1.1. Problema de pesquisa

Como o Conselho Nacional de Saúde (CNS) avalia a gestão orçamentária e financeira do Ministério da Saúde (MS) no exercício do controle social?

Identificar e analisar o processo de avaliação, enquanto controle social da gestão federal de saúde por meio da atuação CNS, especialmente em relação à gestão orçamentária e financeira apresentada no Relatório Anual de Gestão (RAG) do MS, à luz de seu papel propositivo, fiscalizador e avaliador das políticas e ações de serviços públicos de saúde.

## 1.2. Objetivos da pesquisa

### Objetivo Geral

A presente pesquisa teve como objetivo geral analisar o processo de avaliação ou controle social da gestão orçamentária e financeira do MS pelo CNS, a partir dos procedimentos adotados para elaboração do parecer conclusivo com base nos dados e nas informações apresentadas no Relatório Anual de Gestão (RAG).

Em relação a esse objetivo geral, deve ser entendido como procedimentos adotados pelo CNS para avaliar o RAG apresentado pelo MS e elaborar o respectivo parecer conclusivo contendo a aprovação ou reprovação desse relatório. Esse processo envolve a avaliação da execução orçamentária e financeira do MS e o cumprimento das metas integrantes do Plano Nacional de Saúde – PNS, que devem ser compatíveis com o PPA, à luz do atendimento às deliberações da Conferência Nacional de Saúde e que expressaram o processo de planejamento ascendente do SUS legalmente estabelecido.

### Objetivos Específicos

a) Identificar a estrutura de procedimentos formais e informais que caracterizam o modelo operacional adotado pelo CNS para avaliar a gestão orçamentária e financeira do MS

Segundo as manifestações dos conselheiros nacionais de saúde, membros da Comissão de Orçamento e Financiamento (COFIN) do CNS e técnicos do MS não integrantes da comissão, foi possível evidenciar tanto as soluções encontradas pelo controle social do SUS para cumprir efetivamente o seu papel propositivo e fiscalizador fixado na legislação, como o que pode ser aprimorado nesse modelo para contribuir na definição da alocação orçamentária e financeira compatível com a garantia do atendimento das necessidades de saúde da população.

b) Identificar as dificuldades conceituais e operacionais no processo de avaliação do RAG do MS pelo CNS, evidenciadas a partir das manifestações dos atores selecionados para as entrevistas.

Considerando que o RAG é o instrumento para avaliação da execução orçamentária e financeira do MS, a identificação dessas dificuldades de avaliação por parte dos conselheiros nacionais de saúde contribuiu tanto para subsidiar o processo de qualificação desses conselheiros para o exercício desse papel legal, como para o desenho de novos e redesenho dos atuais procedimentos adotados informalmente para a avaliação da gestão orçamentária e financeira do MS. Essas contribuições foram voltadas inclusive para a integração desses processos no contexto do caráter tripartite da gestão e do financiamento do SUS.

c) Avaliar a eficiência e eficácia dos procedimentos adotados pelo CNS na análise da prestação de contas da gestão orçamentária e financeira do MS à luz das diretrizes aprovadas na Conferência Nacional de Saúde.

A avaliação da eficiência considerou a celeridade com que o CNS analisa e elabora o parecer conclusivo sobre a gestão orçamentária e financeira do MS, considerando os recursos humanos e materiais existentes para esse fim, para que possa contribuir para o aprimoramento da gestão ainda dentro do ano subsequente ao do relatório que foi objeto de análise. A avaliação da eficácia considerou principalmente a incorporação pelo MS dos apontamentos e recomendações do CNS no parecer conclusivo sobre o RAG, bem como a presença dos elementos do planejamento ascendente do SUS na análise da execução orçamentária e financeira do MS, o que incluiu a verificação da existência de procedimentos realizados pelo CNS em conjunto com os conselhos estaduais e municipais nessa análise.

d) Apresentar um novo modelo representativo da estrutura de procedimentos necessários para que o CNS exerça plenamente seu papel propositivo e fiscalizador no processo de avaliação da execução orçamentária e financeira do MS, a partir das proposições dos atores selecionados.

A definição de um novo modelo representativo da estrutura de procedimentos pode contribuir para a diminuição das lacunas existentes na legislação vigente sobre para avaliação da execução orçamentária e financeira do MS, na medida que incorporou soluções para o estabelecimento de novos e o aprimoramento dos critérios atualmente adotados para essa avaliação. Além disso, esse novo modelo representativos pode contribuir para o aprimoramento do papel fiscal fiscalizador dos Conselhos de Saúde de forma integrada entre as três esferas de governo,

considerando que a avaliação da execução orçamentária e financeira se insere como uma etapa do processo de planejamento ascendente do SUS, subsidiando os debates e deliberações do CNS e, quadrienalmente, as etapas municipais e estaduais da Conferência Nacional de Saúde sobre os objetivos, metas e diretrizes para as políticas de saúde e respectivas ações de implementação a serem priorizadas anualmente.

### 1.3. Delimitação do estudo

O estudo sobre a avaliação da execução orçamentária e financeira do MS por parte do CNS considera o processo de análise do RAG de 2020, último ano analisado com emissão de parecer conclusivo conforme estabelece a LC 141/2012, que instituiu o RAG dentre os relatórios de prestação de contas, sendo este o único cuja avaliação enseja a elaboração de parecer conclusivo – com aprovação ou reprovação – pelo CNS.

### 1.4. Justificativa e relevância do trabalho

A descentralização das políticas sociais, enquanto diretriz constitucional, dispersou a decisão alocativa de recursos dessas políticas para 5.570 municípios brasileiros, com a presença de mecanismos de controle social no campo das disputas de grupos de interesses existentes na sociedade.

Para Funcia e Bresciani (2019), ficou evidenciada, nas três esferas de governo (União estados e municípios), tanto a restrição orçamentária e financeira, como a inadequação do aparelho de Estado para a implementação das políticas públicas, especialmente as sociais, com a participação da sociedade para a efetivação desses direitos. Segundo Bresser Pereira (1995), considera-se para este estudo que o aparelho de Estado é constituído pelo(a) (i) governo, (ii) tecnoburocracia estatal formada por funcionários contratados para o exercício da administração pública e (iii) força pública (policial e militar)

De um lado, essa limitação se manifesta na esfera municipal de governo, que ganhou relevância constitucional para o desenvolvimento das ações que implementam as políticas sociais, pelo fato da grande maioria dos municípios brasileiros ser excessivamente dependente das receitas das transferências financeiras da União (e dos Estados), que decorre da centralização da competência de tributar, conforme ilustra a Tabela 1.

**Tabela 1 - Brasil: Distribuição da Arrecadação Tributária Bruta**

| ENTES DA<br>FEDERAÇÃO | 1990         | 1994         | 1998         | 2002         | 2006         | 2009         | 2010         | 2011         | 2012         | 2013         | 2014         | 2015         | 2016         | 2017         | 2018         |
|-----------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
|                       | % TOTAL      |
| UNIÃO                 | 67,30        | 69,45        | 69,34        | 69,31        | 69,32        | 69,17        | 69,01        | 69,98        | 69,05        | 68,93        | 68,46        | 68,32        | 68,39        | 68,04        | 67,53        |
| ESTADOS               | 29,62        | 27,17        | 26,39        | 26,37        | 25,60        | 25,33        | 25,47        | 24,49        | 25,16        | 25,29        | 25,47        | 25,45        | 25,44        | 25,70        | 25,90        |
| MUNICÍPIOS            | 3,08         | 3,38         | 4,27         | 4,32         | 5,09         | 5,50         | 5,52         | 5,54         | 5,80         | 5,78         | 6,07         | 6,24         | 6,17         | 6,26         | 6,57         |
| <b>CONSOLIDADO</b>    | <b>100,0</b> |

Elaboração própria. Fonte: Adaptado de Brasil/Secretaria da Receita Federal do Brasil (1998; 2002; 2006; 2015; 2016 e 2018)

Apesar da participação da esfera municipal de governo mais que dobrar (de 3,1% para 6,6%) no período 1990-2018, houve queda de cerca de quatro pontos percentuais da participação da esfera estadual (de 29,6% para 25,9%), enquanto a participação da União na arrecadação tributária bruta oscilou entre 67% e 70% nesse período.

A partir da competência constitucional de tributar, é possível definir a receita disponível que cada ente governamental tem para financiar suas despesas como sendo a soma da arrecadação dos tributos municipais com as receitas das transferências constitucionais intergovernamentais dos tributos – da União para os Estados e Municípios e dos Estados para os Municípios: de acordo com Afonso (2016), a receita disponível também está centralizada na esfera federal (57%), seguida pelas esferas estadual (25%) e municipal (18%).

Diante das responsabilidades crescentes estabelecidas aos municípios pela CF de 1988, consequência da diretriz da descentralização político-administrativa com participação da sociedade, os dados da Tabela 1 revelam que a capacidade de financiamento das políticas públicas municipais é dependente das transferências de estados e da União na razão de 2 para 3 (em média, de cada R\$ 3,00 gastos nos municípios, R\$ 2,00 são financiados por essas transferências).

De outro lado, apesar de centralizar a receita disponível, a capacidade de financiamento federal das políticas sociais está limitada em decorrência da gestão

fiscal responsável, disciplinada inicialmente por lei a partir de 2000 (LC 101/2000) e, posteriormente, pela regra do teto de despesas primárias estabelecida pela EC 95/2016.

Essas normas priorizaram explicita e implicitamente o pagamento das despesas com juros e amortização da dívida pública, a saber: a legislação citada impossibilita a limitação de empenho dessas despesas se houver frustração de receita (que significa arrecadação federal abaixo da previsão inscrita na LOA), enquanto a EC não define um teto para as despesas financeiras, como por exemplo, os juros da dívida pública, na medida que estabeleceu esse dispositivo somente para as despesas primárias, das quais fazem parte as sociais.

Na esfera federal de governo, o processo de gestão orçamentária e financeira do SUS está sob responsabilidade do MS, a quem compete realizar as ações e serviços com o objetivo de implementar as políticas de saúde, cujas diretrizes foram deliberadas quadrienalmente nas Conferências Nacionais de Saúde.

Estas, por sua vez, servem de referência para:

a) a formulação do PNS e da Programação Anual de Saúde (PAS) que devem subsidiar respectivamente a elaboração de objetivos e metas quadrienais para a saúde no PPA e a elaboração das diretrizes e prioridades anuais da saúde na LDO e na LOA, a serem aprovados também pelo CNS.

b) a fiscalização e avaliação da gestão (inclusive a orçamentária e financeira) federal do SUS pelo CNS, que elabora e delibera anualmente um parecer conclusivo e indica trimestralmente medidas corretivas de gestão. Essa competência do CNS (que vale também para os demais conselhos que atuam nas esferas de governo estaduais e municipais) foi estabelecida pela LC 141/2012, inclusive os conselheiros respondem tecnicamente e politicamente por essa análise realizada (Santos, 2012).

Como explicado no Capítulo 2, os conselhos e as conferências de saúde foram a materialização institucional da diretriz constitucional da participação da comunidade no processo propositivo e fiscalizador da política e das ações e serviços públicos de saúde (Lei 8142/90). Em cada esfera de governo, os participantes das conferências e

dos Conselhos de Saúde são representantes dos usuários, trabalhadores e gestores do SUS, ambas instâncias de caráter deliberativo.

A gestão federal da saúde é avaliada pelo CNS, cujas informações para esse fim constam dos Relatórios Anuais de Gestão e dos Relatórios Quadrimestrais de Prestação de Contas do MS. A LC 141/2012 estabeleceu as partes componentes desses relatórios (válidas para as três esferas de governo):

- a) montante de recursos e execução orçamentária e financeira;
- b) auditorias realizadas e em andamento e
- c) informações sobre a situação dos indicadores e metas do Plano de Saúde e da PAS.

Em relação à execução orçamentária e financeira, a descrição se resume ao “montante e fonte dos recursos aplicados no período” (inciso I do artigo 36) e às informações passíveis de requerimento do Congresso Nacional ao CNS (no caso da esfera federal de governo) referentes (artigo 38) ao PPA, ao cumprimento das metas da PPA, à aplicação do piso em ações e serviços públicos de saúde e dos recursos vinculados ao SUS, às transferências do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios e à alienação de ativos adquiridos com recursos da saúde.

Quanto à análise da execução orçamentária e financeira do RAG, não há especificação de como tratar as informações referentes ao ‘montante e fonte dos recursos aplicados no período’ de modo a emitir um parecer conclusivo legalmente requerido dos conselhos de saúde. Não há referência, também, para essa avaliação por meio dos Relatórios Quadrimestrais de Prestação de Contas, quando o CNS (no caso da esfera federal) deve indicar as medidas corretivas de gestão ao Presidente da República, de acordo com a LC 141/2012.

Desta forma, não há definição legal de procedimentos a serem observados e de indicadores a serem utilizados para a realização dessa avaliação da gestão quadrimestral e anual e não há referências na legislação sobre como avaliar a execução orçamentária e financeiras das ações, nem de como verificar o cumprimento de metas fixadas nos Planos de Saúde e nas Programações Anuais de Saúde (PAS).

Essa ausência de um modelo orientador de procedimentos representa uma lacuna que gera questionamentos sobre a eficácia dos esforços empenhados pelo CNS, visto que, ilustrativamente, essa avaliação segmentada pode revelar, por exemplo, que houve o cumprimento das metas do PS e da PAS sem avaliar os recursos utilizados para esse fim e os resultados alcançados quanto ao atendimento das necessidades de saúde da população. Pode também revelar que a alocação orçamentária de recursos tem sido reduzida ano após ano, mas sem avaliar como essa redução repercutiu na implementação das políticas de saúde, isto é, os efeitos decorrentes das ações ganhadoras ou perdedoras desse processo.

A gestão orçamentária e financeira do MS interfere na capacidade de financiamento das políticas de saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios, o que torna a avaliação dessa gestão pelo CNS como uma das referências para subsidiar as análises dos conselhos estaduais e municipais de saúde sobre as ações implementadas por esses entes para o atendimento das necessidades de saúde da população, de acordo com o princípio constitucional de que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” (artigo 196), cujas ações devem ser consideradas de “relevância pública” (artigo 197).

Desta forma, é relevante identificar e analisar o processo de avaliação ou controle social da gestão pública de saúde por meio do CNS, especialmente em relação à gestão orçamentária e financeira que integra o RAG. Na legislação, somente estão normatizadas quais são as partes componentes desse relatório, mas não os critérios, nem os procedimentos, para essa avaliação pelos Conselhos de Saúde no âmbito de cada esfera governamental.

### 1.5. Organização do trabalho

O trabalho está estruturado em cinco capítulos, além das referências e apêndice no final. O primeiro é esta introdução e o segundo trata da fundamentação teórico-legal da pesquisa, contendo como último item uma síntese da discussão teórica realizada com foco no papel do CNS. No terceiro, apresenta-se os

procedimentos metodológicos da pesquisa, o quarto contém os resultados e a discussão da pesquisa realizada e, por fim, a conclusão no quinto capítulo.

#### 1.6. Contribuições da pesquisa

O presente estudo representou uma oportunidade para identificar como e quais foram os procedimentos adotados pelo CNS para avaliar a gestão orçamentária e financeira do MS. Possibilitou também identificar outros procedimentos realizados para que o CNS possa exercer o seu papel propositivo e fiscalizador enquanto controle social do SUS, especialmente no processo de elaboração do parecer conclusivo sobre o RAG estabelecido pela LC 141/2012.

Esse registro evidenciou o caminho percorrido pelo CNS para a definição dos critérios para avaliar a execução orçamentária e financeira do MS, que estavam ausentes na legislação que estabeleceu essa atribuição para o controle social do SUS em todas as esferas de governo. Com isso, representou também uma contribuição para subsidiar a avaliação do processo de financiamento federal do SUS, sob a ótica da execução dos recursos alocados no orçamento, o aprimoramento dos procedimentos adotados pelo CNS para avaliar a gestão orçamentária e financeira do MS e a integração dos Conselhos de Saúde das três esferas de governo para o efetivo exercício do controle social do SUS, em respeito à diretriz constitucional de participação da comunidade no SUS, no contexto da gestão tripartite

Por meio deste estudo, foi possível identificar como os diferentes atores envolvidos no processo de elaboração e avaliação do RAG têm interagido para suprir a falta de detalhamento sobre o conteúdo desse relatório e a falta de critérios legalmente estabelecidos para essa avaliação, o que interfere na eficiência e na eficácia da avaliação da execução orçamentária e financeira do MS pelo CNS.

Conseqüentemente, interfere também na possibilidade desse processo contribuir para o aprimoramento da alocação de recursos suficientes e de acordo com as necessidades de saúde da população. Desta forma, este estudo contribuiu também para subsidiar o aprimoramento tanto da elaboração do RAG pelo MS, como do processo de avaliação desse relatório pelo CNS.

## 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1. Planejamento e execução orçamentária e financeira do setor público brasileiro: abordagem legal

O marco normativo do processo de planejamento e execução orçamentária e financeira do setor público brasileiro pode ser encontrado na CF de 1988, na Lei 4320/64, no Decreto-Lei 200/67, na LC 101/2000, de 04 de maio de 2000, também conhecida como Lei de Responsabilidade Fiscal, e na LC 131/2009 que disciplinou com mais detalhes o princípio da transparência da gestão fiscal estabelecido originalmente na LC 101/2000.

Os aspectos políticos do planejamento e da execução orçamentária e financeira na União, nos Estados, no Distrito Federal e nos Municípios devem ser compatibilizados com esse marco técnico-normativo. Em perspectiva histórica, as finanças públicas brasileiras sempre associaram planejamento e orçamento. Para Vignoli (2004):

a) A Lei 4320/64 instituiu o modelo orçamentário para ser adotado de forma padronizada por todos os entes da Federação, bem como estabeleceu as normas para elaboração e controle da execução orçamentária e para a elaboração dos balanços contábeis do setor público;

b) O Decreto-Lei 200/67 definiu tanto “a forma de organização do Setor Público”, como estabeleceu que o planejamento seria “um dos princípios fundamentais da administração federal e, por extensão, da administração estadual e municipal”;

c) Ambos foram responsáveis por lançar “as bases fundamentais para a implementação do Orçamento Programa no Brasil” e suas linhas mestras foram reafirmados pela CF de 1988; esta, por sua vez, “estabeleceu o arcabouço legal da relação entre planejamento e orçamento” por meio das seguintes inovações: PPA e LDO e

d) A LC 101/2000 (ou Lei de Responsabilidade Fiscal) estabeleceu as “normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal”, que se caracteriza pelo planejamento, controle e transparência das contas públicas, especialmente para estimar a receita e executar a despesa; houve também aumento no conteúdo da LDO (em comparação ao estabelecido na CF) e na LOA (em comparação ao estabelecido na CF e na Lei 4320/64), bem como foi disciplinado o processo de transparência da gestão fiscal<sup>1</sup>.

A Lei de Responsabilidade Fiscal delimitou o planejamento e a execução orçamentária da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios ao cumprimento do equilíbrio das contas públicas a ser buscado pela obtenção de metas de superávit primário - para que seja viabilizado o pagamento de juros e amortização da dívida contratada, despesas essas que, em conjunto com as derivadas de obrigações constitucionais e com as estabelecidas nas respectivas Leis de Diretrizes Orçamentárias, não poderão ser objeto de limitação de empenho se houver frustração de receita em relação à previsão bimestral.

No longo prazo, a Lei de Responsabilidade Fiscal estabeleceu regras para a capacidade de endividamento do setor público brasileiro nos estados, Distrito Federal e municípios, cuja regulamentação ocorreu por meio das Resoluções 40 e 43, de 2001, do Senado Federal.

Assim sendo, as necessidades de cumprimento desses limites para a contratação de financiamentos dos investimentos públicos que se caracterizam como dívida consolidada (ou de longo prazo) e da meta de resultado primário – indicador gerado a partir do fluxo de receitas não financeiras e despesas não financeiras e que permite identificar a capacidade dos Entes da Federação na geração de recursos para pagamento do serviço da dívida (juros e amortização do principal) – condicionam a execução orçamentária e a gestão econômico-financeira de cada esfera de governo.

---

1 A LC 131, de 27 de maio de 2009 complementou a LC 101/2000, com a introdução de dois dispositivos: no artigo 48, a liberação, “em tempo real, de informações pormenorizadas sobre a execução orçamentária e financeira” e da “adoção de sistema integrado de administração financeira e controle” para esse fim; e, no artigo 73, houve a definição de quem pode denunciar o descumprimento dos dispositivos da Lei de Responsabilidade Fiscal para os Tribunais de Contas e para o Ministério Público Estadual e Federal.

O diagnóstico e as perspectivas sobre a capacidade de financiamento das políticas públicas, bem como o grau de rigidez orçamentária, são referências para o processo de planejamento e execução das despesas nas três esferas de governo. Em tese, quanto mais opções estiverem à disposição de cada Ente de Federação para equacionar as contas públicas, menores serão os impactos sobre a execução orçamentária e a gestão econômico-financeira.

De um lado, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios podem tão somente, no curto prazo, cortar despesas e atrasar pagamentos aos fornecedores e servidores diante do desequilíbrio das contas públicas, cujas consequências geralmente são o encarecimento das compras públicas e a deterioração da qualidade dos serviços prestados à população.

Mas, de outro lado, a União apresenta algumas opções de equacionamento das contas públicas não disponíveis para os demais entes da Federação, sendo as mais usadas (i) a venda de títulos da dívida pública ao mercado financeiro nacional e internacional e (ii) a redução das transferências voluntárias para outras esferas de governo.

Mais recentemente, houve a promulgação da EC 95/2016, que transformou a política econômica baseada na austeridade fiscal em diretriz constitucional por meio principalmente de duas regras: uma que mudou o cálculo dos pisos da educação e da saúde, congelando-os até 2036, em termos reais, nos valores dos respectivos pisos de 2017; e a outra que estabeleceu o teto de despesas primárias da União, congelando o limite global de pagamentos até 2036, em termos reais, nos valores pagos em 2016, sejam orçamentários ou restos a pagar. Trata-se de regramento que limita a alocação de recursos, inclusive no orçamento da saúde e, com isto, condiciona o processo de planejamento e de execução orçamentária do SUS.

### 2.1.1. Instrumentos do Planejamento e Ciclo Orçamentário no Brasil

A CF de 1988 criou o ciclo orçamentário do setor público por meio de três instrumentos obrigatórios apresentados sob a forma de leis nas três esferas de governo: o PPA, a LDO e a LOA. Com exceção do PPA, esses instrumentos tiveram seus conteúdos complementados pela LC 101/2000, de modo a associar o processo de planejamento com os objetivos da gestão fiscal responsável da receita, da despesa e da dívida pública. Em outros termos, as referências e parâmetros de avaliação da gestão pública devem estar estabelecidos nesses instrumentos de planejamento.

Com base nessa legislação, as ações correspondentes à gestão responsável da receita pública em cada ente da Federação estão resumidas a seguir:

- a) promover a instituição dos tributos da respectiva competência constitucional;
- b) realizar o processo de lançamento dos tributos instituídos, o que requer a manutenção e a atualização tanto da legislação tributária, como da base cadastral necessária para esse fim;
- c) operacionalizar e controlar o processo de arrecadação dos tributos lançados;
- d) adotar as medidas necessárias para a imediata cobrança administrativa dos tributos pendentes de pagamento e, mantida a inadimplência, inscrever tempestivamente o contribuinte na dívida ativa para a cobrança por meio da execução fiscal junto ao Poder Judiciário e
- e) restringir a renúncia de receita (definida como anistia, remissões e redução de base de cálculo e de alíquotas) ou, se a implementar, adotar medidas compensatórias por meio da redução permanente de despesa e/ou aumento da alíquota de outros tributos.

Quanto à gestão responsável da despesa pública, a referência básica para a realização da despesa é a compatibilidade com a capacidade de financiamento de modo a garantir o equilíbrio das contas públicas.

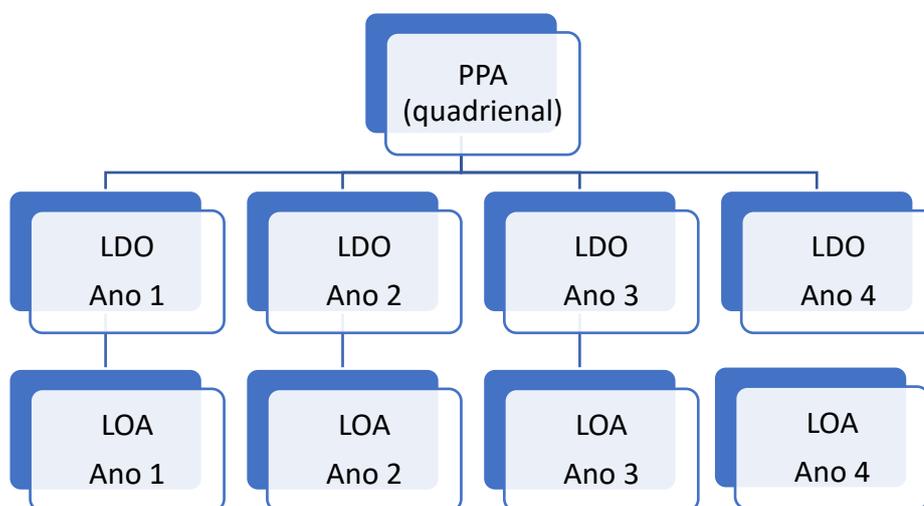
Para isso, a legislação estabelece principalmente:

- a) a necessidade da definição das despesas consideradas irrelevantes ou de pequeno valor (cujos procedimentos de execução são menos rigorosos);
- b) a adoção de procedimentos de controle para a contratação de despesas obrigatórias de caráter continuado;
- c) o estabelecimento de controle das despesas de pessoal envolvendo principalmente limites percentuais (como proporção da receita corrente líquida) totais e prudenciais dessas despesas e incorporação dos gastos com terceirização de pessoal nesses limites e
- d) regras para o estabelecimento de critérios para a celebração de convênios.

A gestão responsável da dívida pública pode ser aferida pelo cumprimento dos limites percentuais (como proporção da receita corrente líquida) estabelecidos para o estoque anual, contratação anual e fluxo anual de pagamentos de juros e amortização da dívida contratada. Envolve tanto a contratação de operações de crédito para o financiamento de investimentos, como as confissões de dívidas oriundas de obrigações pendentes de pagamento no curto prazo (ou dos restos a pagar) e o refinanciamento da dívida pública que impactem nos limites acima citados. Quanto aos restos a pagar, a legislação estabeleceu a obrigatoriedade da contrapartida financeira em caixa no último ano do mandato em cada ente da Federação.

Os instrumentos do planejamento do setor público e o ciclo orçamentário estão associados a essas referências para a gestão fiscal responsável, que por sua vez condicionam o processo de planejamento, execução e avaliação das políticas públicas em geral, e da saúde em particular.

O PPA pode ser considerado como a referência inicial do planejamento quadrienal de governo, pois a partir dele são formulados anualmente a LDO e a LOA (Vignoli, 2004). O conteúdo do PPA abrange os objetivos e metas para as despesas de capital (e das de custeio delas decorrentes) e para as despesas obrigatórias de caráter continuado (o que inclui os investimentos cuja execução ultrapasse um exercício financeiro). A Figura 1 ilustra essa interrelação temporal entre os instrumentos de planejamento do setor público brasileiro.

**Figura 1 – Ciclo Orçamentário: a interrelação temporal do PPA, LDO e LOA**

Elaboração Própria. Fonte: Adaptado de Vignoli (2004).

Considerando a abordagem de Vignoli (2004), a LDO define anualmente:

- a) as metas e prioridades anuais;
- b) as alterações a serem estabelecidas na legislação tributária com impactos sobre a receita pública e as diretrizes para a aplicação de recursos pelas agências governamentais de fomento;
- c) as diretrizes para a elaboração da LOA, abrangendo os critérios para a programação da execução orçamentária e a limitação de empenhos e pagamentos quando houver frustração da receita arrecada em relação à previsão bimestral;
- d) os índices de reajuste de pessoal e as despesas decorrentes de plano de cargo, carreiras e vencimentos em obediência aos limites da Lei de Responsabilidade Fiscal;
- e) os critérios para apresentação de emendas parlamentares;
- f) os critérios para a celebração de convênios e outros ajustes, inclusive com outros entes da Federação;

g) a margem para o aumento de despesa decorrente da expansão ou aperfeiçoamento de ações governamentais, especialmente das despesas obrigatórias de caráter continuado e

h) as metas fiscais e os riscos fiscais que possam comprometer o cumprimento dessas metas, incluindo a parcela de recursos que ficará sob a forma de reserva de contingência para despesas imprevistas e/ou emergenciais geradas por causas inesperadas.

No contexto técnico-legal da gestão fiscal responsável, os instrumentos de planejamento do setor público brasileiro sob a ótica do ciclo orçamentário são partes integrantes da gestão do SUS.

## 2.2. Caracterização da Gestão do SUS

### 2.2.1. Concepção da saúde como direito de cidadania

Inicialmente, saúde não está sendo tratada neste estudo pela ótica do “senso comum” de “ausência de doença”: assume-se o conceito geral expresso no preâmbulo da Constituição da Organização Mundial de Saúde (1946) de que “a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social”, cuja abordagem considera a saúde como um dos direitos humanos, “sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social”, isto é, saúde na perspectiva de seus determinantes sociais.

Para Sen (2000), uma das formas de privação da liberdade é a restrição de oportunidades de acesso aos serviços de saúde. Segundo esse autor, há experiências de países, inclusive de renda baixa, que priorizaram a expansão dos serviços de saúde e de educação antes de resolver os problemas da pobreza, com impactos positivos sobre “a duração e a qualidade de vida de toda a população”, bem como para o crescimento econômico.

Desta forma, a partir da abordagem desse autor, é possível deduzir que o desenvolvimento humano ocorre mediante políticas públicas que garantam o acesso à população dos serviços de saúde, de educação e de outras áreas sociais relacionadas às condições da vida em sociedade, independentemente da situação econômica dos países.

No Brasil, sob a perspectiva jurídico-legal, esta concepção faz parte da CF de 1988 e nas Leis 8080/90 e 8142/90: “a saúde é um direito de todos e dever do Estado” (artigo 196 da CF) e ações e serviços públicos de saúde são considerados como de “relevância pública” (artigo 197 da CF), o que implica na necessidade da garantia obrigatória de recursos humanos, físicos e financeiros adequados para a gestão dessa política pública.

As diretrizes constitucionais do SUS foram fixadas no artigo 198: “descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e participação da comunidade”.

A forma de participação da comunidade no SUS foi definida nos parágrafos 1º e 2º, do artigo 1º, da Lei 8142/90: ocorre por meio das conferências de saúde (quadrienais), que estabelecem as diretrizes da política de saúde em cada nível de governo, e dos Conselhos de Saúde, de funcionamento regular, de caráter propositivo e fiscalizador sobre as políticas e ações e serviços de saúde em cada nível de governo – são duas instâncias do SUS de caráter deliberativo, compostas por representação dos usuários (50%), trabalhadores (25%) e gestores/prestadores de serviços (25%) do SUS.

É importante destacar nesse contexto das diretrizes constitucionais da “descentralização das ações de saúde” e da “participação da comunidade no SUS” que, segundo Fleury *et al.* (2014, p.291), “são necessárias novas atitudes e competências de gestão comprometidas com a produção de resultados coletivos no campo sanitário local”, que promovam a participação dos Conselhos de Saúde nas três esferas de governo enquanto espaços permanentes do controle social responsáveis pelo compartilhamento paritário das decisões entre Estado e sociedade civil.

Nessa perspectiva, apesar de novas formas de participação terem surgido, as conferências e os Conselhos de Saúde são os mecanismos institucionalizados da gestão participativa nas três esferas de governo que superam as limitações impostas pelos “canais tradicionais de articulação no interior do Estado” na relação entre governo e sociedade, pelas quais o processo de planejamento ascendente, estabelecido pela Lei 8080/90 e reforçado pela LC 141/2012, tem se manifestado. Conforme Costa e Vieira (2013), trata-se de iniciativa brasileira sem precedentes em termos internacionais para a formulação de políticas públicas de forma cooperada entre o Estado e a sociedade civil.

A gestão participativa no SUS também foi objeto de estudo do Tribunal de Contas da União (TCU), a partir de pesquisa realizada junto aos conselheiros municipais e estaduais de saúde, bem aos gestores dos três entes governamentais. Como decorrência, foi publicado o Acórdão 1130/2017 (TCU, 2017), que trata da governança do SUS e, especialmente sobre o processo de planejamento, disciplina como os planos de saúde nas três esferas de governo devem ser elaborados, a partir das deliberações das conferências e Conselhos de Saúde, bem como das pactuações na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB's), em termos de conteúdo e de “modelagem de processos de trabalho” disciplinando inclusive as competências dos atores envolvidos, abrangendo a construção de indicadores e metas para posterior monitoramento e avaliação de resultados.

A CIT e as CIB's são fóruns dos gestores do SUS legalmente constituídos para a pactuação das políticas de saúde, o primeiro envolvendo as três esferas de governo e as segundas as esferas estadual e municipal no âmbito de cada Unidade da Federação. Algumas pactuações, como aquelas que envolvem os critérios de rateio de recursos e as respectivas formas de transferências financeiras, devem ser submetidas para a deliberação do CNS (quando oriundas da CIT) e dos respectivos Conselhos Estaduais de Saúde (quando oriundas das CIB's), conforme estabelece a LC 141/2012.

Essa lei contém dispositivos que definem atribuições específicas aos Conselhos de Saúde e ao papel exercido pelo conselheiro no processo de

fiscalização, avaliação e controle das despesas com ações e serviços públicos de saúde na União, Estados, Distrito Federal e Municípios, dentre as quais:

- a) deliberar sobre as despesas com saneamento básico que serão computadas no cálculo dos respectivos pisos do SUS e sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades para subsidiar a elaboração da PAS e dos aspectos da programação de saúde no Projeto de LDO;
- b) avaliar a cada quadrimestre os relatórios de prestação de contas elaborados pelo gestor do SUS, bem como anualmente emitir parecer conclusivo sobre o relatório anual da gestão, cujo conteúdo trata da execução orçamentária e financeira, das auditorias realizadas e a realizar e da oferta de serviços pela rede pública ou contratada, além de avaliar o cumprimento dos dispositivos da LC 141/2012 e de sua repercussão sobre as condições de saúde e na qualidade dos serviços de saúde da população;
- c) encaminhar a cada quadrimestre ao Chefe do Poder Executivo do respectivo ente da Federação as indicações para que sejam adotadas as medidas corretivas necessárias;
- d) apreciar os indicadores propostos pelos gestores de saúde dos respectivos entes da Federação para a avaliação da qualidade das ações e serviços públicos de saúde e a implementação de processos de educação na saúde e na transferência de tecnologia visando à operacionalização do sistema eletrônico tratado no artigo 39 dessa lei;
- e) participar na formulação do programa permanente de educação na saúde para qualificar o exercício do papel propositivo, fiscalizador e avaliador do conselheiro, principalmente dos segmentos dos usuários e trabalhadores do SUS;
- f) assessorar o Poder Legislativo de cada ente da Federação, quando requisitados, sobre o cumprimento dos dispositivos da LC 141/2012;
- g) receber informação do MS sobre os recursos previstos para transferência do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde e sobre o descumprimento dos dispositivos da LC 141/2012 pelos Estados, Distrito Federal e Municípios e

- h) no caso dos conselheiros e do CNS, deliberar sobre (i) a metodologia pactuada na CIT para definição das transferências de recursos do SUS fundo a fundo para custeio, (ii) as normas do SUS pactuadas na CIT e (iii) o modelo padronizado do RAG a ser adotado por todos os entes da Federação, bem como o modelo simplificado para os municípios com população inferior a 50 mil habitantes.

### 2.2.2. Processo de descentralização restringida

A partir desse “marco constitucional-legal”, a gestão do SUS congrega as ações e serviços de saúde prestados pelos órgãos públicos federais, estaduais e municipais (da administração direta e indireta): a partir dos anos 90, houve a reestruturação da organização dos serviços de saúde por meio de um processo conhecido como ‘municipalização’ – os municípios assumiram a direção em nível local.

A complexidade do modelo de gestão do SUS, considerando a existência de 5570 municípios com características muito diferentes entre si, segundo Santos e Giovanella (2014), tem sido evidenciada pela necessidade de aliar a descentralização com integração solidária, o que requer também articulações intermunicipais e/ou regionais, bem como entre as três esferas de governo.

Mais recentemente, a questão da regionalização a partir da articulação intermunicipal com os governos estaduais e federal tem sido priorizada, mas de forma restringida pelas regras da gestão orçamentária e financeira, cujos modelos foram concebidos de forma combinada pela Lei 4320/64 e pelo Decreto-Lei 200/67, ou seja, segundo a concepção de uma estrutura hierarquizada e centralizada do aparelho de Estado.

Conforme Dourado e Elias (2011, p.206), a regionalização como meio de se efetivar o direito à saúde depende de arranjos institucionais específicos: o SUS foi criado no contexto do federalismo cooperativo, sendo obrigação de “todos os entes federados de atuar para a promoção, proteção e recuperação da saúde, com

autonomia de cada esfera de governo para a gestão do sistema nos limites do seu território”, constituindo-se o chamado federalismo sanitário brasileiro.

Não houve a reestruturação político-institucional do aparelho de Estado adequada para essa gestão descentralizada do conjunto dos recursos da saúde principalmente em nível municipal, nem para as novas relações estabelecidas entre o Estado e a Sociedade por meio das conferências e Conselhos de Saúde (à luz do caráter propositivo e fiscalizador dessas instâncias de deliberação do SUS nas três esferas de governo).

Essa lacuna aparece também na operacionalização do planejamento e da execução orçamentária e financeira de forma regionalizada e integrada entre essas três esferas de governo, bem como na relação desses processos com as conferências e Conselhos de Saúde.

Por fim, essas novas atribuições e competências das três esferas de governo para a gestão descentralizada do SUS não foram acompanhadas de fontes específicas e formas de financiamento estáveis. A combinação dessa cultura centralizadora das decisões inter e intra esferas governamentais com o poder exercido pelas áreas econômicas na União, nos Estados, Distrito Federal e Municípios tem sido responsável por um modelo de financiamento do SUS incompatível com o princípio constitucional da descentralização da política de saúde.

Apesar da promulgação da EC 29/2000, somente depois de 12 anos do início da vigência da CF, contendo os dispositivos para a aplicação mínima em saúde na União, nos Estados, no Distrito Federal e nos Municípios, a área econômica da esfera federal de governo tem restringido desde então a alocação de recursos para o SUS nos níveis da aplicação mínima constitucional, mantendo estagnada a aplicação efetiva enquanto proporção do PIB, ao mesmo tempo em que aumentava a participação dos Estados, Distrito Federal e Municípios (BARROS; PIOLA, 2016).

Para Funcia (2019), a EC 86/2015 e a EC 95/2016 introduziram dispositivos referentes aos valores de aplicação mínima (piso) federal em ações e serviços públicos de saúde, que condicionam o planejamento e execução orçamentária e financeira do MS, agravando o processo de subfinanciamento do SUS:

a) A EC 86/2015 estabeleceu percentuais progressivamente escalonados para o piso federal do SUS, iniciando com 13,2% da Receita Corrente Líquida em 2016 para atingir 15% da Receita Corrente Líquida em 2020 – sendo que a aplicação efetiva em 2015 já era de 14,8% da Receita Corrente Líquida; além disso, tornou obrigatória a execução orçamentária das emendas parlamentares individuais, correspondente a 0,6% da Receita Corrente Líquida (equivalente a quatro vezes mais que representou a média do valor das emendas parlamentares no quadriênio anterior) dentre as despesas computadas para a aferição do cumprimento piso federal e

b) A EC 95/2016 revogou a regra do piso federal de 15% da Receita Corrente Líquida e retirou recursos orçamentários a partir de 2018 (mediante regra que “congela” o piso federal da saúde no valor apurado em 2017) e financeiros do SUS a partir de 2017 (baseado no teto global de despesas primárias pagas em 2016), ambos valores atualizados pela variação anual do IPCA/IBGE até 2036. Com isso, nenhum centavo de crescimento da receita será utilizado obrigatoriamente para o financiamento federal do SUS, com redução das despesas per capita.

A EC 95/2016 teve como principal objetivo declarado (conforme mensagem do governo federal que encaminhou a Proposta de EC ao Congresso Nacional) reduzir o déficit primário (diferença negativa entre receitas e despesas primárias federais) por meio da redução de despesas capazes de restabelecer o superávit primário existente até 2014. Com isso, seria possível financiar as despesas financeiras (principalmente juros e amortização da dívida pública) que, diferentemente das primárias, não foram submetidas ao regime do teto constitucional.

Como decorrência da vigência da EC 95/2016, aprofundou a política econômica recessiva iniciada em 2015 e limitou o crescimento econômico até 2036, com impacto negativo sobre os níveis de emprego e renda da maioria da população, bem como nas condições de saúde da população.

Nesse contexto do teto financeiro de despesas federais até 2036 e o “congelamento” do piso federal do SUS tendem a limitar a alocação de recursos

adicionais para a saúde por parte do governo federal, o que aumenta a pressão pela alocação adicional de recursos estaduais e municipais para o financiamento do SUS.

Mas, segundo Funcia (2019), houve crescimento dos percentuais de aplicação em ações e serviços públicos de saúde com recursos próprios no período 2004-2017 pelas esferas estadual e, principalmente, municipal de governo, cuja aplicação foi também muito acima do piso de 15% da receita municipal base de cálculo, parâmetros estabelecidos pela EC 29/2000 e pela LC 141/2012.

Essa situação restringe a capacidade desses entes subnacionais compensarem a queda das transferências federais fundo a fundo, inclusive porque há uma centralização na União de mais da metade do valor consolidado da arrecadação tributária, porque mais de 2/3 desse valor é oriundo de tributos federais, cuja competência tributária está definida na CF - após as transferências intergovernamentais (pelo conceito de receita disponível), a União ainda fica com mais da metade dos recursos, o que tornou a descentralização constitucional da política de saúde excessivamente dependente das transferências federais; no caso do SUS, quase 2/3 do orçamento do MS são despesas com essas transferências para os fundos estaduais e municipais de saúde.

Desta forma, ocorreu um processo de descentralização restringida das políticas sociais, em especial da saúde: de um lado, o crescente protagonismo político dos Estados e, principalmente, dos Municípios; e, de outro lado, a baixa capacidade de financiamento das ações para implementação dessas políticas com recursos próprios. Adicionalmente à importância federal nas transferências inter-regionais, Arretche e Marques (2007) destacam também a concentração da autoridade na esfera federal no processo de descentralização do SUS.

Disso resultou a busca dos prefeitos e governadores pelas transferências voluntárias vinculadas às políticas setoriais nas últimas três décadas; no caso da saúde, as transferências fundo a fundo do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais representam participação importante no financiamento do SUS para viabilizar essa gestão descentralizada, sob fiscalização dos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde.

### 2.3. SUS e Ciclo Orçamentário: planejamento e controle da aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde

O financiamento das políticas públicas no Brasil, principalmente da política de saúde, é incompatível com as responsabilidades assumidas pelos governos federal, distrital, estaduais e municipais para o cumprimento da CF e com a prioridade *ex ante* de pagamento de juros e amortização da dívida pública estabelecida pela Lei de Responsabilidade Fiscal para todos os Entes da Federação. Funcia (2019) trata das referências preliminares para a alocação adicional de recursos, dentre elas a análise da execução orçamentária e financeira do MS, no contexto do subfinanciamento federal do SUS e da EC 95/2016. Sob a ótica da gestão pública, orçamento e financiamento estão integrados: a programação de despesas está condicionada às receitas que financiarão essa programação.

A discussão sobre a carga tributária brasileira<sup>2</sup> não tem considerado que a receita pública destina-se ao financiamento dos gastos públicos, os quais são realizados com o objetivo de atender às necessidades da população, na perspectiva da garantia de direitos estabelecidos na CF de 1988 e nas Emendas Constitucionais posteriormente aprovadas, bem como da necessidade do equilíbrio das contas públicas e do pagamento dos juros e da amortização da dívida pública nos termos da Lei de Responsabilidade Fiscal. Resulta disso tanto uma situação de subfinanciamento do setor público brasileiro, como a consequente falta permanente de recursos para o adequado financiamento das políticas públicas.

Um dos principais problemas enfrentados pela saúde pública no Brasil tem sido a insuficiente e instável alocação de recursos orçamentários e financeiros pelas três esferas de governo, especialmente federal e estadual, para garantir o cumprimento do preceito constitucional de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. Junte-se a isso as evidências de que a CF e as Leis 8080/90 e 8142/90 e, a mais recente, LC 141/2012, têm muitos de seus dispositivos descumpridos, comprometendo

---

<sup>2</sup> Conceito que expressa a arrecadação tributária em relação ao PIB.

a efetivação dos processos de planejamento e execução orçamentária do SUS (SUS) pelos governos federal, distrital, estaduais e federais.

Tradicionalmente, em parte como decorrência da herança tecnoburocrática<sup>3</sup> caracterizada por Bresser Pereira (2014) e presente na formação do Estado brasileiro, as autoridades econômicas – responsáveis pelas áreas orçamentárias e financeiras nas três esferas de governo – têm resistido em atender à reivindicação de mais recursos para a saúde, sob a alegação de que ‘falta gestão’ a essa área governamental<sup>4</sup>.

Não há dúvida de que todo o setor público, e não somente a área da saúde, precisa aprimorar a gestão; mas, não haverá ‘mais gestão’ sem a necessária alocação de recursos para esse fim – basta comparar as estatísticas internacionais para perceber que o SUS precisa de recursos adicionais, segundo análise de Aragão e Funcia (2021) – a Tabela 2 ilustra essa situação.

---

3 Conforme Bresser Pereira: “Tecnoburocracia é o nome da classe profissional, mas pode ser usado também para identificar um sistema de dominação nos termos de Max Weber (...) um sistema dotado de legitimidade, na medida em que é exercido de forma racional-legal e que suas origens são ou pretendam ser técnicas ou profissionais”.

4 As seguintes frases, entre outras, são exemplos dessa “resistência”: “saúde é um saco sem fundo – quanto mais recurso for alocado, mais irá para o ralo”; “alocar mais recursos para a saúde é a mesma coisa que enxugar gelo”; “o pessoal da saúde não entende nada de gestão”. Com isso, evidenciam a ignorância em relação às estatísticas de atendimento – os gestores da saúde fazem muito com tão pouco.

**Tabela 2 - Gasto Público em Saúde como proporção do PIB, países selecionados (em 2015)**

| País <sup>1</sup> | Gasto Público com Saúde em % do PIB | Gasto público per capita com Saúde em US\$ PPP <sup>2</sup> | Gasto Público com Saúde em % do Gasto Total do Governo |
|-------------------|-------------------------------------|---|--|
| Alemanha          | 9,4                                 | 4.525   | 21,4   |
| Argentina         | 4,9                                 | 993   | 12,3   |
| Brasil            | 3,8                                 | 595   | <b>7,7</b>   |
| Canadá            | 7,7                                 | 3.383   | 19,1   |
| Chile             | 4,9                                 | 1.157   | 19,6   |
| China             | 3,2                                 | 456   | 10,1   |
| Coreia do Sul     | 4,2                                 | 1.442   | 12,9   |
| Espanha           | 6,5                                 | 2.261   | 14,9   |
| Estados Unidos    | 8,5                                 | 4.802   | 22,6   |
| Itália            | 6,7                                 | 2.509   | 13,4   |
| Portugal          | 5,9                                 | 1.762   | 12,3   |
| Reino Unido       | 7,9                                 | 3.330   | 18,5   |

Elaboração de Rodrigo Benevides a partir de OMS, 2015. Disponível em:

<https://www.who.int/data/gho/data/indicators>. Fonte: Aragão e Funcia (2021).

Notas:

(1) Nem todos os países possuem sistemas universais de saúde.

(2) Paridade do Poder de Compra.

Para atender à necessidade de ‘mais gestão’, em termos orçamentários e financeiros, a LC 141/2012, de 13 de janeiro de 2012, representou um importante instrumento para esse objetivo. Estabeleceu normas mais claras para fortalecer os processos de planejamento e de execução orçamentária do SUS no contexto da gestão pública, como por exemplo, os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde a serem pactuados na CIT e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas que tratam de atribuições específicas tanto para os gestores federal, estaduais e municipais do SUS, como para os respectivos Conselhos de Saúde

Entretanto, é possível inferir que muito pouco ou quase nada mudou nos últimos anos, desde o advento dessa lei em termos da relação intragovernamental dos gestores da saúde com os gestores das áreas orçamentária e financeira de cada esfera de governo, bem como em termos da relação desses gestores do SUS com os respectivos Conselhos de Saúde.

Esses processos ocorrem no contexto do subfinanciamento do SUS e da dependência verificada da gestão orçamentária e financeira dos Fundos de Saúde às

decisões centralizadas sobre o tema pelas áreas econômico-financeiras governamentais, o que está em desacordo com a legislação analisada anteriormente.

É preciso considerar inicialmente o planejamento orçamentário do SUS como um subprocesso do planejamento orçamentário governamental nas esferas federal, distrital, estaduais e municipais e, nesse contexto, deve estar “integrado” aos instrumentos do ciclo orçamentário – PPA, LDO e LOA.

O orçamento da saúde deve integrar o orçamento geral dessas esferas de governo para viabilizar a implantação da política de saúde. Vale destacar ainda que “integrado” representa o oposto de uma relação de submissão da área da saúde às áreas orçamentárias e financeiras governamentais, inclusive porque os Fundos de Saúde ganharam destaque ao serem legalmente (artigo 14 da LC 141/2012) considerados como unidades orçamentárias e gestoras<sup>5</sup>.

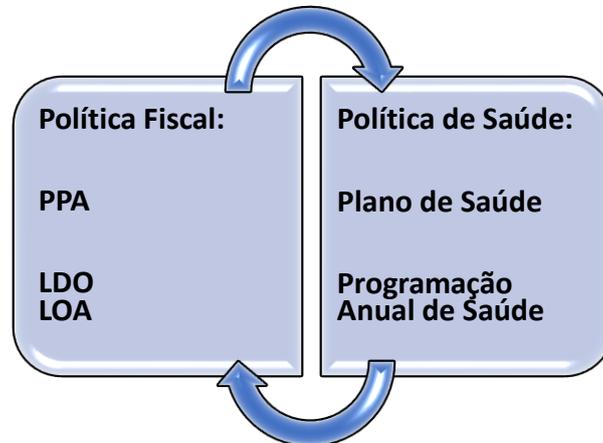
Disso resulta que o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Ministério da Fazenda, Secretarias Distrital, Estaduais e Municipais de Finanças e/ou Planejamento e/ou outras com essas atribuições devem não somente incorporar o planejamento e a programação orçamentária do MS e Secretarias Distrital, Estaduais e Municipais de Saúde, mas também respeitar a autonomia relativa dos gestores das respectivas áreas da saúde estabelecida pela LC 141/2012.

Não poderia existir uma relação de submissão do planejamento orçamentário do SUS ao planejamento geral do governo, como tradicionalmente ocorre; a relação deveria ser de integração, “formando um todo coerente”, superando inclusive uma visão departamentalizada que tradicionalmente tem marcado o planejamento do setor público brasileiro. Nessa perspectiva, a integração entre a política econômica, mais especificamente a política fiscal (que envolve a receita e a despesa públicas), e a política social, no caso, a política de saúde, pode ser visualizada pela Figura 2.

---

5 Segundo Glossário da Secretaria do Tesouro Nacional (disponível em <http://www.stn.fazenda.gov.br/web/stn/-/glossario> - acesso em 30/04/2020), a condição de unidade orçamentária garante aos Fundos de Saúde “(...) dotações específicas para a realização de seus programas de trabalho e sobre os quais exerce o poder de disposição”, enquanto que, na condição de unidade gestora, pode “(...) gerir recursos orçamentários e financeiros, próprios ou sob descentralização e cujo titular, em consequência, está sujeito à tomada de contas anual em conformidade com o disposto nos artigos 81 e 82 do Decreto-lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967”.

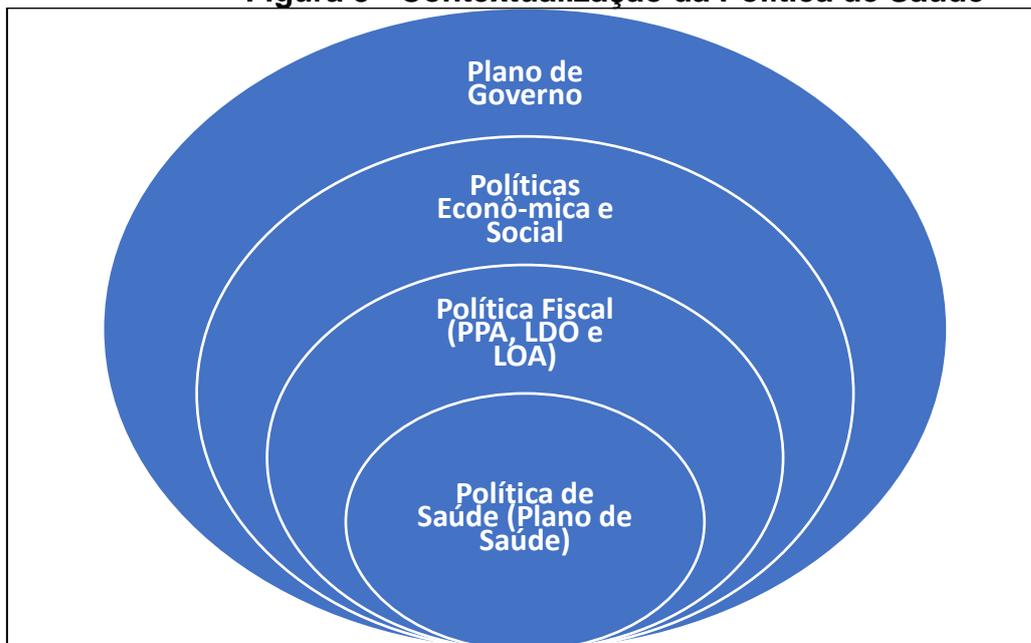
**Figura 2 - Instrumentos da Política Fiscal e da Política de Saúde**



Elaboração própria. Fonte: Adaptado de CF e LC 141/2012.

Sob a ótica da integração necessária entre política fiscal e política de saúde, os instrumentos do planejamento orçamentário, por meio dos quais, entre outros, o governo executa a política fiscal, são o PPA, a LDO e a LOA; e os instrumentos do planejamento do SUS, por meio dos quais, principalmente, o governo opera a política de saúde, são o Plano de Saúde e a PAS. A Figura 3 ilustra essa contextualização da política de saúde.

**Figura 3 - Contextualização da Política de Saúde**



Fonte: Brasil (2016).

Em linhas gerais, o planejamento orçamentário na perspectiva do ciclo orçamentário trata das questões referentes à estimativa da receita e à programação das despesas (vinculadas a objetivos, indicadores e metas físicas e financeiras) para o quadriênio do PPA, do qual, anualmente, a LDO aloca anualmente as metas e prioridades, da qual, a LOA aloca anualmente a receita estimada e a despesa fixada de forma mais detalhada, combinando as classificações institucional, econômica e funcional-programática.

O ponto de partida para o planejamento orçamentário de qualquer governo deve ser a previsão da receita que financiará as ações de governo no quadriênio do PPA ou no ano da LDO e da LOA. Após isso, as áreas orçamentária e financeira das três esferas de governo estabelecem os parâmetros para que os Ministérios e as Secretarias Estaduais e Municipais façam as respectivas programações de despesas.

Com o advento da LC 141/2012, a área da saúde não poderia mais simplesmente 'ser comunicada' sobre esses parâmetros pelas áreas que centralizam a gestão orçamentária e financeira governamental, mas participar dessas referências que lhes dizem respeito, principalmente no Distrito Federal, Estados e Municípios em que a receita é a base de cálculo para a aplicação da aplicação mínima legal nos termos dos seus artigos 6º e 7º.

O artigo 23 da citada legislação estabeleceu a necessidade de revisar os valores disponíveis no orçamento por meio de créditos adicionais, se houver acréscimo de receita durante a execução orçamentária em relação à estimativa de valor existente na LOA aprovada pelo Poder Legislativo. Dois outros dispositivos (artigos 9º e 29) vedam a redução da base de cálculo da aplicação mínima em saúde dos entes subnacionais em decorrência de políticas de isenção tributária e/ou de estímulo ao desenvolvimento econômico local ou regional.

Nas três esferas de governo, as respectivas áreas da saúde devem participar da definição dos parâmetros que estão diretamente relacionados ao financiamento de suas despesas, especialmente:

- a) para a apuração do valor mínimo da aplicação a ser considerado na programação orçamentária (no caso da União, o artigo 5º da LC 141/2012 foi revogado pelo dispositivo da EC 86/2015 que estabeleceu 15% da Receita Corrente Líquida da União, que por sua vez foi suspenso até 2036 pelo

dispositivo da EC 95/2016, que estabeleceu o valor do piso de 2017 atualizado anualmente pela variação do IPCA/IBGE; no caso dos Estados e Distrito Federal, 12% da receita base de cálculo<sup>6</sup>, e no caso dos Municípios e Distrito Federal, 15% da receita base de cálculo<sup>7</sup>);

b) para a apuração das despesas que não podem ser consideradas no cômputo da aplicação mínima porque financiadas com as receitas próprias do MS oriundas da administração direta ou indireta (inciso X, do artigo 4º da LC 141/2012), como por exemplo, a receita do DPVAT, de taxas, venda de produtos e serviços, etc. Historicamente, essas despesas não são consideradas como uma aplicação adicional ao mínimo;

c) para a definição da forma de repasse regular e automático de recursos financeiros ao Fundo Nacional de Saúde, conforme estabelece o artigo 34 da Lei 8080/90, que é a transferência automática pela autoridade arrecadadora, para que possa cumprir a sua condição de unidade gestora dos recursos e não somente a função de 'pagadoria', inclusive para o fortalecimento do financiamento do SUS mediante a geração de receita patrimonial, especialmente oriunda dos rendimentos de aplicação financeira das contas do Fundo;

---

6 Receitas Tributárias: ICMS (Imposto sobre a Circulação de Mercadorias e Serviços), IPVA (Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores), ITCMD (Imposto de Transmissão Causa Mortis e Doação) e IRRF (Imposto de Renda Retido na Fonte sobre os rendimentos pagos pelo governo estadual); Receitas de Transferências Intergovernamentais: FPE (Fundo de Participação dos Estados), IPI-Exportação (Imposto sobre Produtos Industrializados), "Lei Kandir" (LC 87/96 referente às desonerações de exportação); e Outras Receitas Correntes: Multas, Juros e Correção Monetária de Impostos e Dívida Ativa de Impostos.

7 Receitas Tributárias: IPTU (Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana), ISS (Imposto sobre Serviços), ITBI (Imposto sobre a Transmissão de Bens Imóveis) e IRRF (Imposto de Renda Retido na Fonte sobre os rendimentos pagos pelo governo municipal); Receitas de Transferências Intergovernamentais: cota parte de 25% do ICMS (Imposto sobre a Circulação de Mercadorias e Serviços), cota parte de 50% do IPVA (Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores), cota parte de 50% do ITR (Imposto sobre a Propriedade Territorial Rural), FPM (Fundo de Participação dos Municípios), IPI-Exportação (Imposto sobre Produtos Industrializados), "Lei Kandir" (LC 87/96 referente às desonerações de exportação); e Outras Receitas Correntes: Multas, Juros e Correção Monetária de Impostos e Dívida Ativa de Impostos.

d) para o levantamento da existência de superávit financeiro nas contas do Fundo Nacional de Saúde, apurado nos termos da Lei 4320/64, de modo a caracterizar a existência de fonte recursos para abertura de créditos adicionais suplementares e

e) mais recentemente, para a edição das portarias com a definição dos prazos e fluxos para o cumprimento da EC 86/2015 em relação à execução orçamentária obrigatória das despesas de emendas parlamentares no montante correspondente a 1,2% das Receitas Correntes Líquidas da União, metade delas (0,6%) vinculadas à área da saúde para o cômputo da aplicação mínima.

### 2.3.1. A LC 141/2012 compatibilizada com o processo de planejamento e controle do Ciclo Orçamentário Brasileiro

Na União, no Distrito Federal, nos Estados e nos Municípios, o planejamento orçamentário do SUS, que integra os instrumentos do Ciclo Orçamentário Brasileiro, deve respeitar o que determina tanto a LC 101/2000, como a LC 141/2012, que são complementares entre si para esse fim ao estimular a transparência, a participação da população e a realização de audiências públicas nos processos de elaboração (pelo Poder Executivo) e aprovação (pelo Poder Legislativo) dos instrumentos de planejamento das finanças públicas, da gestão fiscal responsável e do SUS, os quais devem ser compatíveis entre si quanto aos conteúdos.

O parágrafo 4º do artigo 30 da LC 141/2012 estabelece a competência dos Conselhos de Saúde para deliberar sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades previamente ao processo de elaboração do PPA, PS, PAS, LDO e LOA, enquanto o parágrafo 2º do artigo 36 dessa lei estabelece outra referência temporal: a programação anual do Plano de Saúde deve ser encaminhada pelo gestor para a análise e deliberação do respectivo Conselho de Saúde antes da data de encaminhamento da PPA do exercício correspondente (com a devida divulgação e acesso ao público pela internet).

Em resumo, a leitura conjunta desses dispositivos legais anteriormente citados aponta para a necessidade de submissão do PPA, PS, PAS, LDO e LOA aos Conselhos de Saúde de cada ente da Federação para análise e deliberação, bem como de realização de audiências públicas durante as fases de elaboração desses instrumentos (exigência válida também na fase de tramitação junto ao respectivo Poder Legislativo, para os que devem ser apresentados sob a forma de projeto de lei).

Porém, o pré-requisito para a elaboração de todos esses instrumentos é a obediência às diretrizes deliberadas pelos respectivos Conselhos de Saúde para o estabelecimento de prioridades para a gestão da saúde pelos governos federal, distrital, estaduais e municipais, que por sua vez devem obedecer às diretrizes aprovadas nas respectivas Conferências de Saúde.

Os gestores de saúde devem encaminhar uma proposta para a análise e deliberação dos Conselhos. Se não houver esse encaminhamento, os Conselhos poderão definir e deliberar as diretrizes para o estabelecimento de prioridades na área da saúde pública, sempre à luz dos Planos de Saúde e dos PPA vigentes para esfera de governo, bem como da legislação que rege o SUS e as finanças públicas, especialmente, a CF, a Lei 4320/64, a LC 101/2000, a Lei 8080/90, a Lei 8142/90 e a LC 141/2012.

Outras diretrizes, a maioria delas não diretamente relacionada às dimensões orçamentária e financeira, decorrem da combinação do artigo 2º da LC 141/2012 com o artigo 7º da Lei 8080/90, a seguir apresentadas: garantia do acesso gratuito aos serviços de saúde, universalidade de acesso, integralidade de assistência, defesa da integridade física e moral das pessoas, “igualdade da assistência à saúde”, “direito à informação”, divulgação dos serviços de saúde, estabelecimento de prioridades e de alocação de recursos segundo critérios epidemiológicos, “participação da comunidade”, “descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo”, ações de saúde realizadas no contexto da seguridade social e integradas com saneamento e meio ambiente, coordenação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos das três esferas de governo na prestação de serviços à população, inclusive a respectiva organização para evitar duplicidade de

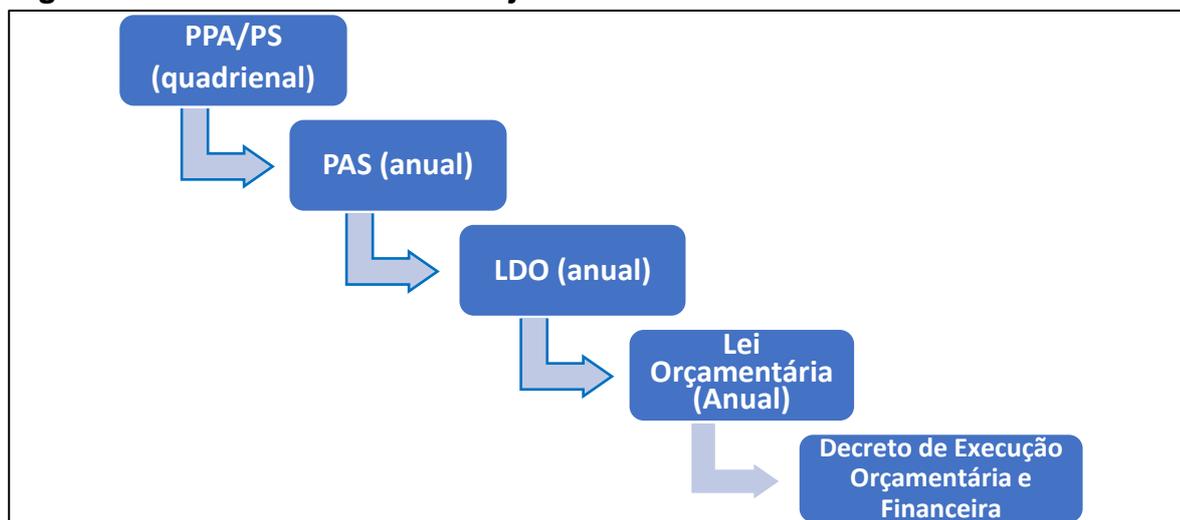
ações e capacidade de resolução desses serviços em todos os níveis de assistência à saúde.

Na sequência, após a deliberação dos respectivos Conselhos, essas diretrizes servirão de referência para a elaboração da PAS pelos gestores da saúde e encaminhamento para avaliação e aprovação dos Conselhos de Saúde antes da análise e deliberação do Projeto de PPA referente àquela programação.

Nenhuma despesa poderá ser realizada se não houver previsão na LOA e nada constará nessa lei sem que tenha sido priorizada na LDO e na PAS. Por fim, a LDO e a PAS devem ser compatíveis com o PNS e com o PPA. Disso resulta a nova importância dada aos conselheiros de saúde nesse processo: deliberar anualmente sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades que constarão na LDO e PAS para o detalhamento das despesas na LOA, a partir do processo dos planos quadrienais – PNS e PPA.

A Figura 4 apresenta esses instrumentos de planejamento em perspectiva temporal.

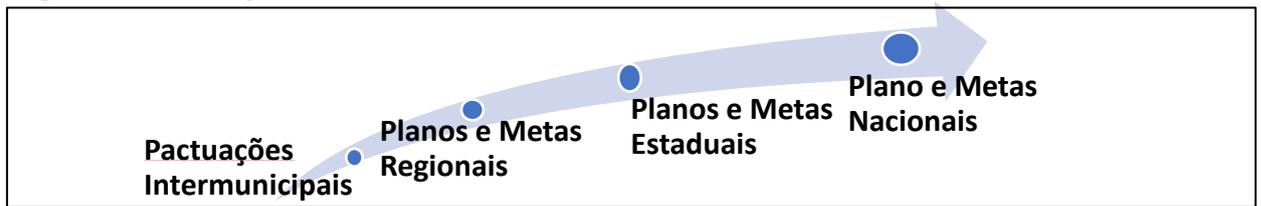
**Figura 4 - Instrumentos de Planejamento do SUS**



Elaboração Própria. Fonte: Adaptado de CF e LC 141/2012.

Outro pré-requisito para a elaboração desses instrumentos, válido para as esferas federal e estaduais, nos termos definidos nos parágrafos 1º a 3º do artigo 30 da LC 141/2012, deve ser a consolidação de um conjunto de atividades caracterizado como planejamento ascendente conforme ilustrado na Figura 5.

**Figura 5 - Planejamento Ascendente do SUS**



Elaboração Própria. Fonte: Adaptado de LC 141/2012

O planejamento ascendente do SUS indica para a uma gestão integrada das três esferas de governo: o significado de 'integração', conforme já visto, é diferente da submissão dos Estados à União e dos Municípios aos Estados e à União, assim como é diferente de 'soma de ações compartimentalizadas'. Trata-se de um processo que pode ser caracterizado como um 'Ciclo Orçamentário Brasileiro do SUS', com a elaboração de PPA's, LDO's e LOA's federal, distrital, estaduais e municipais integrados entre si e com os respectivos PS e PAS.

Tal visão está presente em outros dispositivos da LC 141/2012, especificamente, nos artigos 17 e 19, considerando a exigência legal do conhecimento prévio dos valores das receitas de transferências intergovernamentais vinculadas ao SUS para a definição das fontes de financiamento das despesas com ações e serviços públicos de saúde no Distrito Federal, Estados e Municípios. Para esse fim, a citada legislação disciplina o que segue:

a) Primeiramente, a metodologia ou critério de rateio para a transferência de recursos federais do SUS para o Distrito Federal, Estados e Municípios deverá ser pactuada na CIT e ser encaminhada para aprovação do CNS; procedimento semelhante deverá ocorrer na esfera estadual de governo, envolvendo as CIB's e os respectivos Conselhos Estaduais de Saúde para a transferência de recursos estaduais para os Municípios;

b) Para essa aprovação, os Conselhos Nacional e Estaduais de Saúde deverão verificar se essa metodologia ou critério de rateio atende ao objetivo constitucional (Parágrafo 3º do artigo 198) de progressiva redução das disparidades regionais, bem como às "necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de

capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde”, além de outros aspectos incluídos no artigo 35 da Lei 8080/90, relacionados à rede de saúde e de serviços ofertados, ao “desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior”, incluindo a participação setorial nos orçamentos de cada esfera de governo, à “previsão do plano quinquenal de investimentos da rede” e ao “ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo” e

c) Além disso, o MS deverá informar aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde e aos Tribunais de Contas sobre os valores de recursos a serem transferidos para os Estados, Distrito Federal e Municípios; procedimento semelhante deverá ser adotado pelas Secretarias Estaduais de Saúde sobre os valores a serem transferidos aos Municípios.

Os artigos 18 e 20 da LC 141/2012 estabelecem que essas transferências previstas pelos artigos 17 e 19 devem ocorrer de “forma regular e automática” na modalidade “fundo-a-fundo”, sendo exceção a modalidade convencional, acordada entre as partes.

Por fim, geralmente, nos meses de junho e julho do ano ‘x’, no âmbito da União, e nos meses de julho e agosto do ano ‘x’, no âmbito do Distrito Federal, Estados e Municípios, ocorre o processo de elaboração do Projeto de LOA do ano ‘x+1’ tomando por base o PPA e o PS quadrienais e a PAS e a LDO do ano ‘x+1’.

A LOA estima a receita e fixa a despesa, detalhando os valores a serem arrecadados por rubrica de receita (identificando as fontes desses recursos – própria e vinculada) e os valores das despesas segundo o órgão executor, as funções e subfunções de governo, os programas e as respectivas ações (projetos, atividades e operações especiais), a categoria econômica, os grupos de natureza de despesa, a modalidade de aplicação e os elementos de despesa.

Segundo o artigo 8º da Lei de Responsabilidade Fiscal, no prazo máximo de 30 dias após a publicação da LOA aprovada pelo Poder Legislativo e sancionada pelo Chefe do Poder Executivo, caberá a este definir a programação financeira e o cronograma mensal de desembolso baseado nos termos da respectiva LDO.

Ainda dentro desse prazo, deverá ser definida também a previsão bimestral da receita nos termos do artigo 13 da Lei de Responsabilidade Fiscal, que servirá de referência para verificar se o comportamento da arrecadação está de acordo com as estimativas da LOA: em caso negativo, o seu artigo 9º dessa lei estabelece que haverá limitação de empenhos nos termos estabelecidos pela LDO, que poderá definir quais despesas não serão limitadas para esse fim.

Trata-se de importante medida que antecede à execução orçamentária e financeira, geralmente materializada por meio de edição de decreto que torna indisponível parte dos valores das dotações orçamentárias (contingenciamento) e que estabelece limites para liberação de recursos financeiros para o pagamento das despesas empenhadas, de modo a compatibilizar o ritmo de execução das despesas com a efetiva arrecadação das receitas para garantir o equilíbrio das contas públicas anuais.

Essa exigência da Lei de Responsabilidade Fiscal reitera a necessidade do equilíbrio entre as dimensões orçamentárias e financeiras para a realização das despesas públicas, que estava disciplinada anteriormente pelas quotas trimestrais previstas Lei 4320/64.

Para o cumprimento dessas exigências legais, as áreas orçamentárias e financeiras dos governos federal, distrital, estaduais e municipais não podem mais definir esses parâmetros para a área da saúde sem a participação ativa dos respectivos gestores dos Fundos de Saúde em obediência ao que determina a LC 141/2012; afinal, como foi tratado anteriormente, os Fundos de Saúde adquiriram a condição legal de unidades orçamentária e gestora.

Assim sendo, o estabelecimento de quotas orçamentárias e financeiras deve ser compatível com a programação financeira dos respectivos Fundos de Saúde para integrar a programação mensal de desembolso de cada ente da Federação. A LC 141/2012 estabelece que a disponibilidade orçamentária e financeira para aplicação em ações e serviços públicos de saúde deve garantir pelo menos os respectivos valores dos pisos de cada ente, ou seja, há uma regra aqui para contingenciar recursos do SUS na União, nos Estados, no Distrito Federal e nos Municípios. Com essa condição, para o cumprimento do artigo 13 da Lei de Responsabilidade Fiscal, a

necessidade de limitação de empenhos devido à frustração da receita não atingirá as despesas da saúde.

Os gestores dos Fundos de Saúde deverão adotar os seguintes parâmetros para o estabelecimento dessas quotas:

a) ingresso estimado de receita (previsão bimestral fixada nos termos do artigo 13 da Lei de Responsabilidade Fiscal);

b) ingresso de recursos intergovernamentais repassados para os Fundos de Saúde do Distrito Federal, dos Estados e dos Municípios (devem ser aplicados no prazo de 12 meses a contar da data do repasse, de acordo com o parágrafo 2º do artigo 26);

c) os valores das dotações orçamentárias e a programação de execução das despesas e

d) os valores dos restos a pagar, cujo pressuposto é da existência de recursos em caixa oriundos do exercício anterior para a realização desses pagamentos no exercício seguinte, medida necessária para que essas despesas tenham sido computadas como aplicação mínima do exercício anterior (inciso II do artigo 24).

Além disso, nos termos do parágrafo único do artigo 23 da LC 141/2012, deverá ser feita uma verificação entre as receitas estimadas e arrecadadas a cada quadrimestre em comparação às despesas fixadas no orçamento, de modo a garantir que a apuração de eventual excesso de arrecadação seja acompanhada, se necessário, de medidas garantidoras (abertura de créditos adicionais) para a atualização imediata dos valores das dotações orçamentárias para viabilizar o cumprimento da aplicação mínima legal.

Os gestores do SUS – federal, estaduais e municipais – devem apresentar quadrimestralmente (para análise e indicação de medidas corretivas) e anualmente (para análise e elaboração de parecer conclusivo) os Relatórios de Prestação de Contas aos respectivos Conselhos de Saúde (dos quais fazem parte enquanto representação do segmento ‘gestor’).

Trata-se de obrigação estabelecida na LC 141/2012, que disciplina inclusive o conteúdo básico desses relatórios. Um dos aspectos dessa prestação de contas é a

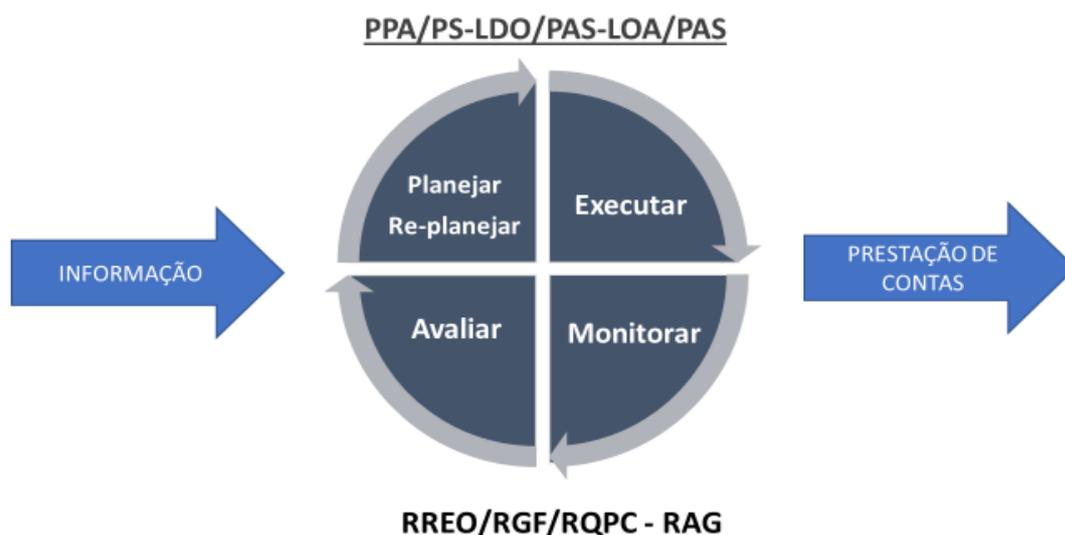
execução orçamentária e financeira das ações e serviços públicos de saúde, a partir da análise da despesa empenhada, da despesa liquidada e da despesa paga.

Segundo a Lei 4320/64, o “empenho” cria obrigação para o Poder Público, alocando parte dos recursos orçamentários para credor devidamente identificado, que por sua vez deverá cumprir com o objeto da contratação que deu causa ao referido empenho – entregar o bem ou prestar o serviço, cuja atestação da autoridade pública desse cumprimento nos termos contratados corresponde a fase da “liquidação” da despesa – para, depois disso, fazer jus ao pagamento correspondente.

Desta forma, não poderá ser paga uma despesa não liquidada, e nem poderá ser liquidada uma despesa não empenhada. Para ser empenhada uma despesa, além de necessidade da correspondente dotação orçamentária com valor suficiente para esse fim, é preciso que a legislação que rege as contratações públicas tenha sido cumprida para a escolha dos fornecedores de bens e serviços.

Em resumo, o planejamento da execução orçamentária e financeira está materializado nos seguintes instrumentos: PPA, LDO e LOA – cujos respectivos capítulos das despesas de saúde devem estar em sintonia com o Plano de Saúde (no caso do PPA) e com a PAS (no caso da LDO e da LOA). Esses instrumentos são as principais referências para a execução orçamentária e financeira das ações e serviços públicos de saúde que deverá constar nos relatórios de prestação de contas citados no primeiro parágrafo. A Figura 6 ilustra a interface desses instrumentos com os processos de trabalho que envolvem os Conselhos de Saúde nas três esferas de governo.

**Figura 6 - Instrumentos de planejamento e de prestação de contas da execução orçamentária do SUS e os processos de trabalho que envolvem os Conselhos de Saúde**



Fonte: Elaboração Própria

Foi possível constatar que o processo de planejamento orçamentário do SUS está condicionado pelo subfinanciamento e pelo descumprimento de vários dos dispositivos relacionados à gestão do SUS presentes na CF, na Lei 8080/90, na Lei 8142/90 e na LC 141/2012.

Na esfera federal e na esfera estadual, apesar do marco constitucional-legal do SUS estabelecer a aplicação mínima, os valores da aplicação próximos do piso são indicativos de que a gestão orçamentária e financeira desses governos estabelece parâmetros e liberam recursos orçamentários e financeiros sob a perspectiva de que essa aplicação mínima é, de fato, a máxima a ser viabilizada. Essa lógica desconsidera o preceito constitucional de que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”.

Parece claro que as áreas orçamentária e financeira e a área da saúde dos governos federal, distrital, estaduais e municipais precisam definir em conjunto o cronograma de recursos para a execução da despesa programada, não podendo a segunda se submeter a uma regra definida unilateralmente pela primeira se não for possível cumprir dos dispositivos legais anteriormente apresentados. Também, as áreas orçamentária e financeira desses governos não podem consolidar a versão final

de um Projeto de Lei de PPA, de LDO ou de LOA sem respeitar todos os dispositivos legais anteriormente mencionados.

O subprocesso de 'planejamento orçamentário do SUS' precisa ser assumido pelos responsáveis pelo processo de 'planejamento e controle orçamentário' na União, nos Estados e nos Municípios na perspectiva da integração legalmente estabelecida.

Portanto, os atributos e conceitos estabelecidos pelo Ciclo Orçamentário vigente no setor público brasileiro foram complementados pela LC 141/2012, no que se refere ao Orçamento do SUS, estabelecendo para o governo federal a necessidade de observar a competência legal do CNS, enquanto instância de deliberação SUS, para apresentar proposições no processo de formulação da política de saúde para aprovar o capítulo saúde dos instrumentos de planejamento do setor público brasileiro, considerando os seguintes aspectos:

a) em obediência à Lei 8080/90 e à Lei 8142/90, deve estar em consonância com as diretrizes aprovadas pela 16ª Conferência Nacional de Saúde realizada em agosto de 2019, que deveriam estar contempladas no PNS 2020-2023 e

b) em obediência à LC 141/2012, deve respeitar as diretrizes para o estabelecimento de prioridades para 2021 aprovadas pelo CNS por meio da Resolução 640, de 14 de fevereiro de 2020.

## 2.4. Elementos das Teorias de Finanças Públicas e da Implantação das Políticas Públicas como referências para avaliação da gestão pública

### 2.4.1. Elementos da Teoria das Finanças Públicas para avaliação da gestão do SUS

As 'finanças públicas' estão presentes na formulação teórica da Administração Pública, da Ciência Política e da Ciência Econômica enquanto área de estudo que

abrange os aspectos relacionados ao financiamento das políticas públicas principalmente por meio da arrecadação tributária e a implementação dessas políticas por meio de ações de governo programadas nos orçamentos públicos (MATIAS-PEREIRA, 2017).

O planejamento e a execução orçamentária expressam as prioridades dos governos para o atendimento das necessidades da população nas diferentes dimensões da vida em sociedade, bem como o compromisso governamental com o objetivo de crescimento econômico com geração de emprego e renda e redução das desigualdades socioeconômicas (MATIAS-PEREIRA, 2017).

Oliveira (2019) destaca como elementos centrais da teoria das finanças públicas (i) a política fiscal e (ii) a tributação, que estão relacionados ao debate sobre o papel do Estado na economia. A partir desses elementos, uma das questões relacionadas ao financiamento das políticas públicas diz respeito ao papel do orçamento público (que estima receita e fixa despesa) enquanto expressão das políticas promotoras da equidade e da redistribuição de renda.

Para Oliveira (2019), enquanto a abordagem liberal ou neoliberal assume a defesa do 'Estado mínimo' para que o mercado possa operar eficientemente, sendo este último a referência de eficiência a ser seguida para a alocação e gestão dos recursos públicos, a abordagem influenciada pelas ideias de John Maynard Keynes consideram o Estado e a política fiscal como determinantes para salvar o capitalismo da autodestruição, evidenciando que a dinâmica cíclica do capitalismo estabelece uma relação de alternância entre fases de maior ou menor demanda da intervenção do Estado na economia de acordo com o grau de interesses capitalistas.

Entre essas concepções gravitam teorias que destacam as funções alocativas, distributivas e estabilizadoras da intervenção do Estado como decorrência das falhas de mercado, bem como seu papel contributivo para que o mercado funcione com eficiência. O orçamento público é o instrumento que, historicamente, tem evidenciado quais dessas concepções estão presentes no processo de alocação e destinação dos recursos públicos.

Na medida que ocorre a ampliação das atividades do Estado a partir de meados do século XX, o que implica a alocação crescente de parcelas da riqueza produzida para orçamento, o planejamento passa a integrar o processo de definição dos gastos

à luz dos objetivos e metas que interferem na distribuição da renda e riqueza. Desta forma, o orçamento se transforma num instrumento das disputas políticas existentes na sociedade

Considerando a tipificação orçamentária, vigora no Brasil o 'orçamento misto', caracterizado como um projeto de lei elaborado pelo Poder Executivo a ser apreciado pelo Poder Legislativo, com poder de realizar emendas inclusivas ou supressivas de acordo com as regras estabelecidas pela CF-88.

A Lei de Responsabilidade Fiscal disciplinou também a necessidade de realização de audiências públicas durante a elaboração da peça orçamentária e de sua tramitação no Poder Legislativo de cada ente, bem como algumas ações programadas para implementação de políticas setoriais requerem aprovação dos respectivos conselhos com representação da sociedade, como é o da saúde. Entretanto, existem procedimentos, como o contingenciamento orçamentário e limitação de pagamentos, que não passam nem pelo controle social, nem pelo Poder Legislativo, o que no caso da saúde, representa o descumprimento da LC 141/2012.

Além disso, segundo MATIAS-PEREIRA (2017), devem ser observados os seguintes princípios orçamentários:

- a) Unidade, totalidade e universalidade: deve ter um só orçamento para cada unidade governamental com todas as receitas e despesas;
- b) Valores brutos: as receitas e despesas devem constar pelos valores brutos, e não líquidos;
- c) Anualidade: deve ter vigência anual;
- d) Não afetação de receitas: deve evitar a vinculação de receitas que limitam o caráter discricionário do governo na priorização das políticas e ações governamentais;
- e) Discriminação e especialização: deve detalhar as receitas e despesas públicas;
- f) Exclusividade: o conteúdo deve estar exclusivamente relacionado à estimativa de receita e fixação de despesa;

g) Clareza, publicidade e exatidão: os conteúdos relacionados à receita e despesa devem ser precisos e não genéricos, baseados na legislação, com ampla divulgação para a sociedade e

h) Equilíbrio: deve apresentar receita e despesa com valores equivalentes.

Outros aspectos a serem observados na execução orçamentária e financeira dizem respeito ao cumprimento das metas fiscais, principalmente as estabelecidas para o resultado primário, conforme determina a Lei de Responsabilidade Fiscal, bem como em relação às despesas obrigatórias<sup>8</sup>, especialmente as estabelecidas pela CF de 1988, que não são passíveis de contingenciamento e que, nessa condição, reduzem parcialmente as disputas políticas em torno da alocação orçamentária.

Entretanto, a implementação de políticas públicas condicionadas pela dimensão da gestão fiscal responsável é considerada por Souza (2007) como um aspecto que restringe a adoção de políticas econômicas ativas de cunho keynesiano, na medida que prioriza o controle de despesas e, desta forma, limita o financiamento das políticas sociais de acesso universal, como é o caso do SUS.

Trata-se de concepção que está alinhada com a busca de eficiência, eficácia e racionalidade como objetivos das políticas públicas presentes nos modelos do 'novo gerencialismo público' – em resumo, a implementação das políticas públicas segundo regras em substituição ao caráter discricionário presente nos políticos e na burocracia.

Como contraponto a esse modelo, Souza (2007) aponta que vários países adotaram a participação comunitária no processo de formulação e monitoramento das políticas públicas, principalmente as sociais (no Brasil, há os exemplos do orçamento participativo e dos conselhos de políticas sociais).

Nessa perspectiva, Souza (2007) considera que a Teoria Neoinstitucionalista tem um papel importante enquanto abordagem do estudo das políticas públicas, na medida que vai além das abordagens da racionalidade dos gestores no processo de tomada de decisão e da influência dos grupos de interesse tanto para a formulação e implementação das políticas públicas, como para a alocação dos recursos

---

8 A Lei Complementar 101/2000 define o que são as despesas obrigatórias de caráter continuado e os procedimentos para sua contratação.

necessários para tal fim, ao considerar o papel das instituições (ou das “regras formais e informais que moldam o comportamento dos atores”) nesse processo<sup>9</sup>. Mas, Souza (2007) alerta para o fato de que nem sempre é aplicável essa abordagem na análise das políticas públicas, considerando que tais estudos tratam do ‘governo em ação’.

#### 2.4.2. O processo de planejamento e a implantação das políticas públicas para avaliação da gestão do SUS

O significado de ‘política pública’ apresenta várias dimensões que são complementares:

a) Na área do Direito, expressa a conexão (não padronizada) existente entre as esferas jurídica e política, cuja realização deve obedecer aos princípios constitucionais e legais, bem como o interesse público, conforme apresentado no início do subitem anterior (BUCCI, 2006);

b) No campo da Ciência Política, distingue-se a concepção europeia da norte-americana: a primeira entendida como desdobramento das análises sobre o papel do Estado, enquanto a segunda enfatiza a ação governamental independentemente das diferentes concepções sobre o papel do Estado (SOUZA, 2007);

c) Do ponto de vista pragmático ou da ênfase do papel dos governos, trata prioritariamente da solução de problemas, o que ignora tanto os aspectos valorativos-ideológicos em torno de diferentes ideias e interesses, como a possibilidade de relações cooperativas dos governos com outras instituições e atores sociais (SOUZA, 2007) e

---

<sup>9</sup> É oportuno destacar um aspecto apresentado por Souza (2007) que está presente na programação orçamentária: “a visão da política pública como processo incremental”, denominada de “visão incrementalista (...) – decisões tomadas no passado constroem decisões futuras e limitam a capacidade dos governos de adotar novas políticas públicas ou de reverter a rota das políticas atuais”.

d) Do ponto de vista multidisciplinar, trata das “interrelações entre Estado, política, economia e sociedade” (SOUZA, 2007).

A escolha das políticas públicas e das respectivas prioridades das ações para a prestação de serviços governamentais ocorrem tanto em sistemas democráticos, como autoritários, cuja metodologia decisória pode expressar diferentes graus de postura centralizada e hierarquizada do Estado, em que a participação social nesse processo é uma das manifestações da garantia dos direitos de cidadania, compatível com a concepção de Bucci (2006) sobre o significado de política pública – aquela que atende o interesse público enquanto expressão da vontade coletiva ou de toda a sociedade, por meio de espaços públicos de participação e manifestação de todos os interessados.

Entretanto, Bucci (2006) destaca que a formulação e a implementação da política pública também estão condicionadas pelo funcionamento dos órgãos governamentais, cuja gestão deve respeitar a legislação e a disponibilidade de pessoal, de recursos financeiros e de infraestrutura disponíveis para aquele fim. A ‘vontade política’ está limitada pela disponibilidade de recursos humanos, físicos e financeiros.

Disso resulta que a discussão sobre o processo de escolha das políticas e ações a serem priorizadas ocorre no cenário da escassez de recursos públicos. Assim sendo, a avaliação da execução orçamentária e financeira permite identificar o grau de utilização dos recursos alocados para a implementação das políticas públicas por meio das ações governamentais.

Souza (2007) sintetiza essas concepções de política pública como área de estudo que analisa a ação governamental a partir de formulações que transformam proposições em programas e ações, que são passíveis de planejamento, monitoramento e avaliação. O que distingue os estudos de políticas públicas dos de política social é que os primeiros tratam prioritariamente dos processos e nas respostas de ‘por que’ e ‘como’, enquanto no segundo caso, a abordagem trata dos problemas a resolver e dos resultados obtidos a partir das políticas.

Nessa perspectiva, o resgate de Souza (2007) às concepções de autores que formularam originalmente as ideias sobre “política pública” como área de

conhecimento científico possibilita compreender as principais referências analíticas, a saber:

- a) Laswell tratou a política pública sob a ótica das ciências sociais aplicadas (“diálogo entre cientistas sociais, grupos de interesse e governo”);
- b) Simon considerou que a racionalidade dos gestores públicos no processo de tomada de decisão é limitada pela “informação incompleta ou imperfeita, tempo para a tomada de decisão, autointeresse dos decisores, etc.”, mas que pode ser resolvido de forma satisfatória por meio de estruturas (regras e incentivos) que direcionem os atores envolvidos nesse processo para a obtenção de resultados esperados;
- c) Lindblom não enfatizou a racionalidade dos gestores públicos na formulação e análise das políticas públicas, mas sim as questões referentes às relações de poder que se expressam por meio “das eleições, das burocracias, dos partidos e dos grupos de interesse” e
- d) Easton considerou a política pública como uma “relação entre formulação, resultados e o ambiente”, cujos principais atores são os partidos, a mídia e os grupos de interesse.

Sobre o papel desempenhado pelos grupos de interesse no processo de formulação e implementação de políticas públicas, é preciso considerar o antagonismo existente entre, de um lado, os grupos tradicionalmente organizados e representados no aparelho de Estado, em torno de interesses econômico-financeiros para viabilizar a acumulação de capital e, de outro lado, os movimentos sindical, sociais e/ou populares interessados em obter ou preservar os direitos de cidadania historicamente conquistados.

Mas, além disso, Hobsbawm (1995 e 1996) alerta para o surgimento e a expansão dos “grupos de identidade” durante o século XX, que podem ser definidos como grupos de pressão por causas setoriais e/ou específicas, e não mais em defesa das teses universalistas (como a democracia, por exemplo) que marcou principalmente os séculos XVIII, XIX e início do XX. Nessa perspectiva, novas formas

para o exercício da cidadania ativa surgiram em substituição aos partidos políticos, diante da redução da influência exercida pelas instituições do Estado.

Nesse contexto, ganha relevância o controle social e o papel exercido pelos conselhos de políticas setoriais, em especial, os Conselhos de Saúde de caráter propositivo (na elaboração dos planos) e fiscalizador (na análise e avaliação da execução orçamentária e financeira e do cumprimento das metas fixadas para cada objetivo desses planos).

Lotta (2019) considera que a materialização das políticas públicas tem sido analisada como resultado de um ciclo composto pelas fases de agenda (processo de definição de prioridades), formulação (processo de escolha e atores envolvidos), implementação (processo de transformação do plano em realidade, que envolve a burocracia estatal) e avaliação (processo de análise dos resultados das ações escolhidas e dos instrumentos de avaliação utilizados segundo os atores envolvidos nessa avaliação).

A fase da implementação tem sido recentemente muito estudada, porque analisa os resultados obtidos frente aos objetivos planejados, considerando para isso o conhecimento das escolhas e das consequências das decisões tomadas. Isso revela que o interesse pelos estudos da fase de implementação deriva da necessidade de compreensão da avaliação dos resultados alcançados, percebidos como diferentes dos objetivos traçados nos planos.

Para Lotta (2019), os estudos recentes sobre a fase de implementação das políticas públicas incorporam o papel desempenhado por atores estatais e não estatais e as novas formas e os novos instrumentos da ação pública e de seus processos decisórios.

Um desses processos é denominado de 'multicamadas', como é o caso do pacto federativo vigente no Brasil, em que cada esfera de governo tem autonomia relativa sem hierarquia decisória entre elas (o que parece representar também a gestão tripartite do SUS, que estabelece o comando único de gestão em cada esfera de governo).

Outro processo é denominado como interativo, em que muitos atores, estatais e não estatais, estão envolvidos nos processos decisórios da escolha de prioridades

e da implementação de políticas públicas (o que parece caracterizar a gestão do SUS, em que a instância deliberativa é o conselho de saúde em cada esfera de governo, que está composto por representantes de usuários, trabalhadores e gestores da saúde).

Os processos de planejamento, monitoramento e avaliação das políticas públicas no Brasil têm como referências as ações e metas estabelecidas nos instrumentos legais do setor público brasileiro – PPA, LDO e LOA, que expressam o ciclo orçamentário brasileiro (Vignoli, 2004). Estes instrumentos devem contemplar os objetivos e respectivas metas dos Planos de Saúde (que guardam relação direta com os PPA's) e das PAS (que guardam relação direta com as LDO's e LOA's), os quais precisam ser aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde, incorporando as diretrizes aprovadas nas Conferências de Saúde.

Arretche (2001) alerta para a possibilidade de ocorrência de problemas de ordem política e econômica, que podem resultar na revisão da programação orçamentária e, até mesmo da política pública. Um fator que agrava esse cenário em termos da política de saúde é a dependência dos governos municipais em relação às transferências de recursos da União para a implementação dessas políticas (Arretche, 2012).

Desta forma, a implementação da política de saúde no Brasil a partir da CF de 1988 foi parcialmente condicionada pelo processo de subfinanciamento crônico do SUS - que pode ser caracterizado pela alocação insuficiente de recursos orçamentários e financeiros tanto para cumprir plenamente os princípios constitucionais de acesso universal, integralidade e equidade, como para equiparação comparativa a outros países que adotam sistemas públicos de saúde similares ao brasileiro, segundo estudos de Marques, Piola, e Ocké-Reis (2016), Mendes e Funcia (2016) e Piola e Barros (2016).

Adicionalmente, Marques (2017) define que o subfinanciamento do SUS é crônico e estabilizado em torno de 1,6% e 1,7% do PIB, porque não houve um apoio a esse sistema público de saúde diante do neoliberalismo, da dinâmica dependente da economia brasileira em relação aos países desenvolvidos e da fragilidade da economia brasileira diante da internacionalização do capital e da priorização de

recursos para o pagamento dos encargos da dívida pública pela obtenção dos superávits primários.

O subfinanciamento crônico do SUS inviabilizou o cumprimento pleno dos princípios constitucionais de acesso universal, integralidade e equidade, na medida que os recursos alocados foram insuficientes para esse objetivo. A comparação desse processo de financiamento com o de outros países que adotam sistemas públicos de saúde similares ao brasileiro confirma que os recursos eram insuficientes, conforme estudos de Marques, Piola e Ocké-Reis (2016), Mendes e Funcia (2016), Piola e Barros (2016) e Aragão e Funcia (2021).

O processo de subfinanciamento do SUS também foi responsável pela restrição à efetivação da prioridade da atenção primária (ou básica) como ordenadora da rede de assistência à saúde da população (SANTOS NETO *et al.*, 2017). Esta questão pode ser associada à reflexão proposta por Ocké-Reis (2018) sobre a renúncia fiscal que beneficia os planos privados de saúde, na medida que isso reduz a alocação de recursos públicos para financiar políticas de saúde voltadas para as ações de caráter preventivo e para a melhoria da qualidade dos serviços prestados à população, requeridas para consolidar o SUS.

Essa abordagem também está presente em Noronha *et al.* (2019), para quem o subfinanciamento crônico do SUS é condição garantidora para os investimentos privados tanto no mercado de planos de saúde, como na prestação de serviços privados.

O crescimento da demanda por ações e serviços públicos sociais agrava o quadro do subfinanciamento crônico dessas políticas. Essa situação, segundo Costa e Castanhar (2003, p.971), requer a obtenção de “maior eficiência e maior impacto nos investimentos governamentais em programas sociais [por meio de] avaliação sistemática, contínua e eficaz desses programas”.

Isto se torna cada vez mais necessário como decorrência do aumento da delegação de competência pelo Poder Público por meio da contratualização desses serviços junto ao setor privado ou terceiro setor, o que reforça a necessidade da construção de indicadores para o estabelecimento de metas de desempenho passíveis de verificação, que permitam “aos formuladores de políticas públicas e aos

gestores de programas condições para aumentar a eficiência e efetividade dos recursos aplicados em programas sociais” (COSTA; CASTANHAR, 2003, p.969).

Para estes autores, além da avaliação de metas (realizada *ex post* e que mede o êxito dos programas a partir da realização dos produtos, como por exemplo, leitos hospitalares ofertados e ocupados, etc.), há também a avaliação de impactos (realizada *ex-post* e que mede a execução das atividades realizadas à luz das previstas e o alcance dos resultados obtidos à luz dos esperados) e da efetividade do programa (como por exemplo, mudanças nas condições de vida dos beneficiários do programa) e a avaliação de processos (realizada concomitantemente ao desenvolvimento do programa e que mede tanto a cobertura e o grau de alcance junto aos beneficiários, como os processos internos para sua implementação).

É possível constatar que a abordagem analítica adotada por Costa e Castanhar (2003) privilegia o papel dos gestores enquanto formuladores, executores e avaliadores das ações programadas para a consecução das políticas sociais, bem como ressalta a necessidade de priorizar não somente o processo de formulação desses programas, mas também a respectiva implementação e avaliação.

Arretche (2001) considera que o sucesso de uma política pública dependerá da cooperação institucional e extrainstitucional de todos os envolvidos com o respectivo programa – quer sejam agentes formuladores, quer agentes implementadores, quer outros agentes públicos (governamentais e não governamentais), quer beneficiários, quer provedores. Assim sendo, as estratégias de implementação são definidas pelos formuladores e implementadores de programas principalmente em função da avaliação *ex ante* da aceitação e secundariamente em função da expectativa de eficiência e efetividade.

Na verdade, para Arretche (2001), a formulação dos objetivos e desenhos de um programa de política pública tende a refletir os acordos firmados *ex ante* para garantia de sua implementação, bem como as estratégias de implementação geralmente são definidas baseadas em informações imperfeitas e incompletas, e na expectativa do comportamento futuro das variáveis.

Portanto, diante das diferenças e especificidades de cada local, é possível que, durante a implementação de programas de políticas públicas, problemas imprevistos

(por exemplo, instabilidade política e econômica, restrição orçamentária e financeira) inviabilizem a consecução dos objetivos planejados que resultem numa revisão de prioridades e, desta forma, que alterem o caráter da própria política pública em decorrência da adaptação necessária para a superar o problema e viabilizar a implementação do programa.

#### 2.4.3. O papel do controle social na formulação e no controle da implantação das políticas públicas pela gestão federal do SUS

A questão dos direitos de cidadania está associada historicamente às lutas em torno dos direitos civis e políticos, bem como dos direitos econômicos, sociais e culturais, decorrentes tanto das mobilizações, revolucionárias ou reformistas, de caráter socialista (KONDER, 2010), como das transformações capitalistas a partir do século XIX, que impulsionaram a participação dos trabalhadores na vida política em prol da distribuição igualitária da renda e riqueza (LUCA, 2010).

Apesar do alerta de Luca (2010) quanto à insuficiência da inclusão da garantia de direitos na legislação para sua efetivação concreta no dia-a-dia das relações sócio-político-econômicas, a CF de 1988 absorveu a incorporação dos direitos de cidadania por meio da gestão participativa, cuja materialização ocorreu posteriormente nas normas infraconstitucionais por meio da criação de conferências e conselhos temáticos em várias áreas como saúde, educação, saneamento e meio-ambiente, dentre outras: para Spink, Burgos e Teixeira (2018), trata-se do compartilhamento da decisão dos processos de formulação e implementação das políticas públicas e da respectiva alocação de recursos de forma democrática para contemplar todos os interesses envolvidos.

Na área da saúde, a LC 141/2012 estabelece, dentre outras, “(...) as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo (...)”, com atribuições específicas aos Conselhos de Saúde para esse fim na União, Estados, Distrito Federal e Municípios, o que resgata a normatização estabelecida anteriormente pela Lei 8142/90.

Para isso, os respectivos planos de saúde e PPA devem ser submetidos para a aprovação dos Conselhos de Saúde, contendo os programas, objetivos e metas (físicas e financeiras) quadrienais formulados em consonância com as diretrizes aprovadas nas Conferências de Saúde, dos quais estão as referências para o estabelecimento de prioridades deliberadas anualmente pelos conselhos para a elaboração da programação das ações em saúde.

Essas atribuições e competências estabelecidas aos Conselhos de Saúde pela legislação evidenciam um modelo de governança do SUS baseado na participação deliberativa de usuários, trabalhadores e gestores. Este modelo é compatível com os argumentos da Teoria do *Stakeholder*, segundo a qual o processo decisório de uma organização deve considerar todos que, direta ou indiretamente, nela atuam e podem sofrer consequências das ações adotadas e resultados obtidos (GIL, 2016).

Pela caracterização de Gil (2016), há sete tipos de *stakeholders*, dos quais:

a) três (i a iii) não preocupam as organizações: (i) “adormecido” (com poder, mas com baixa ou nenhuma ação interativa com a organização); (ii) “discricionário” (com legitimidade, mas sem influência nas decisões da organização); (iii) “exigente” (com demandas urgentes, mas sem poder ou legitimidade diante a organização);

b) outros três (iv a vi) preocupam a administração: (iv) “dominante” (com influência em decorrência do poder e da legitimidade); (v) “perigoso” (com poder e com demandas urgentes, mas sem legitimidade, o que pode resultar em ações de força contra a organização); (vi) “dependente” (com legitimidade e demandas urgentes, mas que não depende exclusivamente de suas ações para ser atendido pela organização) e

c) o último (vii) exige atenção e priorização da organização: “definitivo” (com poder, com legitimidade e com demandas urgentes).

Considerando essa tipificação de *stakeholders*, a caracterização anteriormente apresentada sobre os Conselhos de Saúde (prevista na legislação em cumprimento da diretriz constitucional de participação da comunidade no SUS) expressa um espaço de poder legalmente constituído, dotado de poder e legitimidade para analisar e

deliberar sobre o processo de planejamento e avaliação da execução orçamentária e financeira da gestão do SUS.

A legitimidade dos Conselhos de Saúde pode ser aferida tanto pelo método de escolha dos membros participantes de cada segmento (usuários, trabalhadores e gestores do SUS), como pela influência que exercem (i) na formação da opinião pública sobre temas relacionados ao SUS, (ii) nas decisões de políticas de saúde (e respectivas ações de implementação dessas políticas) do Poder Executivo e do Poder Legislativo nas três esferas de governo. O Quadro 1 apresenta resumidamente os resultados de uma pesquisa realizada pelo Ipea (2012), que estão parcialmente associados a esse assunto.

**Quadro 1 - Grau de influência do CNS na opinião dos conselheiros**

| Assunto da pergunta  | Opção com maior índice de resposta* |
|--|-------------------------------------|
| 1. Influência do CNS na agenda do Congresso Nacional                   | Pouco significativa (58%)           |
| 2. Influência do CNS nas políticas públicas do próprio MS              | Muito significativa (58%)           |
| 3. Influência do CNS em outros ministérios com os quais se relaciona   | Pouco significativa (76%)           |
| 4. Influência do CNS nas iniciativas da sociedade civil                | Significativa (45%)                 |
| 5. Influência do conselho nas iniciativas do setor privado             | Pouco significativa (56%)           |
| 6. Influência do conselho na percepção da opinião pública sobre o tema | Não tem influência (60%)            |

Elaboração própria. Fonte: Adaptado de Ipea (2012)

Nota: (\*) As opções de respostas das perguntas foram: muito significativa, significativa, pouco significativa, não tem influência e não respondeu.

Dos seis assuntos abordados aos entrevistados, as respostas para quatro deles evidenciaram que o CNS tem pouca influência na agenda do Congresso Nacional, nas decisões de outros ministérios que se relacionam com a pasta da saúde e nas iniciativas do setor privado; e não tem nenhuma influência para a percepção da opinião sobre a temática da saúde.

De forma incompatível com o resultado do item 2 do Quadro 1, Martinez e Kohler, (2016) analisaram a pouca influência dos Conselhos de Saúde no Brasil na determinação da política de saúde, isto é, no exercício do seu papel propositivo.

O caráter de urgência das demandas está presente diante da insuficiência de recursos para o atendimento pleno das necessidades de saúde da população segundo o princípio constitucional de que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”, conforme tratado anteriormente. Desta forma, os Conselhos de Saúde podem estar enquadrados em qualquer uma das sete tipificações propostas pela Teoria do *Stakeholder*.

Pellinen *et al.* (2018) desenvolveram estudo que evidenciou a relação de conflito de interesses entre os diferentes *stakeholders* no processo de prestação de contas que caracteriza a nova governança pública. A intensidade desses conflitos também guarda relação com as características organizacionais que podem ou não promover a busca de consenso entre as partes, associada ao grau de representação e responsabilidade compartilhada que caracteriza a participação democrática na gestão da organização.

Desta abordagem anterior, o CNS é o espaço de disputa dos *stakeholders*, divididos por segmentos de representação – usuários, trabalhadores e gestores do SUS. Cada segmento, por sua vez, está subdividido segundo as entidades que foram eleitas para compor o Conselho (que indicam seus representantes), o que não significa a existência de harmonia de interesses dentro de cada segmento.

Não é somente essa relação conflituosa que pode tornar ineficiente e ineficaz os procedimentos adotados pelos Conselhos de Saúde na avaliação da prestação de contas dos gestores: para Martinez e Kohler (2016), no Brasil, a ineficácia dos Conselhos de Saúde está presente no processo de tomada de decisão da alocação de recursos como consequência das diretrizes que restringem a participação da sociedade, da autonomia relativa frente aos gestores, da falta de apoio governamental, da falta de treinamento para os conselheiros e de recursos orçamentários insuficientes para o exercício das atividades dos conselhos. Nesse contexto, os conselhos perdem a condição de fórum deliberativo, assemelhando-se a espaço de consulta.

Sobre isso, Ferreira e Nickel (2019) analisaram o funcionamento e infraestrutura dos Conselhos de Saúde nas regiões do Brasil, o que envolveu, dentre outros, a composição dos conselhos, a formação dos conselheiros e o acesso à

internet. Rocha, Moreira e Bispo (2020) aplicaram junto ao Conselho Municipal de Vitória da Conquista (Bahia) um modelo de avaliação de desempenho dos Conselhos de Saúde, considerando as seguintes dimensões: autonomia, organização, representatividade, envolvimento da comunidade e influência política. Os resultados positivos encontrados pelos autores foram o elevado grau de autonomia e a estrutura organizacional adequada do conselho no desenvolvimento de suas atividades; os negativos foram a limitação financeira estabelecida ao conselho, a baixa representatividade dos conselheiros e a baixa capacidade de acompanhamento das políticas.

Na esfera federal, o processo de planejamento e execução orçamentária está sob responsabilidade do MS, mas deve ser aprovado pelo CNS, que inclusive também tem competência legal de avaliar essa execução.

Uma forma de avaliar a implementação da política de saúde é por meio da análise da execução orçamentária e financeira, cujas informações constam dos Relatórios Anuais de Gestão e dos Relatórios Quadrimestrais de Prestação de Contas do MS, que são submetidos ao CNS. A partir desses dados, nos termos de Capella (2007), é possível construir indicadores orçamentários e financeiros como um dos meios para subsidiar a avaliação da gestão federal do SUS, o que permite inclusive destacar situações positivas e negativas que merecem atenção do controle social, e do gestor em particular, no processo de formulação e implementação das políticas de saúde, procedimento válido para as demais políticas sociais.

A submissão desses dois relatórios é exigência da LC 141/2012:

a) o anual para análise e emissão de parecer conclusivo nos termos do artigo 36 (que disciplina as partes componentes desse relatório – “montante dos recursos aplicados”, auditorias realizadas e a realizar e a oferta de serviços públicos na rede própria ou contratada analisada com os indicadores de saúde da população e

b) os quadrimestrais para avaliação e indicação de medidas corretivas a serem encaminhadas ao chefe do Poder Executivo (no caso federal, Presidente da República) nos termos do artigo 41, que estabelece a obrigatoriedade dessa avaliação pelos Conselhos de Saúde, a qual deve estar

voltada para “a repercussão da execução desta LC nas condições de saúde e na qualidade dos serviços de saúde das populações respectivas”.

Marinho e Façanha (2001) ressaltam que a avaliação das políticas e programas sociais é instrumento de gestão indispensável, bem como que, geralmente, procedimentos, normas, estratégias antecedem os resultados.

A construção de indicadores da execução orçamentária e financeira é um dos meios para se conhecer como estão sendo implementadas as ações e serviços públicos de saúde, cujas despesas estão priorizadas anualmente no capítulo saúde da PPA.

Estas foram definidas na PAS segundo diretrizes aprovadas previamente pelo CNS e estão inscritas no Orçamento da União, as quais devem ser compatíveis com as diretrizes quadrienais aprovadas na Conferência Nacional de Saúde para a formulação e implementação das políticas de saúde.

Tais diretrizes foram inscritas nos instrumentos quadrienais de planejamento tanto do setor público brasileiro (no capítulo saúde dos Planos Plurianuais), como da saúde (por meio do PNS, que é mais detalhado que o anterior), caracterizando o ciclo orçamentário brasileiro.

**Figura 7 - Processo de Planejamento e Execução Orçamentária e Financeira do SUS**



Elaboração Própria. Fonte: Adaptado de Constituição Federal, Lei Complementar 141/2012, Lei Complementar 101/2000 e Lei 8142/90

A Figura 7 representa uma *proxy* da síntese conclusiva da análise teórico-legal do processo de planejamento e execução orçamentária e financeira do SUS, evidenciando as respectivas competências dos gestores e dos Conselhos de Saúde nas três esferas de governo, partindo da premissa da concepção da saúde como direito de cidadania.

Trata-se de procedimento que está em consonância com a abordagem de Rezende (2001) que considera o controle permanente da sociedade como condição para a utilização eficiente dos recursos públicos, sendo para isso necessário a existência de mecanismos de controle social sobre a destinação desses recursos que, compulsoriamente, sob a forma de tributação, são transferidos dos contribuintes para o financiamento de despesas públicas.

Por sua vez, Marinho e Façanha (2001) ressaltam que a avaliação das políticas e programas sociais é instrumento de gestão indispensável; da mesma forma, Capella (2007) considera o monitoramento das despesas e a análise do cumprimento ou não das metas previstas nos planos como mecanismos necessários para colocar eventuais problemas no centro decisório dos formuladores das políticas públicas.

Os resultados positivos do modelo aplicado por Rocha, Moreira e Bispo (2020) indicaram que o conselho de saúde possui autonomia de funcionamento e

infraestrutura adequada, que garantem reuniões regulares, disponibilidade de informações para os conselheiros, funcionamento de comissões temáticas e envolvimento com a comunidade, sendo os representantes sociais influentes para a tomada de decisão. Os resultados pouco satisfatórios foram identificados como capacidade restrita de financiamento do conselho, a baixa representatividade na relação com as organizações, a pouca influência política e o insuficiente acompanhamento das políticas.

## 2.5. Síntese da discussão teórica com foco no papel do CNS

A discussão feita anteriormente no referencial teórico sugere que o CNS não tem conseguido exercer plenamente seu papel propositivo, fiscalizador e avaliador do processo de execução orçamentária e financeira do MS, na medida que:

- a) o papel das instituições ou das “regras formais e informais que moldam o comportamento dos atores” deve ser considerada nesse processo, inclusive a visão incrementalista que tem condicionado a programação orçamentária (decisões do passado condicionam e limitam a adoção de novas políticas e ações);
- b) as relações de poder manifestadas por meio “das eleições, das burocracias, dos partidos e dos grupos de interesse” devem ser consideradas no processo de formulação e implementação das políticas públicas (LINDBLOM *apud* SOUZA, 2007);
- c) surgiram e cresceram os “grupos de identidade” durante o século XX, considerados como grupos de pressão de causas setoriais e/ou específicas, e não mais em defesa das teses universalistas (HOBSBAWM, 1995 e 1996);
- d) a implementação das políticas públicas tem incorporado o papel desempenhado por atores estatais e não estatais e as novas formas e os novos instrumentos da ação pública e de seus processos decisórios

(LOTTA, 2019) – um desses processos é denominado de “multicamadas”, como é o caso do pacto federativo vigente no Brasil;

- e) o sucesso de uma política pública dependerá da cooperação institucional e extrainstitucional de todos os envolvidos com o respectivo programa (ARRETCHE, 2001);
- f) a influência do CNS é pouca significativa sobre (i) o Congresso Nacional, (ii) outros ministérios que se relacionam com a pasta da saúde, (iii) o setor privado, e (iv) a opinião pública, bem como nas decisões de planejamento e execução orçamentária do governo federal;
- g) está presente no processo de prestação de contas da nova governança pública conflito de interesses entre os diferentes stakeholders (PELLINEN *et al.*, 2018), que também se manifesta em relação ao papel do CNS como instância constitucional/legal de representação da sociedade para a análise e deliberação do SUS para os aspectos orçamentários e financeiros da gestão federal;
- h) a ineficácia dos Conselhos de Saúde no processo decisório da alocação de recursos decorre da participação restrita da sociedade, da baixa autonomia em relação aos gestores (que também não fornecem apoio), falta de treinamento para os conselheiros e de recursos para a realização das ações dos conselhos (MARTINEZ; KOHLER, 2016);
- i) na avaliação das políticas e programas pressupõem procedimentos, normas, estratégias (MARINHO; FAÇANHA, 2001);
- j) a execução orçamentária e financeira federal do SUS, inclusive a análise do cumprimento ou não das metas previstas no PNS de acordo com as diretrizes aprovadas nas conferências nacionais de saúde, estão no centro de processo de decisão de políticas públicas pelos gestores (CAPELLA, 2007) e de avaliação pelo controle social do SUS e
- k) os conselhos têm baixa (i) capacidade de financiamento, (ii) representatividade na relação com as organizações, (iii) pouca influência política e (iv) capacidade de acompanhamento das políticas (ROCHA, MOREIRA, BISPO, 2020).

### **3. Procedimentos Metodológicos**

Este capítulo está composto por quatro tópicos. O primeiro apresenta a composição do público alvo e público informante do estudo, esclarecendo-se que essa composição extrapola os atores centrais vinculados ao objeto estudado, ou seja, os conselheiros do CNS; o segundo apresenta o delineamento conceitual da pesquisa amparado pelas justificativas das opções metodológicas adotadas; na sequência é apresentada a técnica de coleta dos dados, bem como a identificação dos segmentos de atores selecionados e número de casos a ser realizado em cada um desses segmentos; e, finalizando o capítulo, é apresentado o tópico que descreve brevemente os procedimentos utilizados na análise dos dados.

#### **3.1. Público-alvo e público informante**

Considerando que o propósito principal desse estudo foi a avaliação feita pelo CNS dos relatórios que contém a execução orçamentária e financeira do MS como uma de suas partes constitutiva, o público-alvo concentrou os conselheiros que compõem esse Colegiado. Contudo, dada a necessidade de analisar a eficiência e a eficácia desse processo de avaliação realizado pelo CNS, houve uma expansão do público informante da pesquisa buscando, então, contemplar segmentos de atores que alimentam esse processo com dados e informações para além das levantadas no RAG.

Nesse sentido, o público informante foi composto por diversos segmentos de atores da cadeia de eventos relacionados com o processo de avaliação da gestão orçamentária e financeira apresentada no RAG do MS, de forma a possibilitar uma visão ampliada em termos de eventos e, ao mesmo tempo, aprofundada em termos de conhecimento, customizado as contribuições, as lacunas, obstáculos e/ou dificuldades que cada evento relacionado promove sobre esse processo.

Adicionalmente, a abordagem dos diferentes segmentos sobre o processo de avaliação da gestão orçamentária e financeira possibilitou o cotejamento dessas visões numa abordagem analítica multidimensional, dadas as categorias de análise projetadas a partir do referencial teórico, complementadas pelos achados empíricos.

O público informante foi:

(i) Conselheiros Nacionais de Saúde

Os Conselheiros Nacionais de Saúde são representantes do segmento (i) dos usuários, descritos no site como de “Entidades e Movimentos Sociais de Usuários do SUS” (50%), (ii) dos trabalhadores da saúde, descritos no site como de “Entidades Nacionais de Profissionais de Saúde/Comunidade Científica na Área da Saúde” (25%) e (iii) dos gestores, descritos no site como de “Entidades Nacionais de Prestadores de Serviços de Saúde e das Nacionais com Atividades na Área da Saúde” e do Governo Federal (25%).

(ii) Membros da COFIN/CNS

A COFIN/CNS é uma das comissões temáticas do CNS que se reúne regularmente para subsidiar os conselheiros nacionais de saúde no exercício do papel propositivo, fiscalizador e avaliador do processo de planejamento e execução e orçamentária e financeira para o desenvolvimento de ações e serviços públicos de saúde. A COFIN/CNS é composta por 16 membros titulares indicados pelo CNS, cuja representação obedece a proporcionalidade estabelecida para a composição do CNS (apresentada no subitem anterior a este).

(iii) Técnicos do MS nas áreas de planejamento e execução orçamentária que elaboram os relatórios de gestão

Os técnicos da Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO) do MS são responsáveis pela elaboração do RAG que é encaminhado ao CNS para análise e elaboração do parecer conclusivo (que resulta na aprovação ou reprovação). Na COFIN/CNS, o MS está representado por técnicos indicados por essa subsecretaria, a quem compete também prestar esclarecimentos solicitados pelos membros da comissão, tanto referente ao RAG e aos relatórios quadrimestrais de prestação de contas, como durante temas pautados nas reuniões regulares dessa comissão sobre a execução orçamentária e financeira do MS.

### 3.2. Delineamento da pesquisa

Considerando o propósito do presente estudo, o delineamento da pesquisa foi exploratório, apoiado em três tipos de abordagens – a pesquisa documental, a pesquisa exploratória-qualitativa e a pesquisa quantitativa. O emprego desse método permitiu associar as formas de abordagens qualitativa e quantitativa, tornando mais robusta a descrição dos processos de avaliação da gestão orçamentária e financeira no ambiente em foco. Essa abordagem envolvendo método misto encontra referências (CRESWELL, 2010).

Nesse sentido, segue uma breve justificativa e descrição das pesquisas realizadas:

a) a pesquisa documental, visto a necessidade de aprendizado sobre a situação empírica a partir de documentos que formalizaram os eventos do processo de avaliação da gestão orçamentária e financeira apresentada no RAG do MS (legislação, deliberações da Conferência Nacional de Saúde legalmente estabelecido; metas integrantes do PNS; programação e execução das despesas que integram o orçamento do MS, priorizadas a partir das diretrizes fixadas pelo CNS para a elaboração da PAS e da PPA;

b) a abordagem orientada por pesquisa quantitativa, buscando identificar a incidência de conteúdos da legislação do SUS existentes no parecer conclusivo elaborado a partir da análise do RAG junto aos integrantes da COFIN/CNS, que é a comissão responsável pela análise inicial do relatório para elaborar a minuta preliminar do parecer, o que serviu para subsidiar parcialmente a realização da entrevista semidiretiva e

c) a pesquisa qualitativa, mediante a utilização da técnica entrevista semidiretiva, a qual possibilitou a coleta de conteúdos significativos presentes nas experiências dos atores envolvidos na cadeia de produção e avaliação de dados e informações. Evidentemente, tal coleta ocorreu dentro dos limites estabelecidos pelos objetivos do estudo, mas à luz do papel propositivo, fiscalizador e avaliador das

políticas e ações de serviços públicos de saúde, de modo a cumprir a legislação vigente legalmente imputada ao CNS. Portanto, essa perspectiva do delineamento da pesquisa possibilitou explorar as experiências dos atores de forma a evidenciar: dificuldades/obstáculos e lacunas do processo formal; uso de procedimentos/suporte adicionais aos formalmente previstos; eventuais carências de formação técnica dos atores envolvidos tanto na cadeia de produção de dados para avaliação, como da avaliação propriamente dita e dos resultados dessa avaliação; e outros achados.

Assim, o uso da abordagem qualitativa foi opção em função da consideração da capacidade da técnica em fornecer dados do ambiente dos atores envolvidos no objeto deste estudo para retratar, de forma mais detalhada e profunda, aspectos da realidade do processo de avaliação da gestão orçamentária e financeira, tendo em vista a oportunidade de evidenciar os elementos contributivos e limitadores desse processo, revelados a partir dos diferentes pontos de vista sobre o objeto de estudo (VENTURA, 2007).

Nesse sentido, o delineamento proposto para a pesquisa empírica possibilitou, por um lado, atender a necessidade de aprendizado sobre o processo efetivo realizado pelo CNS na avaliação da execução orçamentária e financeira federal do SUS a partir dos dados e informações apresentados no RAG pelo MS, que resulta na elaboração do parecer conclusivo pela aprovação ou reprovação desse relatório pelos conselheiros nacionais de saúde; e, por outro lado, possibilitou tanto identificar a convergência ou não das evidências encontradas à hipótese apresentada ao final do referencial teórico, como um redesenho dos procedimentos de avaliação da gestão orçamentária e financeira do MS realizada pelo CNS, objeto deste estudo

### 3.3. Fontes e roteiros orientadores da coleta de dados

- Análise documental

A análise documental contemplou o exame de um conjunto de documentos, cobertos pela pesquisa documental, por meio do emprego de roteiro de observação semiestruturado pelas categorias de fragilidades apontados ao final do capítulo

anterior, bem como por novas categorias evidenciadas no próprio processo de investigação empírica. Esse conjunto de documentos contemplou:

a) RAG de 2020 e a respectiva Resolução do CNS que trata do Parecer Conclusivo sobre esse relatório (que corresponde ao que foi apresentado pelo MS e analisado pelo CNS conforme disciplina a LC 141/2012, que institucionalizou esse relatório com suas partes constitutivas, uma delas sobre os aspectos orçamentários e financeiros) e

b) Parecer conclusivo do CNS sobre o RAG 2020 do MS, bem como material da oficina de capacitação sobre avaliação do RAG realizada pelo CNS com as suas comissões intersetoriais em 2019 e outros documentos complementares, que a coordenação da COFIN/CNS encaminhou para este pesquisador.

Ainda, cabe registrar que, considerando as especificidades de cada documento, os roteiros foram elaborados com uma estrutura básica, comum a todos os documentos, e uma estrutura customizada orientada por sua finalidade no processo sob investigação, sempre buscando evidenciar em profundidade os elementos que dificultaram ou impediram o exercício do processo de avaliação da gestão orçamentária e financeira com base nos dados e informações disponíveis no RAG do MS e a respectiva elaboração do parecer conclusivo pelo CNS, em consonância com cada objetivo específico.

- Abordagem quantitativa

O levantamento quantitativo foi realizado junto aos membros da COFIN/CNS que participaram do processo de avaliação da execução orçamentária e financeira de 2020, com base nos dados e informações do RAG 2020 do MS, que resultou na elaboração da minuta do parecer conclusivo enviado para os conselheiros nacionais de saúde deliberarem pela aprovação ou reprovação do citado relatório.

Realizou-se esse levantamento junto aos integrantes da COFIN/CNS, que teve como objetivo subsidiar parcialmente a elaboração do roteiro para a realização das entrevistas semidiretivas, identificando a incidência de conteúdos da legislação do SUS contemplados no parecer conclusivo elaborado pelo CNS a partir da análise do RAG. Esse levantamento atendeu também aos objetivos específicos “b”, “c” e “d”,

servindo de referência para o aprimoramento dos procedimentos adotados pelo CNS nessa avaliação. Utilizou-se nessa abordagem o instrumento estruturado que faz parte do Apêndice A.

O interesse pela medição aqui utilizada encontrou reforço na abordagem de Hair *et al.* (2005), ao relatar que os estudos descritivos quantitativos têm como propósito medir as características descritas em uma questão de pesquisa (HAIR *et al.*, 2005).

Ao tornar aparente a situação de presença no RAG das premissas da legislação do SUS, as entrevistas semidiretivas contemplaram a possibilidade de explorar com maior assertividade cada contexto.

- Abordagem qualitativa

Com relação à pesquisa qualitativa, cabe registrar que o público informante não foi tratado como um 'todo homogêneo', porque expressa perfis de atores diferentes. Nesse sentido, a seguir os segmentos de atores são descritos e quantificados.

a) Conselheiros nacionais de saúde, apresentando a seguinte composição: 50% de conselheiros foram do segmento de usuários, 25% do segmento dos trabalhadores do SUS e 25% do segmento dos gestores (federal/MS, estaduais/Conass e municipais/Conasems) (total 48; casos para entrevista – 8 membros, dentre os eleitos para o período dezembro de 2018 a dezembro de 2021).

b) Membros da Comissão de Orçamento e Financiamento do CNS (total 16 titulares, sendo 5 já integrantes do grupo anterior, portanto, 11 titulares não conselheiros – casos para entrevistas – 4 membros, sendo 1 - representante do governo/gestores, 1 – representante dos trabalhadores do SUS e 2 - da comunidade/usuários do SUS).

c) Técnicos do MS nas áreas de planejamento e execução orçamentária, que elaboram e/ou participam da elaboração dos relatórios, integrantes da SPO do MS (casos para entrevista – 5 técnicos com maior envolvimento na elaboração do RAG e participação nos debates sobre o relatório realizado na COFIN/CNS e/ou no plenário do CNS, no período de dezembro de 2018 a dezembro de 2021).

De forma geral, os roteiros de observação e os roteiros de entrevistas foram elaborados tomando como categorias básicas, para registro de sua presença ou

influência, os elementos evidenciados e apresentados no capítulo teórico a seguir apresentados:

- a) Considerar no processo o papel das instituições ou das “regras formais e informais que moldam o comportamento dos atores” (SOUZA, 2007);
- b) Registrar presença de relações de poder manifestadas por meio “das eleições, das burocracias, dos partidos e dos grupos de interesse” devem ser consideradas no processo de formulação e implementação das políticas públicas (LINDBLUM *apud* SOUZA, 2007);
- c) Considerar grupos de pressão de causas setoriais ou “grupos de identidade”, que cresceram durante o século XX, e não mais em defesa das teses universalistas (HOBBSBAWM, 1995 e 1996);
- d) Incorporar o papel dos atores estatais e não estatais e os instrumentos da ação pública e de seus processos decisórios para a implementação das políticas públicas (LOTTA, 2019);
- e) Cooperação institucional e extrainstitucional de todos os envolvidos com o respectivo programa, como mecanismo de sucesso (ARRETCHE, 2001);
- f) Influência do CNS é pouca significativa sobre (i) o Congresso Nacional, (ii) outros ministérios que se relacionam com a pasta da saúde, (iii) o setor privado, e (iv) a opinião pública;
- g) Presença de conflito de interesses entre os diferentes stakeholders no processo de prestação de contas da nova governança pública (PELLINEN *et al.*, 2018);
- h) Ineficácia dos Conselhos de Saúde no processo decisório da alocação de recursos decorrente da participação restrita da sociedade, da baixa autonomia em relação aos gestores (que também não fornecem apoio), falta de treinamento para os conselheiros e de recursos para a realização das ações dos conselhos (MARTINEZ; KOHLER, 2016);
- i) Avaliação das políticas e programas pressupõem procedimentos, normas, estratégias (MARINHO; FAÇANHA, 2001);

j) Monitoramento das despesas e a análise do cumprimento ou não das metas previstas nos planos estão no centro de processo de decisão formuladores de políticas públicas (CAPELLA, 2007);

k) Necessidade de mecanismos para colocar eventuais problemas no centro decisório dos formuladores das políticas públicas e

l) Conselhos têm baixa (i) capacidade de financiamento, (ii) representatividade na relação com as organizações, (iii) pouca influência política e (iv) capacidade de acompanhamento das políticas. (ROCHA, MOREIRA, BISPO, 2020).

Nesse sentido, o tópico a seguir trata da análise dos dados..

### 3.4. Análise dos dados

- Análise Documental

Os dados ou conteúdos originários da observação documental realizada diretamente por este pesquisador teve um caráter embrionário, visto que as evidências obtidas subsidiaram a elaboração e composição do questionário e do roteiro das entrevistas semidiretivas, juntamente com as demais evidências extraídas do referencial teórico.

- Análise Quantitativa

A pesquisa quantitativa junto a amostra não probabilística de integrantes da COFIN do CNS ocorreu com a utilização do questionário para autopreenchimento disponibilizado no *Google Forms*. Utilizou-se estatística básica para estudar a intensidade das respostas nas 68 questões, relacionadas à presença, no parecer conclusivo do CNS, dos quesitos da legislação sobre os aspectos da execução orçamentária e financeira do MS. Os resultados médios encontrados em cada questão foram ilustrativos, com o intuito de serem didáticos para apresentação e interpretação dos respectivos significados, de modo a subsidiar a elaboração do roteiro das entrevistas semidiretivas.

- Análise Qualitativa

Os conteúdos primários obtidos a partir das entrevistas semidiretivas totalizam 18 casos. A técnica de tratamento foi a de análise de conteúdo, com o propósito de extrair informações associadas a cada um dos objetivos específicos, a partir do tratamento dos dados coletados (manifestações dos entrevistados), conforme abordagem de Bardin (2016), que orienta a organização dessa análise segundo três momentos sequenciais, ou seja, exploração do material, tratamento dos resultados e interpretação.

O olhar analítico e triangulado entre os três segmentos de atores, em direção aos pontos de convergência e pontos de divergência das evidências associadas a cada um dos objetivos específicos desse caso em estudo, evidenciou lacunas, dificuldades e outras fragilidades do processo, bem como demandas e sugestões dos atores entrevistados no escopo das manifestações apresentadas, inclusive para o aprimoramento do processo de avaliação da execução orçamentária e financeira do MS com base nos dados e informações do RAG.

Também, as manifestações tendem a evidenciar pontos fortes do processo, os quais no contexto da análise serão tomados como pontos de apoio no processo de construção dos atributos caracterizadores das respostas aos respectivos objetivos, e, em especial, ao objetivo “d”, que trata da identificação da estrutura de procedimentos que pode resultar na diminuição das lacunas existentes na legislação vigente sobre os critérios para avaliação da execução orçamentária e financeira do MS.

Essa avaliação se insere como uma etapa do processo de planejamento ascendente do SUS, que abrange quadrienalmente a realização de pré-conferências municipais e estaduais da Conferência Nacional de Saúde para deliberação dos objetivos, metas e diretrizes para as políticas de saúde e respectivas ações de implementação a serem priorizadas anualmente, sendo a avaliação da execução orçamentária e financeira do MS um dos meios para verificar essa implementação.



#### 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa documental subsidiou os roteiros para a elaboração do questionário e das entrevistas semidiretivas, juntamente com as demais evidências extraídas do referencial teórico. Foram examinados os seguintes documentos:

- a) RAG de 2020 do MS (em conjunto com o Relatório de Prestação de Contas do 3º Quadrimestre de 2020 do MS) e
- b) Resolução 663, de 30/09/2021, do CNS com a deliberação a respeito do Parecer Conclusivo sobre o RAG de 2020 do MS.

Considerando (i) que o objetivo geral desta pesquisa foi identificar e analisar o processo de avaliação ou controle social da gestão orçamentária e financeira do MS pelo CNS, a partir dos procedimentos adotados para elaboração do parecer conclusivo com base nos dados e nas informações apresentadas no RAG e (ii) que o objetivo específico “a” foi “identificar os procedimentos formais e informais que caracterizam o modelo operacional adotado pelo CNS para avaliar a gestão orçamentária e financeira do MS”, a análise desses documentos permitiu evidenciar inicialmente os procedimentos adotados pelo CNS para avaliar a gestão da execução orçamentária e financeira do MS, quer em termos do conteúdo de ambos, quer em termos dos fluxos e processos de trabalho existentes formal ou informalmente para essa avaliação.

Da nossa análise do conteúdo do RAG de 2020 e do Relatório de Prestação de Contas do 3º Quadrimestre de 2020, que são as fontes usadas pelo CNS para avaliar e emitir o parecer conclusivo sobre a gestão orçamentária e financeira do MS, foi possível identificar os seguintes dados e informações:

- a) cumprimento da aplicação mínima (piso) federal constitucional em ações e serviços públicos de saúde;
- b) execução orçamentária e financeira do MS, incluindo as transferências de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde dos estados, distrito federal e municípios;
- c) execução financeiras dos restos a pagar inscritos e reinscritos do MS;

- d) receitas próprias federais vinculadas ao MS;
- e) oferta e produção da rede de hospitais e institutos federais;
- f) indicadores de saúde;
- g) metas previstas e realizadas de cada objetivo do PNS/PAS 2020 do MS e
- h) resumo das atividades de auditoria e controle do Departamento Nacional de Auditoria do SUS.

Esse conteúdo do RAG 2020, que incorporou o do Relatório de Prestação de Contas do 3º Quadrimestre, está de acordo com os dispositivos da LC 141/2012, que disciplinam, dentre outros aspectos, as suas partes constitutivas, aspecto abordado no Capítulo 2 desta tese. Por sua vez, esses conteúdos estão detalhados respectivamente nos artigos 6º e 7º da Portaria 2135/2013 do MS, que por sua vez foram objeto de deliberação do CNS por meio da Resolução 459/2012, normas citadas pelos representantes da SPO/MS e pela Coordenação da COFIN/CNS durante a realização da pesquisa.

O CNS elaborou o parecer conclusivo sobre o RAG 2020 do MS com os resultados da avaliação da execução orçamentária e financeira a partir dos seguintes pontos analisados pelas comissões temáticas do conselho:

- a) aplicação mínima (piso) federal em ações e serviços públicos de saúde em 2020;
- b) compensação dos restos a pagar cancelados no exercício anterior por meio de aplicação adicional ao piso federal de 2020 com análise de viabilidade técnica e financeira da execução em 2021 do saldo a pagar reinscrito (referentes a empenhos não pagos até o final de 2019);
- c) inscrição dos restos a pagar do exercício de 2020;
- d) estoque total de restos a pagar (inscritos e reinscritos) para execução em 2021;
- e) critérios do gestor para a escolha da execução total ou parcial da programação orçamentária de 2020;
- f) transferências de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde dos estados, Distrito Federal e municípios;
- g) comprovação da disponibilidade financeira no final de 2020 das despesas inscritas e reinscritas em restos a pagar;

- h) execução das despesas do MS em 2020, segundo os níveis de empenho e liquidação e apontamentos e indicação de medidas corretivas de gestão;
- i) metas previstas e realizadas dos objetivos do PNS 2020-2023 integrantes da PAS 2020;
- j) atividades de auditoria e controle realizadas pelo DENASUS e
- k) ressarcimento ao SUS pelas operadoras de seguro e planos de saúde.

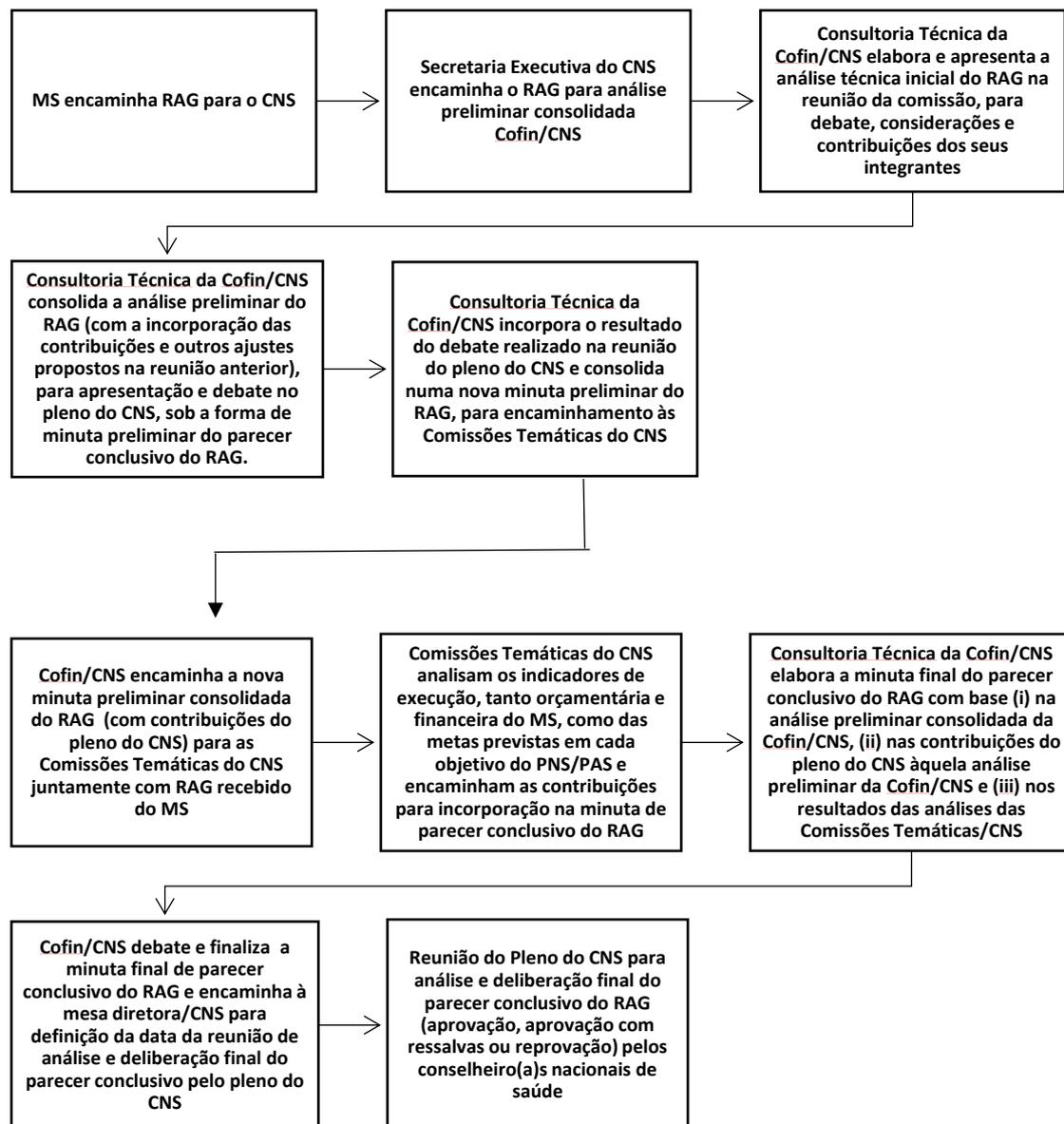
As considerações finais desse parecer conclusivo foram os apontamentos e as indicações de medidas corretivas de gestão decorrentes dos pontos anteriores avaliados pelas comissões temáticas do CNS.

Quanto aos fluxos e processos de trabalho existentes no CNS para avaliação da execução orçamentária e financeira do MS no RAG de 2020, consta no parecer conclusivo que houve a participação da maioria das comissões temáticas do CNS, mas não há indicativo do conjunto de procedimentos adotados para a elaboração desse parecer.

Sobre isso, durante o levantamento de documentação complementar para esta pesquisa, a coordenação da COFIN/CNS informou sobre a inexistência fluxos de processos de trabalho e de procedimentos formalmente definidos para a avaliação do RAG do MS pelo CNS, nem entre as comissões do CNS com o MS. Está sendo adotado para esse fim um fluxo proposto pela COFIN/CNS, que foi apresentado na oficina de trabalho para preparação dos conselheiros nacionais de saúde realizado pela citada comissão em 22/10/2019, para preparar os conselheiros nacionais de saúde, com a participação das coordenações das comissões temáticas do CNS.

O material dessa apresentação (CNS, 2019) não fez parte inicialmente da nossa pesquisa documental e nele constam as etapas para a realização do processo de análise do RAG do MS pelo CNS, ilustrado na Figura 8:

**Figura 8 - Etapas do Processo de Análise do RAG pelo CNS**



Fonte: Adaptado de CNS (2019).

Para atender o objetivo geral desta pesquisa, que resumidamente foi “identificar e analisar o processo de avaliação ou controle social da gestão orçamentária e financeira do MS pelo CNS”, além do levantamento desse fluxo de procedimentos, era preciso verificar se esse processo de avaliação contemplou “o atendimento às deliberações da Conferência Nacional de Saúde (que expressaram o processo de planejamento ascendente do SUS legalmente estabelecido)” e “a avaliação da execução orçamentária e financeira do MS e o cumprimento das metas integrantes do

PNS”, que são referências norteadoras para a gestão no marco constitucional-legal do SUS.

O cumprimento total ou parcial das diretrizes da 16ª Conferência Nacional de Saúde não está mencionado nos dados e informações da execução orçamentária e financeira do MS no RAG 2020: há apenas uma citação genérica “Conferência de Saúde” no Quadro 41 (página 93 desse relatório) nas atividades de auditoria e controle realizadas pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS, unidade vinculada ao MS, como um dos objetos analisados no grupo “controle social”.

No Relatório de Prestação de Contas do 3º Quadrimestre de 2020 do MS, que antecedeu em 30 dias o envio do RAG 2020 ao CNS (instrumentos e respectivos prazos abordados no Capítulo 2), além do que foi mencionado no parágrafo anterior, há uma outra citação genérica “Conferências Nacionais de Saúde” (ação orçamentária 5516) no Quadro 10 (página 27 desse relatório) sobre o cancelamento de restos a pagar em 2020 e há uma específica da 16ª Conferência Nacional de Saúde na seção introdutória (página 4) relacionada à elaboração do PNS 2020-2023. Mas, também não há nenhuma relação do cumprimento das diretrizes dessa conferência na execução orçamentária e financeira de 2020 do MS.

O parecer conclusivo sobre o RAG 2020 do MS é um dos três anexos da Resolução 663/2021 do CNS. Esses documentos não mencionam especificamente as diretrizes da 16ª Conferência Nacional de Saúde; há somente a Resolução 614/2019 (página 15 do parecer) que trata das diretrizes para o estabelecimento de prioridades para 2020 aprovadas pela Resolução 614/2019 do CNS , editada antes da realização da conferência nesse mesmo ano.

A inexistência dessa citação explícita às diretrizes da 16ª Conferência Nacional de Saúde nesses documentos não nos permitiram aferir em que grau tais diretrizes estavam sendo consideradas na análise da execução orçamentária e financeira do MS pelo CNS.

Diante dessa constatação, e na sequência dessa identificação inicial sobre o processo de avaliação para elaboração do parecer conclusivo sobre o RAG 2020 do MS, realizou-se um levantamento quantitativo com o objetivo de verificar a aderência do conteúdo desse parecer do CNS sobre a execução das despesas federais com

ações e serviços públicos de saúde em relação aos aspectos constitucionais e legais que regem o SUS apresentados no Capítulo 2.

A formulação das 68 questões do questionário (Apêndice A) buscou verificar se, na avaliação da execução orçamentária e financeira do MS, os integrantes da COFIN/CNS consideravam os seguintes aspectos do marco legal e constitucional do SUS:

a) as diretrizes do SUS estabelecidas pelo artigo 198 da Constituição Federal: descentralização, atenção integral à saúde, participação da comunidade, as fontes de financiamento federal do SUS, aplicação mínima (piso) federal em ações e serviços públicos de saúde, critérios de rateio dos recursos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde dos estados, Distrito Federal e municípios para a progressiva redução das disparidades regionais, obediência à normatização existente para avaliar, fiscalizar e controlar as despesas federais com ações e serviços públicos de saúde e assistência financeira complementar da União para que estados, Distrito Federal e municípios possam cumprir o piso salarial nacional do agente comunitário de saúde e do agente de combate às endemias;

b) as competências do SUS estabelecidas pelo artigo 200 da Constituição Federal e/ou no artigo 6º da Lei 8080/90: participar da produção de medicamentos, imunobiológicos e insumos diversos, bem como controlar e fiscalizar procedimentos de prestação de serviços e de produção e comercialização, produtos e substâncias diretamente ou indiretamente relacionados com a saúde da população, inclusive a respectiva guarda desses produtos, realizar ações de vigilância sanitária e epidemiológica, inclusive integrar a formulação da política e da implementação de ações de saneamento básico e de proteção ambiental, inclusive do ambiente do trabalho, promover a formação de profissionais da área de saúde, incrementar o desenvolvimento científico e tecnológico no âmbito do SUS, fiscalizar alimentos, bebidas e águas para o consumo da população, inclusive quanto ao teor nutricional e realizar ações que possibilitem conhecer e identificar previamente eventuais alterações nos fatores determinantes e condicionantes da saúde da população para adoção de medidas de preventivas, corretivas e de controle de doenças;

c) os princípios para o desenvolvimento das ações e serviços de saúde (artigo 7º da Lei 8080/90): acesso universal da população a todos os níveis de assistência com capacidade resolutiva, atenção integral à saúde da população,

igualdade no atendimento da população sem nenhum tipo de preconceito ou privilégio, garantia do direito à informação para as pessoas atendidas, organização dos serviços de saúde para evitar desperdício de recursos e divulgação da disponibilidade desses serviços aos usuários, financiamento tripartite (de forma conjunta pelos governos federal, estaduais e municipais) com alocação de recursos e definição de prioridades e programas de ações e serviços públicos de saúde segundo critérios epidemiológicos, ações de saúde especializadas para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, participação da comunidade e descentralização política e administrativa das ações e serviços públicos de saúde, com ênfase na municipalização e regionalização da rede de serviços, integração de ações de saúde, meio ambiente e saneamento;

d) As deliberações aprovadas na 16ª Conferência Nacional de Saúde e nas Resoluções e Recomendações do CNS, inclusive sobre matéria de natureza orçamentária e financeira, cujas competências foram estabelecidas na Lei 8142/90;

e) Os conceitos de ações e serviços públicos de saúde para o cômputo do cumprimento dos pisos (aplicação mínima) federal, estadual e municipal em saúde expressos Lei Complementar 141/2012: ações de acesso universal, igualitário e gratuito em conformidade com o PNS e cuja responsabilidade seja especificamente decorrente da política de saúde, financiadas com recursos movimentados por meio do Fundo Nacional de Saúde e/ou pelo Fundação Oswaldo Cruz, Fundação Nacional de Saúde, Agência Nacional de Vigilância em Saúde e Grupo Hospitalar Conceição, incluindo as demais competências estabelecidas no item “b” anterior;

f) O que não pode ser computado como ações e serviços públicos de saúde para aferir o cumprimento dos pisos (aplicação mínima) federal, estadual e municipal em saúde expressos Lei Complementar 141/2012: pagamento de aposentadorias e pensões, atividade de saúde realizada fora das unidades de saúde de acesso universal, programas de alimentação e merenda escolar ainda que executados em unidades do SUS, ações de saneamento básico (exceto as que estejam associadas com ações de saúde em pequenas comunidades, desde que não financiadas por tarifas, taxas ou preços públicos), ações de preservação do meio ambiente, limpeza urbana e coleta de lixo, ações de infraestrutura urbana, ações de assistência social e ações de saúde que tenham alguma forma de pagamento do

usuário e/ou sejam financiadas por recursos diferentes dos legalmente especificados na base de cálculo e/ou que sejam vinculados a fundos distintos da saúde e

g) As diretrizes da Lei Complementar 141/2012 para a gestão orçamentária e financeira do SUS: diretrizes para o estabelecimento de prioridades que nortearão a elaboração da PAS, o Projeto de LDO e a programação de despesas no Projeto de LOA da União, repasses dos recursos da União às unidades orçamentárias que integram o MS para serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde, transferências de recursos da União aos estados, Distrito Federal e municípios de forma regular e automática (sendo exceção a celebração de convênios) em contas específicas junto a instituição financeira oficial federal, observados os critérios e procedimentos definidos em Decreto ou Portaria, movimentação dos recursos repassados aos estados, do Distrito Federal e dos municípios mediante cheque nominativo, ordem bancária, transferência eletrônica disponível ou outra modalidade de saque autorizada pelo Banco Central do Brasil, com a identificação do credor, instituição legal dos Fundos de Saúde para a movimentação financeira e transferência de recursos entre as três esferas de governo e funcionamento como unidade orçamentária e gestora desses recursos, exceto para os repassados diretamente às unidades orçamentárias do MS, critérios de rateio dos recursos transferidos para os demais entes da Federação que observem os aspectos epidemiológicos, demográficos, socioeconômicos, espacial e de oferta das ações e serviços à luz das necessidades de saúde a serem atendidas, além de outros aspectos complementares existentes no marco constitucional legal do SUS, pactuação desses critérios na CIT para aprovação no CNS e posterior publicação e informe aos Conselhos de Saúde e aos Tribunais de Contas dos recursos a serem transferidos para o custeio da saúde nos estados, Distrito Federal e municípios, bem como dos recursos para investimentos cujos critérios devem priorizar a redução das desigualdades na oferta de ações e serviços públicos de saúde e a garantia da atenção integral à saúde da população.

As respostas foram tabuladas (no Apêndice A) com a pontuação dada em cada questão, numa escala de um a sete, para mensurar o quanto o parecer conclusivo do CNS sobre o RAG 'não contemplou' ou 'contemplou plenamente' cada um dos sessenta e oito itens do questionário na análise da execução orçamentária e financeira de 2020 do MS.

Das sessenta e oito questões, seis delas obtiveram pontuação 1 ou 2 de mais da metade dos respondentes, ou seja, na avaliação da execução orçamentária e financeira de 2020 do MS, o parecer conclusivo do RAG não contemplou ou contemplou pouco os seguintes aspectos previstos no marco constitucional-legal do SUS: o nível de atendimento das necessidades de saúde da população com os valores da execução financeira dos restos a pagar (questão 1.24), a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática da política e ações de saúde (questão 1.40), a destinação dos recursos obtidos pelo MS com a alienação de ativos adquiridos com recursos vinculados à saúde (questão 1.61), o descumprimento da legislação do SUS na utilização dos recursos transferidos para os estados e municípios (questão 1.63), a suspensão de transferências de recursos aos estados e municípios por causa do descumprimento da legislação do SUS (questão 1.64) e a prestação de cooperação técnica e financeira aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para a modernização dos respectivos fundos de saúde (questão 1.65).

Além desses, houve mais dois quesitos citados por mais da metade dos respondentes com essa pontuação (1-2): a execução com ações de limpeza urbana e remoção de resíduos no âmbito do SUS (questão 1.49) e a execução de ações de preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente ou por entidades não governamentais (questão 1.50), que não se enquadram como ações e serviços de saúde e, desta forma, não poderiam estar contempladas na avaliação feita pelo CNS sobre a execução orçamentária e financeira do MS. Registre-se que somente essas duas questões apresentavam essa característica e os entrevistados responderam logicamente à luz da legislação do SUS, o que aumenta a credibilidade dos resultados e evidenciam o comprometimento deles com a pesquisa realizada.

Quatro das sessenta e oito questões obtiveram pontuação 6 ou 7 de mais da metade dos respondentes, ou seja, na avaliação da execução orçamentária e financeira de 2020 do MS, o parecer conclusivo do RAG contemplou totalmente ou quase totalmente os seguintes aspectos previstos no marco constitucional-legal do SUS: a descentralização das ações e serviços públicos de saúde de saúde, com direção única em cada esfera de governo (questão 1.2), o cumprimento da aplicação

mínima (piso) federal calculada pelas regras constitucionais e legais (questão 1.15), o montante e a fonte de recursos aplicados em saúde no período analisado (questão 1.56) e o cumprimento dos prazos de envio dos relatórios de prestação de contas (anual e trimestrais) pelo MS (questão 1.59).

Para subsidiar a interpretação consolidada desses resultados, as questões foram classificadas pelos seguintes grupos temáticos e calculada a pontuação média obtida em cada grupo (está no Apêndice B):

Grupo 1 (G.1): Descentralização das Ações de Saúde: Critérios de Rateio da Lei Complementar 141/2012, Transferências de Recursos para Estados e Municípios, Monitoramento das Ações Descentralizadas e Integração com os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde;

Grupo 2 (G2): Participação da Comunidade no SUS: Deliberações da Conferência Nacional de Saúde e do Conselho Nacional de Saúde, Apontamentos e Indicações de Medidas Corretivas para a Execução Orçamentária e Financeira do Ministério da Saúde e Reformulação de Procedimentos de Gestão do Ministério da Saúde conforme Apontamentos e Recomendações do CNS;

Grupo 3 (G3): Garantia do Acesso Universal e Atenção Integral à Saúde e Atendimento às Necessidades de Saúde da População;

Grupo 4 (G4): Inovação e Desenvolvimento Científico e Tecnológico no Âmbito do SUS e Coordenação, Controle e Fiscalização da Produção, Aquisição, Distribuição e Utilização de Produtos e Insumos Específicos da Saúde e

Grupo 5 (G5): Financiamento das Ações e Serviços Públicos de Saúde e Indicadores da Programação e Execução Orçamentária e Financeira do Ministério da Saúde: Objetivos e Metas do Plano Nacional de Saúde e da Programação Anual de Saúde e Aplicação Mínima Federal Obrigatória em Saúde.

O Quadro 2 sintetiza o resultado dessa apuração.

**Quadro 2 – Quantidade de Questões por Faixa de Pontuação e Grupo Temático**

| Faixa de Pontuação Média | Quantidade de Questões por Faixa de Pontos/Grupo Temático |          |           |          |           |           |
|--------------------------|---|----------|-----------|----------|-----------|-----------|
|                          | Grupo 1   | Grupo 2  | Grupo 3   | Grupo 4  | Grupo 5   | Total     |
| 0,0-1,0                  |   |          |           |          |           | 0         |
| 1,0-2,0                  |   |          |           |          |           | 0         |
| 2,0-3,0                  | 5   |          | 7         |          | 1         | 13        |
| 3,0-4,0                  | 5   | 5        | 13        | 3        | 6         | 32        |
| 4,0-5,0                  | 2   | 2        | 3         |          | 7         | 14        |
| 5,0-6,0                  | 1   |          |           |          | 3         | 4         |
| 6,0-7,0                  |   | 1        |           |          | 4         | 5         |
| <b>Total</b>             | <b>13</b>   | <b>8</b> | <b>23</b> | <b>3</b> | <b>21</b> | <b>68</b> |

Fonte: Elaborado pelo Autor

Das 68 questões, cerca de 2/3 fazem parte do G3 (23) e G5 (21), seguidas pelo G1 (13), G2 (8) e G4 (3).

Esse quadro revela que em 32 das 68 questões o índice de pontuação obtido ficou situado entre 3,0 e 4,0 pontos. Esse resultado indica que, em termos consolidados, para os integrantes da COFIN/CNS, o parecer conclusivo do CNS sobre o RAG 2020 contemplou parcialmente os aspectos tratados nessas questões na análise da execução orçamentária e financeira do MS. Essa faixa intermediária de pontuação teve maior incidência que as demais faixas no G1 (em 5 das 13 questões), G2 (em 5 das 8 questões), G3 (em 13 das 23 questões) e G4 (em 3 das 3 questões).

Na faixa de pontuação imediatamente anterior (com índices apurados de 2,0 a 3,0), houve proporcionalmente maior incidência de respostas no G1 (em 5 das 13 questões) e no G3 (7 das 23 questões) em comparação aos demais grupos, ou seja, para os integrantes da COFIN/CNS os temas relacionados aos aspectos da gestão descentralizada do SUS e da garantia da universalidade e integralidade no atendimento às necessidades de saúde da população foram pouco contemplados na análise da execução orçamentária e financeira do MS.

De forma oposta, para 1/3 das 21 questões do G5, que teve o índice apurado nas duas faixas superiores de pontuação (de 5,0 a 7,0), os temas relacionados aos aspectos do financiamento do SUS e do cumprimento da aplicação mínima federal e das metas dos objetivos do PNS foram muito contemplados na avaliação da gestão orçamentária e financeira do MS.

A maioria dos respondentes não fez comentários adicionais após as respostas de cada questão. Mas, dos comentários feitos, houve uma grande incidência para

“inexistência ou poucas informações” e “informações com baixo nível de detalhamento”, no RAG 2020, referentes a muitas questões que obtiveram pontuação 1; esses comentários apareceram também em respostas com pontuação de 2 a 6. Essa situação pode ser um dos motivos para o resultado consolidado de pontuação na faixa intermediária (3-4) obtida desse questionário: o parecer conclusivo do CNS contemplou parcialmente os aspectos do marco legal-constitucional do SUS.

A combinação da análise documental com os resultados do questionário aplicado aos integrantes da COFIN/CNS possibilitou atender parcialmente:

- a) O objetivo específico “a”: foi possível identificar a existência de um fluxo de procedimentos estabelecidos informalmente pelo CNS para avaliar a execução orçamentária e financeira de 2020 do MS e não foi possível aferir com precisão os procedimentos adotados para o conteúdo dessa avaliação;
- b) O objetivo específico “c”: na avaliação da eficiência e eficácia dos procedimentos adotados pelo CNS, o parecer conclusivo contemplou parcialmente esses aspectos, especialmente em relação ao cumprimento do planejamento ascendente do SUS, às informações dos estados e municípios sobre a execução dos recursos recebidos do Fundo Nacional de Saúde e às avaliações dos respectivos Conselhos de Saúde sobre essa execução descentralizada das ações e serviços públicos de saúde para o atendimento das necessidades de saúde da população;
- c) Os objetivos “a” e “d”: identificação preliminar dos procedimentos que podem ser aprimorados, mediante incorporação futura no RAG de dados e informações sobre esses aspectos identificados como não contemplados ou contemplados parcialmente no parecer conclusivo do CNS sobre a avaliação da execução orçamentária e financeira do MS e
- d) A proposta metodológica para a etapa qualitativa, evidenciando alguns elementos para subsidiar a elaboração do roteiro das entrevistas semidiretivas em conjunto com aqueles extraídos do referencial teórico, para o atendimento dos objetivos geral e específicos desta pesquisa.

Foram realizadas dezoito entrevistas semidiretivas com oito conselheiros nacionais de saúde (quatro representantes do segmento de usuários, dois do segmento dos trabalhadores do SUS e dois do segmento dos gestores e/ou

prestadores de serviços do SUS), quatro integrantes da COFIN/CNS (não necessariamente conselheiros, sendo dois do segmento dos usuários, um do segmento dos trabalhadores e um do segmento dos gestores e/ou prestadores de serviços do SUS) e seis técnicos da SPO/MS (que participam ou participaram recentemente do processo de elaboração do RAG e pelos esclarecimentos aos questionamentos dos conselheiros nacionais de saúde e/ou das comissões temáticas do CNS durante a análise realizada para elaboração e deliberação do parecer conclusivo).

Cada entrevistado falou sobre sua experiência no processo de avaliação da execução orçamentária e financeira apresentada pelo MS no RAG, que serve de base para a elaboração do parecer conclusivo do CNS, considerando o seguinte roteiro:

- a) Procedimentos adotados pelo CNS para essa avaliação a partir dos dados e informações disponíveis no RAG e no Relatório de Prestação de Contas do 3º quadrimestre, em termos dos fluxos de trabalho internamente adotados para esse fim e dos conteúdos disponíveis para análise nesses relatórios;
- b) Metodologia adotada e compreensão dos conselheiros nacionais de saúde tanto sobre os conceitos utilizados na análise dos dados e das informações disponíveis os citados relatórios e os resultados obtidos, como da apresentação dessa avaliação na minuta do parecer conclusivo para deliberação do CNS;
- c) Transparência sobre os critérios adotados para as transferências de recursos financeiros do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais de saúde, no contexto das pactuações na CIT e do processo de planejamento ascendente do SUS, bem como sobre o monitoramento do MS sobre as despesas realizadas e a relação existente do CNS com os respectivos Conselhos de Saúde na fiscalização do uso desses recursos;
- d) Adoção total, parcial ou não adoção pelo MS dos apontamentos e indicação de medidas corretivas de gestão apresentadas pelo CNS sob a forma de recomendações e resoluções em decorrência da avaliação da execução orçamentária e financeira do MS, bem como resposta do MS sobre

implementação (ou justificativa para não implementação) e respectivo monitoramento pelo CNS e

- e) Principais aspectos positivos e negativos dos procedimentos e da metodologia adotada pelo CNS para a avaliação da execução orçamentária e financeira do MS, inclusive quantos ao prazo para a deliberação do parecer conclusivo sobre o RAG do MS pelo CNS, e propostas de aprimoramento.

#### 4.1. Sobre o Objetivo “a”

O objetivo específico “a” desta pesquisa foi identificar os procedimentos formais e informais que caracterizam o modelo operacional adotado pelo CNS para avaliar a gestão orçamentária e financeira do MS.

O atendimento deste objetivo específico a partir das entrevistas permitiu identificar e avaliar as soluções encontradas pelo controle social do SUS para cumprir efetivamente o seu papel propositivo e fiscalizador fixado no marco constitucional-legal do SUS tratado na Capítulo 2.

A identificação dessas soluções trouxe elementos tanto para a compreensão do modelo adotado pelo CNS para avaliar a gestão orçamentária e financeira do CNS, como subsídios do que pode ser aprimorado nesse processo de avaliação, contribuindo assim para o novo modelo de estrutura de procedimentos (de que trata o objetivo específico “d”).

A avaliação da execução orçamentária e financeira de 2020 do MS pelo CNS foi realizada a partir dos dados e informações apresentadas no RAG de 2020 (e no Relatório de Prestação de Contas do 3º Quadrimestre, que está associado ao RAG). O parecer conclusivo do CNS foi elaborado com a mesma estrutura contida no RAG, sendo que as partes constitutivas desse relatório do gestor federal do SUS foram apresentadas no início deste Capítulo 4 e foram disciplinadas pelos artigos 6º e 7º da Portaria 2135/2013 do MS, a partir da deliberação da Resolução 459/2012 do CNS.

A composição desses relatórios do gestor representou a contribuição institucional do CNS e do MS em 2012 e 2013 para suprir a inexistência de regras

específicas na legislação do SUS, especialmente na LC 141/2012, analisado no Capítulo 2. Essa lacuna legal foi comentada também por um dos entrevistados (E043c): “a lei não diz o que o Conselho deve avaliar para aprovar um Relatório Anual de Gestão”.

Além dessa definição das partes constitutivas dos relatórios, observou-se, durante a análise documental, que consta no parecer conclusivo sobre o RAG 2020, elaborado pelo CNS, a avaliação da execução das despesas do MS segundo os níveis de empenho e liquidação. Sobre esses dois indicadores, a Coordenação da COFIN/CNS nos informou que ambos foram criados pela comissão na década passada para suprir a lacuna constitucional-legal sobre a metodologia para essa avaliação e que ambos são calculados como proporção da dotação atualizada nas ações orçamentárias consideradas individualmente ou agrupadas por itens de despesas, conforme consta no RAG.

A coordenação da COFIN/CNS informou durante a realização da pesquisa que houve uma reformulação desses indicadores em 2016 e disponibilizou a Ata da 283ª Reunião Ordinária do CNS realizada nos dias 6, 7 e 8 de julho de 2016, que deliberou pela classificação de cinco faixas de percentuais para os níveis de empenho e de liquidação da despesa, denominadas de “adequado”, “regular”, “inadequado”, “intolerável” e “inaceitável”, nos casos do RAG e do Relatório de Prestação de Contas do 3º Quadrimestre (acumulado até 31/12); nos casos dos Relatórios de Prestação de Contas do 1º e 2º Quadrimestres (acumulados até 30/04 e 31/08, respectivamente), há mais uma faixa, classificada de “preocupante”, para percentuais elevados de empenho e de liquidação durante a execução quadrimestral da despesa.

O Quadro 3 apresenta os parâmetros para classificação da execução orçamentária e financeira anual do MS.

**Quadro 3 - Parâmetros de Avaliação da Execução Orçamentária e Financeira (até 31/12)**

| AVALIAÇÃO DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA (ATÉ 31/DEZEMBRO) |             | Nível de Empenho   | Nível de Liquidação |
|---|-------------|--------------------|---------------------|
|   |             | Emp/Dot.Atualizada | Liq/Dot.Atualizada  |
| CLASSIFICAÇÃO   | PREOCUPANTE | -                  | -                   |
|   | ADEQUADO    | $X > 97\%$         | $X > 93\%$          |
|   | REGULAR     | $93\% < X < 97\%$  | $85\% < X < 93\%$   |
|   | INADEQUADO  | $85\% < X < 93\%$  | $75\% < X < 85\%$   |
|   | INTOLERÁVEL | $75\% < X < 85\%$  | $65\% < X < 75\%$   |
|   | INACEITÁVEL | $X \leq 75\%$      | $X \leq 65\%$       |

Fonte: Adaptado de Funcia (2018, p.40)

A adoção de dois conjuntos diferentes de faixas percentuais de classificação para os níveis de empenho e de liquidação da despesa para análise do RAG e do Relatório de Prestação de Contas do 3º quadrimestre são decorrência “do natural hiato temporal entre essas duas fases da despesa pública – para uma grande parte delas, não se liquida ao mesmo tempo que se empenha” (Funcia, 2018, p.40) .

Além disso, a Coordenação da COFIN/CNS alertou que há faixas de percentuais diferentes das anteriores para os níveis de empenho e de liquidação da despesa para o 1º e 2º quadrimestres, caracterizando parâmetros que refletem o momento intermediário da execução da despesa no ano em curso e que estão ilustrados nos Quadros 4 e 5

**Quadro 4 - Parâmetros de Avaliação da Execução Orçamentária e Financeira (até 30/04)**

| AVALIAÇÃO DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA (ATÉ 30/ABRIL) |             | Nível de Empenho   | Nível de Liquidação |
|--|-------------|--------------------|---------------------|
|  |             | Emp/Dot.Atualizada | Liq/Dot.Atualizada  |
| CLASSIFICAÇÃO  | PREOCUPANTE | $X \geq 50\%$      | $X \geq 45\%$       |
|  | ADEQUADO    | $35\% < X < 50\%$  | $30\% < X < 45\%$   |
|  | REGULAR     | $32\% < X < 35\%$  | $27\% < X < 30\%$   |
|  | INADEQUADO  | $27\% < X < 32\%$  | $22\% < X < 27\%$   |
|  | INTOLERÁVEL | $22\% < X < 27\%$  | $17\% < X < 22\%$   |
|  | INACEITÁVEL | $X \leq 22\%$      | $X \leq 17\%$       |

Fonte: Adaptado de Funcia (2018, p.39)

**Quadro 5 - Parâmetros de Avaliação da Execução Orçamentária e Financeira (até 31/08)**

| AVALIAÇÃO DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA (ATÉ 31/AGOSTO) |             | Nível de Empenho   | Nível de Liquidação |
|---|-------------|--------------------|---------------------|
|   |             | Emp/Dot.Atualizada | Liq/Dot.Atualizada  |
| CLASSIFICAÇÃO   | PREOCUPANTE | X>80%              | X>75%               |
|   | ADEQUADO    | 65%<X<80%          | 60%<X<75%           |
|   | REGULAR     | 60%<X<65%          | 55%<X<60%           |
|   | INADEQUADO  | 55%<X<60%          | 50%<X<55%           |
|   | INTOLERÁVEL | 50%<X<55%          | 45%<X<50%           |
|   | INACEITÁVEL | X<=50%             | X<=45%              |

Fonte: Adaptado de Funcia (2018, p.40)

Os entrevistados fizeram avaliações que podem ser relacionadas a esses procedimentos metodológicos adotados para avaliar a execução orçamentária e financeira do MS, o que nos parece indicar resposta positiva do que se buscava com o objetivo “a”, isto é, tais procedimentos contribuiriam para o CNS cumprir efetivamente o seu papel propositivo e fiscalizador fixado na legislação do SUS:

**E053c:** Com relação ao relatório anual, eu achei interessante os indicadores que foram criados como faixas, não eram uma situação estática. Podia analisar e ir atrás do que estava por trás daqueles números.

**E061a:** Eu acho que são também indicadores valiosos, porque sem isso, como eu te falei que essa área do Ministério da Saúde é tão vasta, se não tivesse esses indicadores, eu ficaria perdida de entender quando se atinge, digamos, 60 por cento da execução.

**E121b89:** Então, da forma como se tem sido feita a apresentação da COFIN nos dá um subsídio bom e é uma forma extremamente didática que a gente tem para conseguir aprender as informações mais gritantes, mais importantes, porque são muitos dados.

**E131b8:** Então eu acho que este instrumento, essas planilhas que foram construídas pela COFIN, nos ajudam muito, facilita para quem não é, como eu disse, técnico, para quem este olhar financeiro, de execução financeira, não faz parte do seu cotidiano.

**E082b30-31:** Então ali nós conseguimos verificar, o percentual não é o percentual que registra se o acesso chegou à população ou não, se ela teve acesso. Mas dá elementos para dizer que ele atendeu.

Um dos entrevistados questionou especificamente o uso desses parâmetros nos 1º e 2º quadrimestres, porque nos primeiros meses a execução orçamentária ocorre em ritmo mais lento que o observado posteriormente ao longo do ano:

Cada uma das classificações dos Quadros 3, 4 e 5 recebeu uma cor diferente: verde escuro (preocupante, utilizada somente na avaliação dos níveis de empenho e de liquidação da despesa do primeiro e segundo quadrimestres do ano), verde (adequado), laranja (regular), vermelho (inadequado), cinza claro (intolerável) e cinza escuro (inaceitável), o que permite a visualização mais rápida e comparativa da situação da execução orçamentária e financeira para a avaliação dos conselheiros nacionais de saúde, conforme destacado positivamente por alguns entrevistados (o também atendeu parcialmente o objetivo “a”):

**E022a0:** Então, assim a princípio, o que eu acho correto é a forma didática. Então, por exemplo, a forma de classificação, as cores. Isso é uma coisa fantástica, que eu acredito que ela é necessária para se tornar uma coisa oficial e que, por exemplo, não só na questão do Ministério da Saúde, mas também através dos outros controles sociais em relação a outras áreas.

**E181a0:** Mas eu gostaria até de poder de sinalizar que aquela metodologia, ela é tão didática, ela é de uma pedagogia tão boa para a gente compreender como se dá o processo de execução, que a gente consegue falar não só por causa das cores, isso objetiva perigos ou coisas boas, a coisa do verde vai caminhando para o vermelho.

**E121b8-31:** Esse formato de condução, onde você tem uma apresentação técnica, mas que ela consegue fazer o índice, inclusive, didático, no sentido de separar por cores, vamos dizer assim, a parte do orçamento que tem um empenho, mas não tem a liquidação, onde a gente tem a maior gravidade dentro dessa análise orçamentária, a apresentação que ela é feita ela é bem didática, o que é intolerável, o que é inaceitável, o que está regular, enfim, o que foi executado e que foi pago. Porque não basta apenas empenhar, isso é uma coisa. Uma coisa é tu empenhar. Outra coisa é tu liquidar isso e pagar isso.

**E011a57-64:** Mas através de aspecto cromático, a gente percebe que é mais fácil para as pessoas às vezes uma compreensão, ou um nível de alerta, um nível de preocupação, um nível de situação de alarme. Eu vejo que essa análise cromática, a análise por cores, ela é muito autoexplicativa, você bate o olho e você já percebe o que te chama a atenção, e em cima disso você vai focando, ou pelo menos priorizando, a análise sua.

**E071c28:** As cores às vezes facilitam muito o visual.

Cabe um registro que a ferramenta tratada pelos entrevistados é de natureza empírica, não trazendo um arcabouço teórico, mas uma interpretação operacional e visual do processo.

No que se refere, ainda, ao critério de avaliação da execução orçamentária e financeira anual adotado pelo CNS, alguns entrevistados criticaram:

- a) O caráter limitado dos indicadores dos níveis de empenho e de liquidação das despesas do MS para essa avaliação pelo CNS, bem como o desgaste das denominações adotadas para classificar as diferentes faixas percentuais desses indicadores:

**E071c7-28:** Agora do ponto de vista financeiro, a gente avançou também, mas eu acho que operacionalmente avançamos pouco e aquelas classificações que o conselho aprovou, é legítimo, que foi proposta pela COFIN, do inaceitável, intolerável, etc., eu considero que tem uma dimensão um pouco panfletária. E eu acho que ele já contribuiu no que podia. Agora, está virando uma coisa um pouco gasta.

**E033c13:** A gente não deveria se basear apenas nisso, apenas em critérios, ah, x por cento daquelas classificações padronizadas da COFIN, que é intolerável, e tal. A gente entende que, muitas vezes, só esse percentual em si não, não justificaria uma reprovação ou uma recomendação de ajuste ou qualquer coisa que seja. Eu acho que esses percentuais são um indicador de que alguma coisa não está certa.

**E162c17-74:** a execução financeira infelizmente nunca acompanha de uma forma adequada a execução orçamentária. Então quando tu tira a fotografia, tu vai ver lá as coresinhas, ela não retrata bem a realidade. Então, o Fundo não consegue fazer a máquina andar assim se o processo não chegar nas áreas finalísticas.

- b) A metodologia de cálculo dos níveis de empenho e de liquidação da despesa como proporção da dotação atualizada, porque não permite aferir o quanto do resultado obtido foi destinado para a melhoria das condições de saúde da população:

**E153c12:** Tem que ser revisto isso daqui, porque o fato de eu não ter executado ali o orçamento integralmente, não quer dizer que eu tenha falhado na execução do orçamento. Não. Eu tenho que entender o que aconteceu e cobrar o quê? O resultado. A execução não vai medir isso, não vai me dar esse parâmetro necessário ali para eu ter essa resposta.

**E153c46:** O orçamento da saúde não pode ser visto de janeiro a dezembro, medicamento Aids, eu compro, trabalho de abril a 12 meses depois, então entro até junho do ano seguinte.

**E043c15:** Às vezes, uma ação que pode ter uma execução adequada, suficiente, ela pode ter vários problemas ali por trás, que não é a execução orçamentária e financeira que vai ser capaz de jogar luz sobre aquelas questões. Tinha 5.000 leitos para habilitar e nesse ano foram habilitados 3 mil, isso diria mais sobre a situação da média e alta complexidade do que o nível de execução do MAC, que é quase 100% sempre.

**E103c24:** A gente na maioria das vezes não tem domínio sobre o pagamento, sobre a liquidação. Porque depende da execução do ente, depende da prefeitura cobrar a empresa para terminar a obra. Para a gente poder passar o recurso. Um exemplo clássico é aquele da compra de medicamentos ou da compra de vacinas. Então eu preciso fazer uma compra antes para poder esse abastecimento não ser falho no ano seguinte. Então por isso que eu empenho num ano e líquido no outro.

**E043c51:** O relatório é efetivo, digamos assim, em demonstrar o financiamento da atenção primária, de demonstrar o quanto que é da direta e o quanto é transferido fundo a fundo. Agora, eu sinceramente acho que o relatório em si, um relatório desse de acompanhamento, eu não vejo ele sendo capaz de responder se o que a gente aplica em Atenção Básica Primária é suficiente ou é insuficiente.

- c) O critério adotado para estabelecer os parâmetros das faixas percentuais para classificação dos níveis de empenho e de liquidação da despesa, porque não está claro no parecer conclusivo e desconsidera, quando da análise dos Relatórios de Prestação de Contas do 1º e 2º Quadrimestres, que nos primeiros meses a execução orçamentária ocorre em ritmo mais lento que o observado posteriormente ao longo do ano:

**E022a46:** O meu questionamento é por porque, por exemplo, regular é acima de 93 por cento, quando é o empenho, por exemplo, e porque 92 por cento não é.

**E053c0:** No primeiro quadrimestre do ano, tem uma execução muito baixa, sempre acontece isso, muito baixa. Então quando se comparava essa execução com o total programado, dava uma calamidade. Quando na verdade não é, porque o total programado era um número bem maior do que o possível de ser feito no quadrimestre, entendeu. E, na verdade, pela tradição de execução do serviço público, estava muito menor do que 25 por cento no primeiro quadrimestre, e até o segundo também.

- d) A avaliação sobre as auditorias realizadas pelo Denasus, porque enfatiza os aspectos quantitativos, mas não informa o estágio de andamento:

**E131b37:** Não tem o andamento dessas das auditorias, pelo menos eu não consigo enxergar isso.

- e) A falta de profundidade dessa avaliação pelo CNS, o que está em consonância com um dos resultados consolidados anteriormente obtido a partir da tabulação das respostas do questionário aplicado para os integrantes da COFIN/CNS – há necessidade de informações complementares para a análise da execução orçamentária e financeira do MS:

**E043c49:** . Então minha primeira sensação, a impressão que eu tenho até hoje, é que o documento fica na superfície, não sei como é que poderia ser diferente, não

daria para sair na profundidade em tudo três vezes por ano, no relatório quadrimestral e depois no relatório anual.

Essas críticas dos entrevistados também contribuíram parcialmente para o atendimento do objetivo específico “a”, pois trazem referências para aprimorar os procedimentos adotados pelo CNS para avaliar a execução orçamentária e financeira do MS sob a ótica da alocação de recursos para o atendimento das necessidades de saúde da população.

Nessa perspectiva, contribuíram parcialmente também para o atendimento do objetivo específico “d”, na medida que trazem subsídios para a elaboração da nova estrutura de procedimentos para esse processo de avaliação.

Alguns entrevistados destacaram que o processo de avaliação da execução orçamentária e financeira de 2020 do MS, que resultou no parecer conclusivo do CNS sobre o RAG, abordou aspectos que foram além da análise dos indicadores dos níveis de empenho e liquidação da despesa, do cumprimento do piso constitucional de aplicação e do cumprimento das metas do PNS/PAS, constatação que evidencia o cumprimento efetivo do papel propositivo e fiscalizador do CNS estabelecido no marco constitucional-legal do SUS (o que atende parcialmente o objetivo específico “a”):

- a) Abordou aspectos dos valores aplicados em ações e serviços públicos que pode subsidiar o processo de disputa por mais recursos para o SUS:

**E043c0:** A avaliação que é feita abarca muitas questões além do cumprimento do piso. Ele está entrando em aspectos mais gerais da gestão, está se afastando da execução orçamentária e financeira estrito senso. O RAG acaba sendo o objeto sobre o qual você faz disputas de narrativas que estão muito além do seu objeto. Faz parte da disputa por mais recursos da saúde, para a revisão das regras que a gente entende que não são as mais favoráveis para o SUS. Isso é fundamental e relevante, é um dos vetores que chega no Congresso Nacional, que chega para os tomadores de decisão.

- b) Incorporou a avaliação política referente à alocação dos recursos orçamentários e financeiros para a atenção integral da saúde da população, para além das demandas específicas das entidades integrantes do CNS:

**E082b55:** Então eu acho que nós avançamos nisso aí nesses dez anos ou mais que eu estou na COFIN, de sair de uma mera avaliação técnica de cumprimento ou não cumprimento de metas, para uma avaliação política da proposta, como o

governo trabalha o fundo público na questão da saúde, como volta para a sociedade sob a forma de serviço de saúde.

**E181a66:** Mas a gente conseguiu agregar uma discussão mais politizada e mais abrangente, tipo, assistência farmacêutica é um elo de conexão entre todas as entidades das patologias. É um exemplo só que eu estou citando. Aí, a gente vai e discute: olha, gente, uma baixa execução na atenção básica reflete sobre diagnóstico de diversas patologias que a gente quer que tenha um diagnóstico oportuno e rápido e o mais cedo possível; olha, gente, a saúde da população negra não foi bem; olha, gente, a área de Atenção à Saúde da Mulher não está boa; olha, gente, a promoção da equidade não tem historicamente uma boa execução; a Ciência e Tecnologia e Inovação Tecnológica, deus me livre, está um horror.

**E121b89:** Tem um papel político ainda maior de ser contra a narrativa de algumas questões que são colocadas pelas esferas governamentais. A gente já trouxe os dados da COFIN, do Conselho Nacional de Saúde, para dizer: olha, o repasse, ele não aconteceu, houve a perda de não sei quantos bilhões que não foram liquidados, do empenho. Então, se tudo o que foi empenhado fosse liquidado, talvez a gente não tivesse essa situação.

No processo de avaliação da execução orçamentária e financeira de 2020, o CNS comparou as metas realizadas com as previstas para cada objetivo do PNS/PAS, a partir dos quadros apresentados no RAG, bem como as auditorias realizadas pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS – a COFIN/CNS também faz o levantamento dos dados e informações das auditorias realizadas nos anos anteriores, para avaliar se houve crescimento ou redução ao longo do tempo.

Sobre esses aspectos, as manifestações de alguns conselheiros nas entrevistas revelaram a concordância do procedimento adotado pelo CNS de associar a análise da execução orçamentária e financeira do MS com a verificação do cumprimento das metas previstas na PAS e no PNS para o ano de 2021 e com as auditorias realizadas pelo MS:

**E011a64:** A gente acompanha pela programação anual de saúde e, em cima disso, aquilo que vem sendo acompanhado e executado, o que é esperado dos indicadores, que é esperado na parte quantitativa, mas também qualitativa, no sentido de que é com os indicadores, em cima daquilo que a gente percebe que precisa às vezes atingir, por exemplo, tinha uma meta para aquele ano específico do plano quadrienal, capacitar 10 mil agentes de saúde, e para aquele ano esperase em torno de 2.500, o que seria 10 mil dividido por quatro a cada ano. E naquele ano específico da sua análise, para aquele indicador, você capacitou 500. Ou seja, deixou a desejar.

**E131b8:** E eu sempre digo de que a gente não pode olhar para relatório trimestral, para o relatório anual de gestão, desconectada da execução financeira do que aponta como modelo de atenção. Mas também não dá pra gente pensar que a gente vai cumprir com metas, com o objetivo, cumprir com aquilo

que foi diretriz de saúde sem que a gente tenha recursos financeiros para que isso seja executado.

**E131b37:** “Quando tu olha para um relatório de gestão e que tu vê drasticamente o desmonte do Serviço de Auditoria do SUS do Ministério da Saúde, a diminuição do número de auditorias realizadas.

Vários conselheiros fizeram propostas de aprimoramentos dos critérios adotados para a avaliação da execução orçamentária e financeira do MS pelo CNS e da forma de apresentação das análises no parecer conclusivo do CNS, o que atendeu parcialmente o objetivo específico “a” e subsidiou a elaboração do novo modelo representativo da estrutura de procedimentos para o processo de avaliação dessa execução (o que se refere ao objetivo específico “d”):

- a) Substituir algumas tabelas por gráficos e fazer avaliações plurianuais:

**E121b8:** Mas talvez se conseguisse se criar dentro do parecer para ficar mais didático alguns gráficos, talvez um pouco mais parecidos com o que é apresentado durante a reunião, ou do tipo dashboard, que talvez conseguisse resumir alguns pontos mais críticos, isso talvez ajudasse, fazer um gráfico com essa situação de avaliação pelo menos dos dois últimos anos, ou três últimos anos, que de acordo com os planos é plurianual, a gente talvez conseguisse ter uma ideia melhor e ficasse mais enfático e visual para os conselheiros.

- b) Incorporar outros indicadores não orçamentários e financeiros para buscar uma análise integrada do impacto da execução das despesas sobre as condições de saúde da população:

**E082b30-31:** Eu acho que aquele instrumento pode ser melhorado. Teria que trabalhar as prioridades do governo, os indicadores de saúde, da região, da região de saúde, o IDH dessas cidades. Olha só. Tem que ser, porque você tem que, aquilo que eu falei, o real está no município. Então, se eu relacionar a execução orçamentária com necessidades sociais, é essa que deveria ser a fala da COFIN.

**E091c21:** Se a gente conseguisse discutir a avaliação do relatório abstraindo um pouco daquilo que está posto em questão específicas, de metas que estão postas para ser cumprida e você pede e deixa de cumprir por um por cento ou dois por cento e tal, e tal, e a gente conseguisse pegar o conjunto da proposta, o conjunto das respostas, o conjunto dos resultados, e medir o impacto que isso pudesse dar ou deu na saúde como um todo, talvez a gente pudesse avançar um pouco na cobrança da qualidade com mais eficiência.

- c) Criar grupos de trabalho envolvendo representantes do MS e das comissões temáticas do CNS para aprofundar os motivos da baixa execução

orçamentária e financeira e/ou do não cumprimentos de metas da PAS/PNS:

**E071c28** Então, uma coisa que eu penso em relação à análise financeira com a correspondente análise de alcance de metas é, na medida que nós identificamos uma operação que financeiramente, ou não se aplicou tudo o que estava orçada, ou não empenhou, ou não fez, etc., ou não alcançou a meta, a gente estabelecer um grupo de trabalho com a área técnica do gestor e a comissão correspondente, se é uma coisa na área da tuberculose, vamos pegar a coordenação de tuberculose lá e a Comissão de patologias, formar um grupo de trabalho para fazer uma discussão bilateral, cada um colocando suas dúvidas, seus questionamentos, suas cobranças um do outro, porque tanto o gestor vai cobrar do Conselho, como o Conselho vai cobrar do gestor, e juntos vamos ver quais os encaminhamentos que a gente pode propor em termos de definir dois ou três indicadores.(...)

- d) Aprovar com ressalvas em lugar de reprovar o RAG, como meio de estabelecer um acompanhamento sobre a identificação da causa de cada ressalva:

**E071c28:** Eu prefiro aprovar com ressalvas, mas com um encaminhamento de pegar aquele ponto que foi ressalvado e estabelecer um acompanhamento de maneira especial. É a meta que não foi bem quantificada, é o indicador que não foi adequadamente estabelecido, ou é a gestão que não foi competente para fazer isso, ou não houve recurso financeiro para aquilo, ou não houve resposta e etc., para você entender bem o diagnóstico.

- e) Adotar medidas corretivas de gestão decorrentes da solução das ressalvas apontadas pelo controle social e estabelecer punição para os gestores que não atendam as correções apontadas pelos Conselhos de Saúde:

**E131b37:** Mas aprovar com ressalvas, e não corrigir, me parece que cai até em descrédito da própria atuação dos conselheiros da Saúde, isso tem um impacto: o aprovar ou não aprovar, eu acho que tem um impacto político importante. Mas ele tem que ter para além desse impacto político e prático de algum tipo de punição, algum tipo de medida que faça com que o gestor tome tento como a gente diz aqui, que faça com que um gestor sinta que ele não pode continuar fazendo, não cumprindo com aquilo que o conselho tenha apontado para não aprovar um relatório de gestão.

- f) Avaliar com critérios diferentes a execução orçamentária e financeira das despesas com periodicidade regular daquelas que são sazonais:

**E153c46:** Eu não posso analisar uma despesa regular e automática para uma que é sazonal. Eu pela avaliação da execução orçamentária, eu sei aonde está regular e automática e onde não está. Eu separo regular e automática, eu não tenho que me preocupar com as duzentas ações do Ministério da Saúde. Eu tiro essas, vou debruçar sobre aquelas que não são regulares e automáticas.

**E033c13:** O que poderia melhorar seria talvez separar esses percentuais por tipo de ação. Vou dar o exemplo de ação de medicamento: você nunca vai chegar numa ação de medicamento e vai ter um empenhado igual ao liquidado e pago, então, você vai lá, empenha por um contrato e espera entregar o medicamento,

**ações que envolvem muito capital, o que é obra, a estruturação, pois ela é muito parecida também, que ela, ela tem todo um rito diferente de execução.**

- g) Criar mecanismos de participação dos conselhos estaduais e municipais de saúde para estabelecer um processo integrado de avaliação da execução orçamentária e financeira do MS:

**E011a10: Mas também nós temos que avançar na interface com os conselhos estaduais, na interface com os conselhos municipais, através desse nível de sistematização de captura de informação pela plataforma que estamos desenvolvendo, e se a gente consegue fazer isso para o âmbito nacional, pode servir de modelo também para os âmbitos estaduais e, conseqüentemente, para os municípios.**

#### 4.2. Sobre o Objetivo “b”

O objetivo específico “b” desta pesquisa foi identificar as dificuldades conceituais e operacionais no processo de avaliação da execução orçamentária e financeira do RAG do MS pelo CNS.

O atendimento deste objetivo permitiu relacionar as dificuldades de avaliação por parte dos conselheiros nacionais de saúde como um dos fatores para a mudança no processo de avaliação da execução orçamentária e financeira do MS com foco na integração das comissões temáticas do CNS e para a necessidade de atividades de formação e qualificação junto aos conselheiros nacionais de saúde para o exercício dessa atribuição legal.

A Coordenação da COFIN/CNS nos informou na etapa de levantamento documental para esta pesquisa que, a partir das dificuldades detectadas durante o processo de avaliação da execução orçamentária e financeira do MS pelos conselheiros nacionais de saúde, propôs mudanças de procedimentos que foram aceitas pelo CNS e alguns entrevistados se manifestaram sobre isso:

**E011a57-64: “Então, essa mudança de formato, uma padronização do formato de análise dos números através de aspecto cromático, a gente percebe que é mais fácil para as pessoas às vezes uma compreensão, ou um nível de alerta, um nível de preocupação, um nível de situação de alarme. Então, eu vejo com bons olhos, eu vejo como um fator positivo essa metodologia colocada, proposta pela COFIN. Aquilo que a gente recebe de feedback dos conselheiros e da Coordenação das Comissões é muito positivo.**

**E181a59:** O desenvolvimento de novas metodologias de consulta às comissões intersetoriais, a assessoria técnica desenvolve novos instrumentos que incorporam a nossa vivência, o nosso olhar, isto foi o maior ganho, eu acho que em termos políticos, de amadurecimento dos nossos instrumentos de avaliação do Conselho Nacional de Saúde de todos os tempos. É algo que eu comemoro, eu agradeço o fato da gente ter participado disso neste mandato. É algo que a gente vivenciou na prática e algo que incorpora uma questão que, para nós do controle social, é fundamental: fomos escutados, nossas sugestões foram de certa forma incorporadas e a gente ajudou o monitoramento e avaliação da execução orçamentária e financeira.

**E011a10:** A gente precisa avançar nessa autonomia de termos acesso a qualquer tempo, com confiabilidade, segurança, das informações coletadas para a execução orçamentária do ministério. Portanto, essa plataforma que estamos desenvolvendo para extrair os dados e fazer um refino desses dados de uma maneira de maior impacto e interesse para o controle social, eu acho que se a gente conseguir avançar nisso, sem dúvida, é uma autonomia desejável, estratégica, necessária ao Conselho Nacional de Saúde.

A integração de todas as comissões temáticas para analisar o RAG do MS, segundo alguns entrevistados, foi importante porque possibilitou aos conselheiros nacionais de saúde, no processo de avaliação da gestão orçamentária e financeira:

- a) Considerar os aspectos orçamentários como parte integrante do trabalho de cada comissão:

**E141a62:** O orçamento, na minha opinião, ele não é algo que esteja no dia a dia do trabalho das comissões. Pensar como a política aqui da Comissão, do teu subsegmento e tal depende daquele debate sobre o orçamento.

- b) Analisar a execução orçamentária e financeira do MS apresentada no RAG de forma associada com as metas previstas e realizadas do PPA e do PNS

**E181a59:** Foram desenvolvidas metodologias para que a gente conseguisse analisar a execução e incidir sobre ela de maneira mesmo leiga, enquanto áreas temáticas que de certa forma assessoram o pleno do Conselho Nacional, isto foi o maior ganho que nós tivemos acho que no período. Porque a gente analisou o Plano Nacional de Saúde, a gente olhou PPA, mas a gente conseguiu conectar ambos os instrumentos com aquilo que depois é a sua consecução, que são os relatórios trimestrais de prestação de contas, os RQPC's e também o RAG anual que a gente avalia. Ou seja, a gente conseguiu estabelecer conexões do que é planejar e depois conseguir monitorar e avaliar a execução processual da verba de saúde.

**E131b68:** Então, isto faz com que, primeiro, os integrantes daquela comissão aprofundem, estudem, olhem mais para os indicadores e para as metas propostas lá no plano de saúde e como foi esta execução. Então nisto, eu diria que até divide um pouco esta responsabilidade que a própria COFIN tem nesta análise. Eu acho que ajuda bastante para um relatório final, porque além dessa questão de quanto foi para cada ação, foi o que também deixou de ser utilizado como recurso.

- c) Relacionar os níveis de empenho e de liquidação da despesa com as metas realizadas da PAS/PNS:

**E071c4:** A gente tem conseguido crescentemente, ainda que modestamente, mas crescentemente, levar para as diferentes comissões do Conselho essa discussão, para fazer esse diálogo entre a análise monetária-financeira e a análise do cumprimento de metas e da execução. Você vai ver dentro de algumas das comissões, algumas pessoas que já analisam o relatório com um olhar mais abrangente, com um olhar de consequência, de aprendizado.

**E082b31:** Mas já foi um salto, entre sair do mero RAG, do instrumento técnico que o Ministério apresenta, saímos dali e trouxemos para a linguagem dos conselheiros, para a linguagem do controle social. Eu acho que foi um salto muito grande isso aí, essa possibilidade. Eu valorizaria menos até o resultado e muito mais o processo. Por exemplo, na minha comissão, nós fizemos quatro encontros, discutindo, trabalhador, usuário, tinha gestor do nosso grupo. Então avaliamos meta por meta, atendimento, e questionávamos, ah, ele atendeu a 70 por cento, mas é 70 por cento que a sociedade precisa, é essa a população, ele chegou na população que precisava, a quem, o acesso. Eu acho que nós conseguimos fazer relação do recurso e aquilo que é o fim do controle social, o acesso do benefício, do bem, do direito, à população que dela necessita.

**E011a64:** Nós vimos insistentemente fazendo esse acompanhamento e essa avaliação da execução orçamentária e financeira, apontando medidas corretivas e culminando juntamente com o terceiro RQPS terceiro relatório trimestral. Já a partir de meados de março, com a publicação do relatório anual de gestão, a COFIN inicia nos últimos anos um processo de análise muito meticulosa junto aos conselheiros nacionais, e nos últimos tempos, nos últimos três anos, insistindo muito numa contribuição das comissões intersetoriais frente a essa análise, tanto na parte da execução orçamentária e financeira com a análise dos indicadores, inclusive de auditorias, número de auditorias.

**E112a67:** A gente avançou bastante, né. O que aconteceu na verdade não foi que nesse último período o financiamento foi discutido. Foi que nesse último período as comissões resolveram existir e essa é a questão fundamental. E para existir, não tem como discutir qualquer política pública se não se discutir qual é a definição política dos investimentos que vai ser feita dessa política pública.

- d) Aprofundar essa avaliação feita inicialmente pela COFIN/CNS, considerando a especialização existente em cada comissão:

**E121b61:** Normalmente, nós temos a questão do relatório, eles sendo encaminhados às comissões, tendo em vista o conhecimento, a expertise de cada comissão para essa avaliação, principalmente com relação aos indicadores. Isso facilita muito, essa discussão prévia nas comissões e nos segmentos também, porque cada fórum acaba fazendo essa discussão antes da apreciação no pleno. Os itens são separados por afinidade com essas comissões em termos de indicadores, então isso facilita muito no processo da gente fazer essa apreciação dos relatórios de gestão

**E141a62:** E tenho pego a questão do orçamento para análise geralmente no momento em que o conselho pauta isso, busca as comissões para dar as opiniões. E aí os seus olhares vão voltados para o que é realmente investido nos segmentos, nos subsegmentos de interesse do conselheiro e da conselheira, que geralmente é

assim: você não olha o todo, você olha mais especificamente aquilo que lhe cabe ali dentro daquele orçamento.

**E162c57:** Porque quando tu passa para as comissões aquilo que tu vistes e eles, especialistas das suas áreas, vão poder fazer uma avaliação mais adequada daquilo que a gente viu do lado orçamentário e financeiro. Então, eles têm muito mais, em tese, falando em tese, eles teriam muito mais condições de dar uma visão e ajudar inclusive na reformulação de indicadores muito mais do que a gente.

**E011a65:** A COFIN não tem a pretensão de achar que tem a última palavra, a gente aponta análise preliminar, mas as contribuições das comissões são de grande valia, porque aí é cada comissão na sua expertise, cada comissão na sua área de trabalho, de desempenho de foco maior, do objetivo principal de trabalho de cada comissão.

**E141a68:** A COFIN está dizendo que tem a possibilidade da gente atuar como comissão a partir daquele conhecimento que a gente tem, de tentar esmiuçar isso com o Ministério da Saúde e buscar ver como que pode, não apenas como eles colocam, onde eles colocam esse gasto, mas a gente pode também tentar dizer para eles que a partir do que eles mostrarem pra gente isso aqui é mais importante do que aquilo. Então, a gente viu uma possibilidade descortinar, ser instrumento para poder colaborar mais e melhor nessa questão.

- e) Sentir segurança para debater essa avaliação nas reuniões do pleno do CNS que analisavam o RAG:

**E181a59:** Da tarefa que era desenvolvida nas comissões e depois reencaminhada para a COFIN, mais atores começaram a se sentir qualificados para o debate no pleno. Na reunião do pleno, a gente podia contar com mais pessoas que diziam: olha fórum de usuários, olha fórum de trabalhadores e trabalhadoras, eu sei, eu consigo dizer alguma coisa nesse momento e se qualificavam para a inscrição nos momentos de debate, que possibilitou que a gente olhasse o dado do Ministério da Saúde e dissesse: mas como é que esse dado parece positivo ou está sendo considerado satisfatório, mas na ponta nós temos usuários e usuárias descobertos por ações e serviço público de saúde?

**E131b68:** Eu lembro que algum tempo atrás, quando chegava o tema no Conselho Nacional de Saúde, que era o tema da COFIN, esvaziava o plenário, os trabalhadores da saúde levantava e saíam. Por que? Bom, isso é uma questão técnica, isso é pra COFIN. Hoje não. Os trabalhadores têm compreendido melhor o seu papel político, o papel político que tem, e do quanto não pode se omitir de avaliar a questão econômica e financeira, porque isto está numa das responsabilidades dos conselheiros de saúde, do Conselho de Saúde, de avaliar as políticas, as políticas de saúde, incluindo os aspectos econômicos e financeiros.

Alguns entrevistados mencionaram também que, diante do perfil da maioria dos conselheiros de saúde e da dificuldade conceitual decorrente da complexidade técnico-legal do tema, seria importante manter e ampliar o processo de capacitação dos conselheiros de saúde para a avaliação da execução orçamentária e financeira da gestão do SUS nas três esferas de governo:

E011a57: Não é apenas essa análise cromática, não adianta você também só mudar o aspecto cromático. Você tem que oferecer informações com nível acessível de interpretação daquelas informações, da terminologia utilizada na parte econômico-financeira, e com isso fazendo esse tipo de capacitação dos novos conselheiros, oficinas de capacitação, proposta de *check list* onde deve se preocupar em termos da execução do relatório anual de gestão, daquilo que se chama a atenção, daquilo que se preza ou que seja necessário estar mais atento.

E011a5-10: O Conselho Nacional através da sua Comissão de Orçamento e financiamento vem insistindo muito na capacitação e na formação dos conselheiros nacionais de saúde e também dos demais conselheiros de saúde, no arcabouço técnico num sentido de terminologia, no sentido de entendimento, de compreensão da execução orçamentária, seja em âmbitos municipais, estaduais e nacional. Nós tivemos no mínimo quatro ciclos de grandes contribuições macrorregionais que fizemos, chamada Oficina da COFIN, nos últimos anos. Estamos insistindo numa parceria com a CGU e a Assembleia Legislativa de Minas Gerais no curso EAD de capacitação, de orientação, de informação da linguagem específica da parte de execução orçamentária, da qual nós temos muita tranquilidade em afirmar que é um curso que deu certo e está dando certo, cada vez mais temos inscritos, um curso modular EAD, com nomenclaturas básicas em relação a essa situação de análise orçamentária e financeira.

E082b8-30: Nós fizemos vários cursos de capacitação, tanto presencial, quanto *on line*, para os conselheiros estaduais e municipais. Essa capacitação que a COFIN fez ao longo da história, e ultimamente avançando para todos os conselheiros nacionais participarem, agora está chegando um grupo novo de conselheiros nacionais, deve ser prioridade da COFIN em 2022 capacitar esse grupo. Então, talvez a gente criar alguma estratégia, alguma coisa, não sei se talvez um treinamento mesmo com os conselheiros, Acho que esse que teve, mesmo à distância, eu acho que ainda valeu, ainda valeu bastante, pode ter que investir mais nisso. Eu acho que não é só importante avaliar o RAG, mas pegar esse material que está sendo avaliado e traduzir, socializar em curso para gente.

E141a 39: Eu acho que essa é uma troca muito importante entre os conselhos. Só que a gente ainda não faz isso de forma muito ampla. A COFIN fez um treinamento, fez um curso e tal. Eu acho que esses cursos têm que ser mais presentes.

E053c6-52: Tiveram cursos que eu achei que esclareceram bastante. Ela exerceu um papel até além do papel institucional dela ali, que era levar para lá, para os conselheiros, nos estados, algumas noções até de execução orçamentária. Do que eu pude perceber, daqueles que eu participei, levava o conhecimento que eles não tinham acesso. Porque a estrutura de como é feito a proposta orçamentária e de como é distribuído os valores dentro da estrutura orçamentária de programa, ação e PO é muito fluída. Então, para eles, era assim, com relação à execução financeira, muito pouco conseguia acompanhar até as explicações que estavam sendo dadas ali. Porque na verdade muitas das explicações dadas pelo Ministério eram um monte de justificativa, em cima de justificativa, em cima da justificativa, não era uma coisa que vinha esclarecer. Era como se o ministério só tentasse se explicar, entendeu, do que aconteceu. Mas assim não deixava muito claro o processo de como se chegou àquele número.

E121b 36: É importante as oficinas? É importante, mas nem todo mundo consegue participar naquela data, daquela oficina, ou tirar todas as dúvidas naquele dia, porque o tempo é exíguo. Mas se tiver uma vídeo aula falando: ó os instrumentos de gestão. Isso talvez ajudaria bastante nesse processo de

**democratização de conhecimento, que é algo bem complexo. Porque às vezes a gente tem dificuldade de acesso na rede conselhos.**

Nessas entrevistas, na medida que as dificuldades conceituais e operacionais do processo de avaliação da gestão orçamentária e financeira do MS eram identificadas, foi possível obter elementos para o aprimoramento dos procedimentos relacionados à ação integrada das comissões temáticas do CNS, contribuindo para o novo modelo de estrutura de procedimentos de que trata o objetivo específico “d” desta pesquisa.:

**E082b30: as comissões não se veem dentro do RAG ainda. Elas não conseguem verificar, esse ponto aqui, olha a Comissão da Mulher, olha a Comissão da saúde do trabalhador, olha a comissão do idoso. Se a gente criasse um instrumento que conseguisse tirar daquilo que a gente chama de execução orçamentária, aqueles quadros todinhos, se pudesse colocar aquilo ali por comissões, se não fossem as 17, mas o mais próximo que pudesse.**

**E121b35: Se todos recebessem o RAG quando chegasse, no processo de trabalho, a gente já começaria a fazer uma análise para a gente já ajudar o parecer da COFIN. Então talvez ajudasse mais se a gente invertesse, a única coisa que precisaria fazer antes era identificar os tópicos de cada comissão. Aí a gente mandaria as nossas contribuições até a data X. A forma de analisar que o pessoal estava fazendo era só baseado no parecer e aí tinha coisas que você tinha que ir lá no RAG mesmo, pra poder fazer essa comparação. Com aquele sistema que foi colocado da última vez, ele acabava induzindo a gente a uma resposta que a gente não tinha o que fazer, a gente tinha que responder “não” pra poder conseguir fazer algum comentário, porque se você fosse “mais ou menos” você não conseguia ter acesso a estar fazendo sua contribuição.**

**E121b 55 - Quando a gente vai fazer as dos quadrimestres, aí essa comunicação com as comissões não fica tão bom. Talvez fosse a algo para que a gente nas comissões pudesse incluir no nosso cronograma de atividades. Mas não é algo tão capilarizado como a gente faz anualmente, no momento do RAG. Talvez a gente tenha que ampliar isso também para os relatórios quadrimestrais.**

As dificuldades conceituais e operacionais enfrentadas pelos conselheiros nacionais de saúde do processo de avaliação da gestão orçamentária e financeira do MS estão relacionadas também ao caráter tripartite da gestão e do financiamento do SUS.

Como foi visto anteriormente, na análise das respostas do questionário aplicado aos integrantes da COFIN/CNS, o parecer conclusivo elaborado pelo CNS sobre o RAG 2020 não abordou aspectos das pactuações ocorridas na CIT, nem sobre os critérios de transferências de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos

estaduais e municipais de saúde. Essa situação foi ratificada por alguns entrevistados, inclusive com propostas de mudanças de procedimento sobre isso:

**E181a86:** é importante sinalizar que lá em 2017 quando o Ministério da Saúde apresenta a Portaria 3992 que muda os critérios de repasse da União para estados e municípios, exatamente ali naquele ponto, a evolução da desresponsabilidade do Executivo em cumprir as antigas seis linhas de financiamento originais começa a se traduzir em um movimento de sinalização para estados e municípios: o que deveria ser uma estratégia meramente de repasse de verbas, os estados e municípios começam a compreender como uma liberalização da execução das antigas linhas de financiamento.

**E011a41:** Aquilo que está sendo pactuado pela comissão intergestores tripartite, o controle social e Conselho Nacional tem certa dificuldade de descobrir. Eu acho que uma das maiores dificuldades talvez para os conselheiros, os conselhos estaduais e os conselhos municipais, é o acesso a uma informação fidedigna e em tempo real.

**E141a39:** Poderia nesses relatórios de prestação de contas quadrimestrais ter a lista das diretrizes daquilo que foi pactuado na CIT e, por exemplo, o que foi, o que está sendo implementado, em que estágio está, ou está sendo contemplado, vamos dizer assim, em que estágio está.

Esse aspecto guarda relação parcial com as emendas parlamentares ao orçamento do MS, cujo conteúdo geralmente refere-se a transferências de recursos para estados, Distrito Federal e municípios.

Essas emendas, por sua vez, assumiram o caráter impositivo (execução orçamentária obrigatória) por força das EC 86/2013 e 100/2020 ,e não estão diretamente condicionadas pelo planejamento ascendente do SUS estabelecido LC 141/2012 (de que trata o objetivo “c”). Um exemplo disso está na contribuição desse entrevistado:

**E162c 83:** Os prefeitos querendo devolver o dinheiro de uma Unidade Básica de Saúde, de uma UPA, porque não tinha condição de manter. O ministério é muito fraco no seu monitoramento. Então, se não houver uma integração entre o orçamento impositivo e o planejamento que foi feito no território, a gente vai estar sempre brigando, vai estar tendo desperdício de recursos. Então, acho que é o momento, vamos pegar esse orçamento impositivo da Saúde, que é 50 por cento dos recursos dos parlamentares, vamos colocá-lo dentro do planejamento que foi feito no território.

Além disso, foi possível constatar que, a partir da visão dos entrevistados, esse processo de avaliação da execução orçamentária e financeira do CNS teve pouca influência no dimensionamento do volume e da alocação de recursos necessários ao

financiamento das ações e serviços de saúde, de modo a garantir o atendimento prestado à população de acordo com o princípio constitucional da saúde como um direito de cidadania.

#### 4.3. Sobre o Objetivo “c”

O objetivo específico “c” desta pesquisa foi avaliar a eficiência e eficácia dos procedimentos adotados pelo CNS na análise da prestação de contas da gestão orçamentária e financeira do MS à luz das diretrizes aprovadas na Conferência Nacional de Saúde.

A eficiência foi avaliada pelo tempo gasto pelo CNS para analisar os dados e elaborar o parecer conclusivo sobre a gestão orçamentária e financeira do MS de 2020, a partir do recebimento do RAG do MS e à luz da estrutura organizacional existente para esse fim (recursos humanos e materiais), especialmente para a avaliação das comissões temáticas do CNS.

Os entrevistados consideraram o CNS eficiente em 2020, porque a deliberação sobre o parecer conclusivo sobre o RAG 2020 ocorreu alguns meses antes do final de 2021, portanto a tempo de contribuir para o MS aprimorar a gestão orçamentária e financeira desse ano, sendo esse o principal aspecto positivo destacado:

**E011a73:** Nós iniciamos o processo preliminar de análise em abril, e aí entra toda essa preocupação que viemos construindo nos últimos anos, de acrescentar as análises detalhadas, mais específicas, das comissões intersetoriais. Então, para isso precisamos de um tempo maior, o ano 1 da pandemia nos fizeram apontar uma necessidade de maior celeridade, maior agilidade, atendendo inclusive um pedido do Ministério da Saúde, que nós fizemos a apreciação do RAG do ano anterior no mês de novembro. Então, agora nesse último ano, nós conseguimos fazer a apreciação do RAG do ano anterior até setembro, garantindo todas essas etapas, razoáveis de termos de prazo para análise e contribuições, inclusive com as devolutivas do Ministério.

**E043c 73:** Os tempos são adequados, é tempestivo, por conta da pandemia, em 20 e 21, atrasou. Teve um atraso, mas todo mundo atrasou, por conta do fator superveniente que ninguém controlava. Em geral, são tempestivos, não vejo problema, de vez em quando, demora um pouquinho mais o relatório de gestão, já está sacramentado, quando a gente apresentou, o exercício já acabou, não tem mais naquele exercício, que foi objeto de avaliação, já não tem mais espaço para correção no exercício que foi objeto de avaliação. O Relatório quadrimestral, entendo que a maior parte das vezes a avaliação acontece no tempo devido.

**E053c74:** Eu acho que o prazo era adequado à heterogeneidade da composição. Se o Conselho Nacional de Saúde estava levando a sério aquela análise, precisava de muito mais prazo mesmo, porque as pessoas que estavam participando da análise eram muito heterogêneas em seus conhecimentos. Enquanto para a elaboração, eram pessoas especializadas naquilo, então, tinham uma vantagem muito grande, de elaborar e de apresentar o dado em pouco tempo. Então, o prazo era justo, um prazo maior para análise e deliberação, era bem justo. Não sei se é o ideal.

**E162c74:** : Eu acho que precisaria ter mais tempo, porque o assunto não é de fácil compreensão.

**E061a75:** Pensando que se trata de uma análise extremamente detalhada e a execução você só tem mesmo depois que termina o ano, ainda que você venha fazer no quadrimestre, você vai poder só mesmo se debruçar no final, para ver se está tudo concluído, você precisa realmente de um tempo. Eu acho que o tempo que o Conselho Nacional tem adotado é bem razoável.

**E103c75:** Foi muito muito eficiente a questão da avaliação do conselho para poder passar para o ministério as recomendações de redirecionamento de rotas. Então, quanto menor o prazo dessa avaliação, melhor para as políticas públicas, para o SUS.

**E181a75:** Nesses seis anos de mandato, eu creio que a gente teve dois tempos distintos: antes da epidemia, onde de acordo com aquilo que manda a Lei Complementar 141, a gente conseguiu cumprir na nossa função enquanto o controle social do SUS, digamos assim, com algum atraso que não prejudicou a avaliação; mas no período da epidemia, a gente parte para um outro modelo de trabalho dentro do Conselho Nacional de Saúde, deixa de ter reuniões mensais ordinárias, para nós termos reuniões extraordinárias que não possuem a mesma temporalidade.

**E071c76:** Eu tenho pedido e esse ano a gente conseguiu não fazer a avaliação do relatório de gestão no apagar das luzes do ano, nem na última reunião que o Conselho tinha, porque se você faz avaliação no final das coisas, não tem como intervir em nada. Então, esse ano nós conseguimos fazer mais cedo e com isso a gente tem mais facilidade para poder incidir e contribuir para o próximo período, a partir dos acertos e dos erros que foram dados.

**E112a76:** São muitas as variáveis ainda colocadas, eu acho que esses 12 meses do ano, que é o prazo, é razoável, e está muito associado também esse debate a essa questão da temporalidade dos planejamentos.

Mas, houve críticas de alguns entrevistados referentes ao tempo gasto e aos procedimentos adotados pelo CNS para elaboração do parecer conclusivo, que podem ter comprometido a qualidade da análise realizada pelas comissões temáticas:

**E121b71:** Eu recebo a apresentação do relatório, às vezes tem uma apresentação do Ministério da Saúde e a gente já recebe com parecer da COFIN para analisar. Aí às vezes o prazo é tipo para ontem, é o tempo mais exíguo, então, a gente não recebe logo, só com o parecer.

**E033c73:** Eu acredito que poderia ser mais célere. Por exemplo, o RAG é enviado em 31 de março, sei lá, você imaginaria que em duas, para maio, já poderia ser avaliado isso

Para outros entrevistados, as características da estrutura organizacional do CNS podem representar um fator limitador para a redução do tempo do processo de avaliação da execução orçamentária e financeira do CNS e de elaboração do parecer conclusivo sobre o RAG e, com isso, dificultar o aumento da eficiência:

**E071c54:** No campo da gestão federal, enquanto você tem pessoas pagas, assalariadas do serviço público e que vai poder ter tempo para se dedicar, para estudar, para analisar etc., no Conselho o trabalho é voluntário, as pessoas às vezes não têm recursos suficientes nem para ter os insumos básicos para melhor auxiliar a sua... Então, tem hora que parece justificativa ou desculpa boba de... Essa é a realidade que você tem que trabalhar com ela. São fatores coadjuvantes importantes. Então, eu não posso pensar que um conselheiro de repente vai dar conta, da noite para o dia, de ter conhecimento, de ter disposição e de ter tempo e recursos suficientes para fazer aquilo que se esperava, e que é desejável que ele faça.

**E022a73:** Isso é uma coisa de doido, porque a gente pega a comparação da equipe do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Saúde. Eu acho que às vezes demora, sim, mas eu acho que está melhor do que o esperado. Por exemplo, poderia ser menos tempo, poderia, mas se tivesse uma equipe muito mais estruturada, muito maior.

**E112a7:** O Conselho Nacional de Saúde em mais de uma década conseguiu nesse processo histórico desenvolver, acumular e apresentar contribuições para esses diferentes espaços, com todo o grau de dificuldade, com todas as limitações absurdas, estrutural, é só comparar para ter uma ideia do disparate, o que tem algumas estruturas de controle à sua disposição, do ponto de vista de estrutura técnica, material, de recursos humanos, e o que tem o controle social.

A coordenação da COFIN/CNS que o CNS informou que possui uma estrutura organizacional para avaliar a execução orçamentária e financeira do MS menor que aquela que o MS possui para executar as ações programadas no orçamento e prestar contas dessa no RAG e no Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas.

Os conselheiros nacionais de saúde não são remunerados para o exercício do controle social do SUS e não são obrigados a ter a formação técnica requerida para a avaliação da execução orçamentária e financeira, que é uma dentre outras atribuições do controle social do SUS, diferentemente do que ocorre com a equipe do MS nessa área.

O CNS conta para essa finalidade com uma consultoria técnica e uma assessoria técnico-administrativa (totalizando três pessoas) contratadas para subsidiarem os conselheiros e as atividades da COFIN, cujo tema faz parte da agenda permanente de atribuições legalmente estabelecidas ao controle social: além dessa avaliação da execução orçamentária e financeira, a COFIN/CNS tem a atribuição de avaliar e subsidiar os conselheiros nacionais de saúde nas deliberações sobre:

- a) as indicações de medidas corretivas da gestão orçamentária e financeira do MS a partir das informações dos relatórios quadrimestrais de prestação de contas;
- b) os aspectos financeiros dos objetivos, metas e programas do PNS e do PPA (quadrienalmente) e da PAS do MS e da LDO (anualmente), bem como dos valores das ações propostas pelo MS que integram o Projeto de LOA (anual) da União encaminhado ao Congresso Nacional e
- c) as diretrizes para o estabelecimento de prioridades anuais para a programação de despesas do MS no Orçamento da União.

Além disso, a COFIN/CNS é responsável pela realização de oficinas de capacitação dos conselheiros nacionais, estaduais e municipais de saúde sobre as diferentes atividades que envolvem a temática do financiamento e do orçamento do SUS, inclusive com o gerenciamento de um curso de EAD para esse fim.

Para a avaliação da eficácia do CNS, foram considerados dois aspectos a partir das entrevistas: a incorporação pelo MS dos apontamentos, medidas corretivas e recomendações do CNS presentes no parecer conclusivo sobre o RAG de 2020 e a presença dos elementos do planejamento ascendente do SUS na análise da execução orçamentária e financeira do MS pelo CNS associada a procedimentos realizados em conjunto com os conselhos estaduais e municipais de saúde nessa análise.

A maioria dos entrevistados comentou que o MS tem incorporado pouco ou não tem incorporado (e parece não monitorar internamente isso) apontamentos, medidas corretivas e recomendações feitas pelo CNS para a revisão e aprimoramento da gestão orçamentária e financeira:

**E121b101: No caso dos relatórios de gestão, pelo menos nos últimos anos, poucas vezes o Ministério da Saúde se propôs a cumprir na íntegra as recomendações**

feitas pela comissão, pelo conselho. Eu lembro inclusive que logo quando eu cheguei, tinha sempre um aprovado com alguma restrição, alguma recomendação, para que o Ministério da Saúde conseguisse fazer esse ajuste. No relatório do ano seguinte, estão lá as mesmas coisas que tinham sido recomendadas e aprovadas com aquelas restrições, não tinham sido cumpridas.

**E011a91:** O conselho vem apontando as medidas corretivas, das análises dos relatórios quadrimestrais e, também, as definições que temos da apreciação final do relatório anual de gestão através das resoluções. Então, infelizmente, a gente percebe que a gente recomenda, encaminha de forma oficial, e a gente percebe que há uma certa desconsideração. Isso é histórico.

**E022a92:** O Conselho não está sendo escutado. Pelo contrário, até o ano passado, por exemplo, estava passando por cima de recomendações do Conselho Nacional de Saúde.

**E061a95:** Mas a impressão que me dá, eu não gosto de dizer isso, é que eles não dão a importância que o RAG tem. Não está incorporado igual a importância que tem todas as decisões do Tribunal de Contas. Eu acho até que o setor orçamentário do Ministério dá talvez essa importância, mas não o Ministério como um todo.

**E053c94:** As recomendações para a gestão federal eram levadas em consideração. Agora, o que eu não sei é se elas eram incorporadas lá nas áreas nas próximas programações deles, eu não sei se eles levavam a termo de considerar, olha, isso aqui agora tem que fazer parte do próximo relatório, essa recomendação, vamos mudar.

**E181a97:** Quer ver uma coisa que demonstra claramente que aquilo que a gente sinaliza muitas vezes não é absorvido ou incorporado pelo Ministério da Saúde? Eu vou citar o conjunto de diretrizes de propostas aprovados na 16ª Conferência Nacional de Saúde e que a gente criou uma resolução e mandamos para o Ministério da Saúde e para demais órgãos da gestão pública federal, órgãos do Executivo, Legislativo, e até do Judiciário. Mas tem objetivos e metas dentro do Plano Nacional de Saúde que possuem um descompasso total entre o que é afirmado e aquilo que foi aprovado na décima sexta.

**E071c99 -** Muitas vezes eu vejo a gente estabelecer uma recomendação no âmbito do Conselho, a partir da análise das contribuições da COFIN e a recomendação fica por isso mesmo.

**E131b102-103:** O Conselho tem uma enorme responsabilidade e ele não aponta medidas corretivas para o gestor que não sejam exequíveis. Ele está baseado em dados que são apresentados, por isso que tem uma comissão que tem técnicos capazes de ajudar e de trazer elementos para os conselheiros poderem decidir. É uma desconsideração com as medidas corretivas, com as ressalvas, com as recomendações, com aquilo que o Conselho delibera, pelo gestor atual.

Foram indicadas também nessas entrevistas possíveis causas para o não cumprimento do MS das resoluções e recomendações do CNS sobre a gestão orçamentária e financeira:

- a) O caráter deliberativo dos Conselhos de Saúde não está sendo respeitado pelos gestores do SUS, inclusive na esfera federal:

**E082b 100:** A decisão do Conselho tem que ser homologada pelo chefe do ente federativo que ele está, ou pelo ministro, ou pelo secretário de Saúde, ou pelo do município. Então, cadê a autonomia desse conselho? Até onde nós temos autonomia nessa avaliação? É autonomia de avaliar pura e simples, não tem desdobramento a nossa avaliação? Não tem. Houve resposta do ministério? Qual é o peso que tem as recomendações, as ações corretivas, a gente não indica as ações corretivas que a lei manda? Não cumprem a lei. Aonde é que a 141 se efetivou? Na verdade, é uma lei que não se efetivou.

- b) Falta de vontade política do governo diante da dificuldade de mudar o modelo de atenção à saúde:

**E181a97:** Por mais que a gente sinalize a necessidade de medidas corretivas para que as áreas técnicas possam melhorar a execução financeira, o que nitidamente acontece é que não existe vontade política, não existe interesse da gestão em fazer isto acontecer. E cite-se aí medidas que seriam inclusive importantes para mudança do modelo de saúde que nós queremos para o Brasil. Infelizmente, a gente está num modelo de produção de doença, porque a gente não trata a causa inicial, não absorve aquilo que poderia minimizar os efeitos de um adoecimento progressivo e que vai se tornando maior mais complexo e mais oneroso para o SUS.

- c) Dificuldades dentro e fora do MS para implantar as recomendações do controle social:

**E033c93:** Acho que tem algumas recomendações que poderiam ser acatadas. Mas tem outras que não fazem muito sentido, não é aquilo que você, estala o dedo e vai conseguir fazer. Então, as recomendações são sempre importantes, mas eu não vejo assim, ah, recomendou X, vamos fazer aquilo.

**E153c91-92 -** Algumas recomendações que estão colocadas para gente através dessas resoluções, elas não são possíveis da gente observar, porque ela extrapola o limite de um órgão setorial de orçamento, o órgão central é o Ministério da Economia e tem algumas recomendações que elas extrapolam essa responsabilidade do Ministério da Saúde. Agora tem algumas coisas, tipo a recomendação de limitar a inscrição de restos a pagar a cada ano num percentual que é impossível a gente dar cumprimento a isso, porque a construção do restos a pagar se dá de diversas formas.

**E162c17:** O Conselho imputou aquele percentual de restos a pagar, que o ministério não leva em consideração, mas tem um limite dado pela SOF, que acaba sendo um problema

**E061a95:** Eu acho que o Ministério da Saúde deveria fazer o máximo de esforço para que somente as coisas que são mais apontadas não se repetissem. Mesmo que seja uma coisa que muitas vezes está fora de uma governança do Ministério, porque tem o Ministério da Economia, tem o Tesouro, essa coisa toda.

**E071c99:** Tem algumas recomendações que são muito mais apropriadas para ser feitas pela entidade X ou Y do que pelo controle social. Por outro lado, tem algumas que, mesmo sendo próprias do campo, da responsabilidade, da competência do Conselho Nacional de Saúde, ao chegar na gestão, a homologação por parte da gestão vai gerar um conflito interno entre diretores ou áreas técnicas e o próprio ministro, ou entre o ministro e outros setores do governo.

- d) O controle social tem pouca influência institucional em comparação aos órgãos de controle externo e de controle interno do governo:

**E053c95:** Uma demanda do Tribunal de Contas da União tem muito mais peso do que uma demanda do Conselho Nacional de Saúde. Para chegar a movimentar a dimensão da Administração Central, chegar lá no ministro. Eu acho que pela importância institucional do Tribunal, da CGU. Mas, eu não posso afirmar se chega ao ponto de uma demanda do Conselho ser subjugada.

- e) Não há nenhuma penalidade para o gestor que descumpra as recomendações e resoluções:

**E121b101:** Porque que é que o governo, os gestores entendem em todos os níveis de esfera: eu não vou cumprir, eles vão recomendar, eu vou continuar sem cumprir e tudo vai continuar a mesma coisa, e não vai mudar nada.

- f) CNS não monitora depois de aprovadas as recomendações e resoluções e não cobra do MS a implantação delas:

**E071c100:** Têm alguns conselheiros que falam: olha, nós fizemos uma recomendação em tal época e tal, e até hoje não nos deu resposta, vamos cobrar. E poucos são os que estão fazendo isso. Agora, nós não estamos sistematicamente utilizando essa estratégia. Na minha avaliação, é muito mais por ainda não termos no Conselho aquilo que eu falava agora há pouco: o conselho não é feito de pessoas com tempo integral à disposição para fazer o controle social.

**E181a 97-98:** Essa questão de incorporação daquilo que a gente sinaliza de medida orientadora para o ministério, eu gostaria muito que a gente pudesse criar realmente um instrumento de maior verificação da efetividade das medidas, se a gente não segue pressionando e monitorando as próprias medidas que a gente orienta, é quase como uma medida inócua. O fato é que eu não vejo o monitoramento de todas as medidas corretivas que a gente já fez.

Alguns entrevistados fizeram propostas para aprimorar os procedimentos referentes ao prazo para avaliação do RAG, bem como às medidas que o CNS e demais Conselhos de Saúde estaduais e municipais poderiam adotar quando as resoluções e as recomendações não são cumpridas pelos gestores, considerando o caráter fiscalizador e deliberativo do controle social do SUS previsto no marco legal-constitucional do SUS:

- a) O CNS poderia criar grupos de trabalhos com representantes do MS e das comissões intersetoriais do CNS para acompanhar a implantação das recomendações e resoluções, inclusive para avaliar em conjunto as eventuais dificuldades para essa implantação:

**E131b102:** Quando o Conselho aponta, ele está, ele está decidindo a partir daquilo que tecnicamente é importante e para a implementação de ações de políticas de saúde que são necessárias para salvar a vida das pessoas, para cuidar a vida das pessoas. Então o que o ministério tem que fazer? Discutir com a equipe técnica e dar um retorno, inclusive porque que não foi possível. Às vezes por algum motivo não é possível executar, mas tem que voltar e dizer para o conselho porque é que não foi possível executar, e daí o conselho vai avaliar isso.

- b) O CNS poderia estabelecer procedimentos de natureza política, administrativa ou jurídica para cobrar o descumprimento de suas resoluções e recomendações pelo MS:

**E121b33-34:** Então, talvez uma recomendação ou resolução do Conselho Nacional de Saúde dizendo o que fazer quando se tem o descumprimento das deliberações das instâncias do controle social nas três esferas de governo, isso facilitaria muito inclusive para o debate na capilaridade. Por exemplo, nessa recomendação ou resolução houvesse essa orientação para que as entidades conselheiras que têm CNPJ pudessem entrar com ação ou denúncia contra o gestor por improbidade administrativa, contando com a assessoria jurídica do Conselho para esse fim.

**E121b32-36:** Falta um regramento mais específico, algumas regras mais delineadas em torno de prazos a serem cumpridos inclusive pelo próprio controle social. Então, talvez criar esses protocolos, criar uma resolução com os processos de trabalho melhor estabelecidos em todas as etapas, como se fosse uma auditoria, para que seja repassado, seria importante.

**E181a99:** A grande questão é que ou a gente analisa as medidas corretivas apresentadas, inclusive aquelas que se repetem ao longo do tempo, para que disto possa nascer algum tipo de intervenção política mais efetiva junto aos órgãos de controle interno e externo do governo, ou a gente vai continuar com medidas inócuas de caráter político e que nem sempre, enquanto resolução ou recomendação, são sequer assinadas pelo Ministério da Saúde, não são sequer incorporadas, porque aquilo que não lhe convém.

**E131b37:** A gente precisava ter um acompanhamento disso: bom, foi encaminhado, vamos lá cobrar pra onde a gente encaminhou, encaminhou para o Tribunal de Contas, encaminhou para o Ministério Público. Bom, o que é que vocês estão fazendo? O Conselho Nacional de Saúde delibera sobre políticas de saúde, políticas inclusive econômicas e financeiras. Não foi aprovado. Porque a gente coloca também no documento todas as razões pelas quais não se aprovou, não é aleatoriamente que não se aprova. Então, esses órgãos que recebem sabem por que não foi aprovado e fizeram o quê? Eu acho que isso estar mais claro para o conjunto dos conselheiros. Parece que a gente meio que reprovou e deixa ali pra diante seguir o curso normal.

Outro aspecto para avaliar a eficácia do CNS decorrente da avaliação da execução orçamentária e financeira do MS foi verificar a existência de elementos do planejamento ascendente do SUS nas transferências de recursos para estados, Distrito Federal e municípios de forma associada aos procedimentos eventualmente

realizados em conjunto com os conselhos estaduais e municipais de saúde nessa análise e à fiscalização do cumprimento das diretrizes estabelecidas na 16ª Conferência Nacional de Saúde pelo MS nessa execução.

As transferências do Fundo Nacional de Saúde para estados e municípios são analisadas pelo CNS tanto por unidade da federação e pelos componentes dos blocos de financiamento estabelecidos pela Portaria 3992/2017 – manutenção e estruturação – apresentados no RAG, como pelos valores per capita levantados pela COFIN/CNS durante a análise preliminar realizada previamente ao envio para as comissões temáticas.

Essas transferências financeiras representaram aproximadamente 70% do valor total das despesas federais empenhadas com ações e serviços públicos de saúde em 2020, considerando os dados das Tabelas B1 e B9 do parecer conclusivo do CNS sobre o RAG 2020 (CNS, 2021, p. 9;23).

Isso indica, de um lado, o cumprimento da diretriz constitucional da descentralização das ações e serviços de saúde no âmbito do SUS, e de outro lado, que a avaliação dessa execução pelo CNS pelos níveis de empenho e de liquidação da despesa não contém elementos de como esses recursos foram aplicados de forma descentralizada pelas unidades de saúde estaduais e municipais, cuja tarefa é responsabilidade dos Conselhos de Saúde que atuam junto a esses Entes da Federação.

A abordagem dos entrevistados sobre as transferências financeiras do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais de saúde no contexto do planejamento ascendente do SUS e o envolvimento dos conselhos estaduais e municipais na avaliação dessa parte da execução orçamentária e financeira do MS realizada pelo CNS evidenciaram que:

- a) O processo de planejamento ascendente do SUS apresenta deficiências e não aparece claramente no RAG do MS e no parecer conclusivo do CNS:

**E033c13:** Com relação a essa questão do planejamento ascendente, eu acho que tem as conferências, tem toda uma vontade que não é refletida naquilo que se disse que pretendia fazer, mas também não é no relatório de gestão, na avaliação que a COFIN faz não é avaliada muito detalhadamente.

**E162c82-83:** A gente sabe que a história do planejamento ascendente ainda é uma letra meio morta da lei, alguns tentam fazer mas não há uma coordenação

nesse aspecto até para poder fazer essa avaliação do relatório anual de gestão, porque eu não creio que a gente consiga aprovar um bom plano de saúde, uma programação anual de saúde, e depois não fazer o link com o relatório anual de gestão.

E061a22-85: Acho que o planejamento ascendente é o da conferência, a conferência ouviu todo mundo. E daí o Plano Nacional de Saúde tem que observar as diretrizes da conferência, que também não pode ser quinhentas mil diretrizes, tem que ser enxutas.

- b) Não há integração entre os Conselhos Nacional, estaduais e municipais de saúde nessa avaliação dos recursos financeiros transferidos:

E153c 78: Porque a sociedade não quer saber se eu pago 3 bilhões 579 milhões do MAC, 1 bilhão 792 milhões do piso da atenção primária. Mas eu acho que, para o controle social, a importância maior é se o medicamento que ele necessita lá no município que seja entregue pela poder público; se não está sendo entregue, se é um problema da esfera federal, se é um problema da esfera estadual ou se é municipal. Para isso a Lei 8142/90 exige que tenha os Conselhos de Saúde estaduais e municipais.

E061a22-85: Na medida em que os conselhos estaduais consigam também ter uma eficiência nessas análises e apontem coisas que seriam importantes que o Conselho Nacional também tivesse conhecimento e fizesse uma interação ou vice-versa, aquilo que o Conselho Nacional tem e que pode ajudar, acho que é positivo isso.

E162c82-83: Mas a gente precisaria ter uma integração pelo menos com os conselhos estaduais, e com os conselhos das capitais ou dos grandes municípios. E aí precisaria ter uma coisa que não existe nem no nível federal, nem no nível estadual, que é uma integração, tu poder saber o que os conselhos estão avaliando, validando, para que a gente pudesse fazer uma análise em cima do que nós estamos produzindo aqui como análise do desempenho federal. A gente não tem a menor ideia disso.

E112a88: O que a gente consegue operar é um acompanhamento da execução federal, da execução financeira federal. Do sistema, a gente está ainda muito longe de conseguir operar esse processo.

E181a87: Porque nós temos uma estratégia chamada simbolicamente de rede de conselhos do SUS, que em termos de comunicação uniria o Conselho Nacional aos 27 conselhos estaduais e do Distrito Federal e a todos os Conselhos Municipais de Saúde do Brasil. No entanto, isto não é utilizado, de certa forma, no seu devido valor, na sua devida magnitude, para ampliar a autonomia política do Conselho Nacional de Saúde frente a resoluções que precisam obrigatoriamente ser incorporadas pelas demais esferas do controle social.

E141a 39: Quando a gente ganha muito o Conselho Estadual e os conselhos de capitais pra trabalhar juntos no sentido de fazer esse monitoramento, não apenas do que lhe é cabido na parte do município ou na parte do Estado, mas também do que vem dos outros entes pra eles, isso é muito importante. Se tivesse uma interação mais próxima disso, olha, eu acho que a gente ganharia muito, muito mesmo, ganharia bastante dentro dessa perspectiva. E os Estados e os municípios estão muito abertos para isso.

**E173c 27: Não é só você mandar o dinheiro, não é. O gestor tem que fazer a parte dele, tem que estar estruturado. Mas olha só, o planejamento é ascendente. Ele vem do município vai para o estado e chega no governo federal. Então, quando você faz esse planejamento pressupõe-se que tudo o que está ali foi acordado na CIT. Quantas UBS ou quantas UPA's foram construídas que o gestor não quer mais porque não tem como manter?**

- c) A avaliação das transferências de recursos para os Estados, Distrito Federal e municípios no âmbito do SUS que consta no parecer conclusivo do CNS subsidia a avaliação dos conselhos estaduais e municipais sobre os recursos recebidos pelos respectivos gestores do SUS:

**E121b 88 - A forma como o Conselho Nacional tem feito essas apresentações e essa análise, inclusive com as transferências de recursos para as outras esferas governamentais, acaba ajudando muito, inclusive para a análise dos conselhos estaduais e municipais, porque eles recebem, olha, isso foi transferido.**

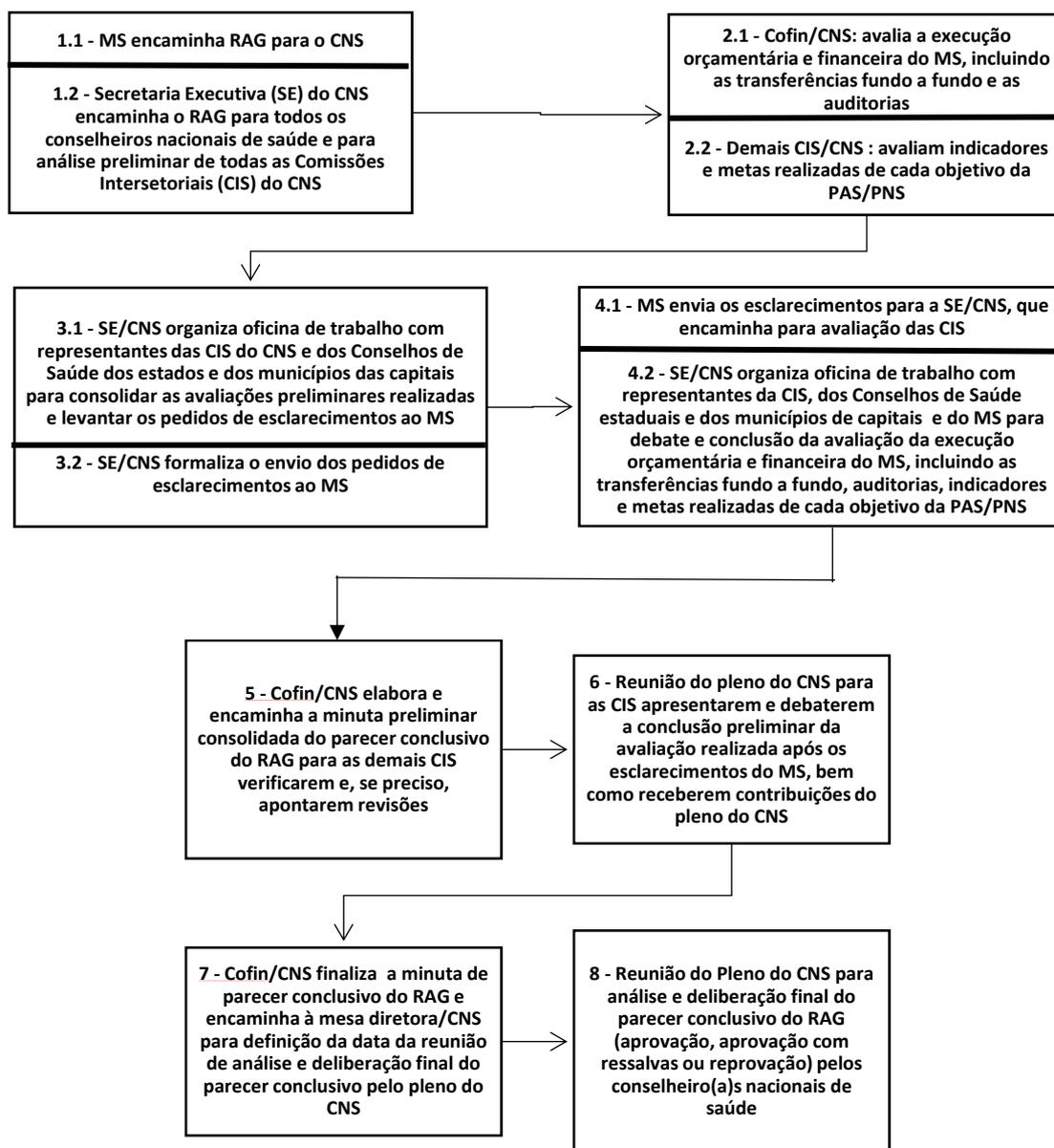
#### 4.4. Sobre o Objetivo "d"

O objetivo específico "d" desta pesquisa foi delinear um modelo representativo da estrutura de procedimentos necessários para que o CNS exerça plenamente seu papel propositivo e fiscalizador no processo de avaliação da execução orçamentária e financeira do MS.

A formatação de uma nova estrutura de procedimentos para o CNS avaliar a execução orçamentária e financeira do MS pode contribuir para a revisão parcial dos procedimentos informais atualmente adotados que foram identificados nesta pesquisa e, como consequência, para suprir parcialmente a lacuna da legislação sobre isso.

Buscou-se a sistematização dos resultados anteriormente analisados para subsidiar a elaboração de um novo modelo de estrutura de procedimentos para a avaliação da execução orçamentária e financeira do MS. Para isso, inicialmente, foi feito um novo desenho ou um redesenho das etapas do processo de análise do RAG pelo CNS (para substituir o modelo informal atualmente em vigor), ilustrado na Figura 9.

**Figura 9 – Redesenho das Etapas e Eventos do Processo de Análise do RAG pelo CNS**



Fonte: Adaptado de Figura 8.

Esse redesenho procurou contemplar as propostas de aprimoramento que os entrevistados apresentaram para esse processo de avaliação.

A Etapa 1 apresenta dois eventos: o primeiro (1.1) é o encaminhamento do RAG do MS para o CNS e o segundo (1.2) é a distribuição do RAG do MS para análise

de todas as comissões intersetoriais do CNS. Este último introduz um procedimento novo sugerido nas entrevistas, porque atualmente o encaminhamento inicial era somente para a COFIN/CNS, o que permitiria que as demais comissões intersetoriais do CNS antecipassem o início das análises das metas de cada objetivo da PAS/PNS (evento 2.2) de forma simultânea com a análise da execução orçamentária e financeira do MS sob a responsabilidade da COFIN/CNS (evento 2.1).

Essa nova estruturação de procedimentos das Etapas 1 e 2 contempla parcialmente a análise realizada no objetivo específico “b” e pode contribuir para o aprofundamento da análise por todas as comissões, bem como para reduzir o tempo total do processo de avaliação da execução orçamentária e financeira do MS, neste caso, aumentando a eficiência do CNS. Considerando as análises realizadas no objetivo específico “c”, além do aumento da eficiência do controle social, a mudança promovida nessas duas etapas pode trazer também aumento da eficácia do CNS, em razão da possibilidade temporal do MS realizar ajustes na gestão orçamentária e financeira no ano seguinte ao do RAG analisado, em atendimento às recomendações advindas dessa avaliação do CNS.

O redesenho das Etapas 3 e 4 também contempla parcialmente a análise realizada no objetivo específico “b” e reforça a possibilidade de aumento da eficiência e eficácia do CNS e de incorporação das referências do planejamento ascendente na fase de avaliação da execução orçamentária e financeira do MS, aspectos analisados no objetivo específico “c”, pois:

- a) Cria uma dinâmica de elaboração coletiva e integrada da minuta preliminar de parecer conclusivo sobre o RAG (evento 3.1), na medida que será fruto da reflexão realizada simultaneamente por todas as comissões, em substituição ao modelo em vigor em que a COFIN/CNS elabora essa minuta preliminar previamente à análise das demais comissões;
- b) Incorpora nessa dinâmica a representação dos Conselhos de Saúde dos estados, Distrito federal e dos municípios das capitais (eventos 3.1 e 4.2), atualmente não envolvidos nesse processo, o que também contribui para aprofundar o conteúdo do parecer conclusivo mediante a utilização de dados, informações e indicadores locais e regionalizados de saúde relacionados à aplicação dos recursos que foram transferidos do Fundo

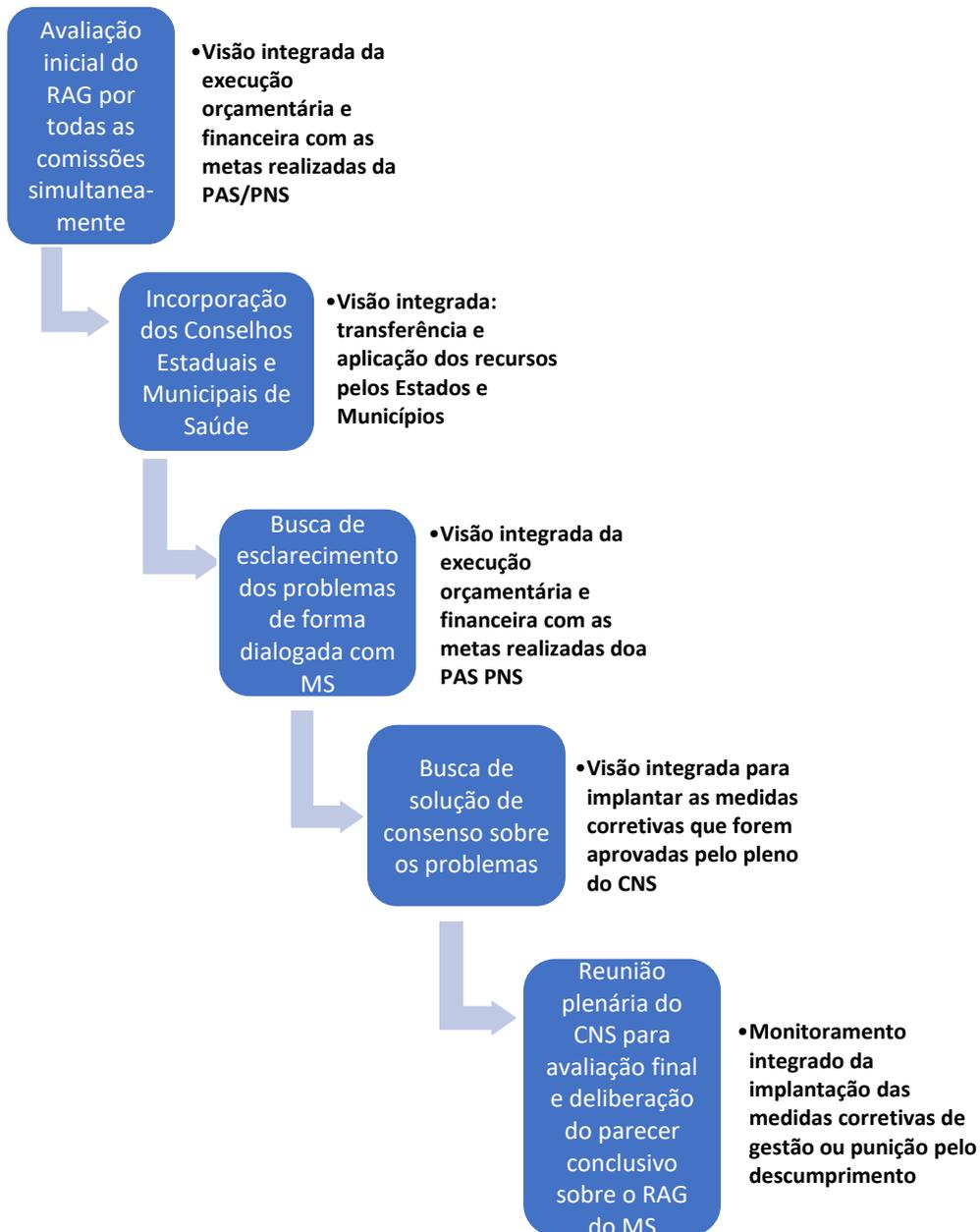
Nacional de Saúde para os respectivos fundos estaduais e municipais e de outras despesas (como alguns medicamentos) cujas compras são centralizadas para distribuição para esses entes subnacionais.

- c) Permite ampliar a busca de esclarecimentos sobre aspectos avaliados no RAG de forma dialogada entre as comissões intersetoriais, as representações dos Conselhos de Saúde dos estados, Distrito Federal e dos municípios das capitais e diferentes áreas técnicas do MS (eventos 3.1 e 4.2), substituindo o modelo atualmente em vigor em que a resposta do MS aos pedidos de esclarecimento (eventos 3.2 e 4.1) ocorre por meio das respostas individualizadas de cada área técnica no processo eletrônico (cuja sigla é SEI), segundo informação da coordenação da COFIN/CNS.
- d) Essa interação aumenta a probabilidade de incorporação das recomendações do CNS para a gestão orçamentária e financeira do MS, o que representa o aumento da eficácia do CNS em comparação ao que ocorre atualmente, pois esse procedimento possibilita encontrar medidas corretivas de gestão que superem impedimentos de ordem burocrática e de outras regulamentações da área econômica do governo.

As Etapas 5 a 8 não apresentam mudanças de procedimentos em comparação ao modelo atualmente vigente, mas houve adaptações de redação e introdução de numeração para compatibilizar com as alterações promovidas nas Etapas 1 a 4.

Em síntese, os avanços procedimentais decorrentes dessa investigação estão relacionados aos aspectos ilustrados na Figura 10.

**Figura 10 – Propostas Principais de Revisão dos Procedimentos do CNS na Análise do RAG**



Fonte: Elaboração própria.

Elaborou-se o Quadro 6 com a sistematização dos resultados das análises da documentação, dos questionários aplicados e das entrevistas realizadas sobre os problemas do parecer conclusivo e as propostas de aprimoramento para o processo de avaliação que o CNS sobre a execução orçamentária e financeira.

### Quadro 6 – Problemas Identificados no Parecer Conclusivo do CNS e Propostas de Aprimoramento do Processo de Avaliação do RAG

| O parecer conclusivo do CNS não contemplou ou contemplou parcialmente   | Propostas de Aprimoramento   |
|---|--|
| Atendimento às necessidades de saúde da população, com acesso universal e atenção integral à saúde  | Incorporar outros indicadores além dos orçamentários e financeiros   |
| Utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades e alocação de recursos orçamentários  | Incorporar outros indicadores além dos orçamentários e financeiros   |
| Cumprimento ou não da legislação do SUS na utilização dos recursos transferidos para Estados e municípios e a suspensão de transferências nesses casos  | Criar mecanismos de participação dos conselhos estaduais e municipais na avaliação da execução orçamentária e financeira do MS realizada pelo CNS, especialmente das transferências fundo a fundo  |
| Prestação de cooperação técnica e financeira para modernização dos fundos de saúde dos estados, Distrito Federal e municípios   | Incorporar outros indicadores além dos orçamentários e financeiros   |
| Gestão descentralizada e Planejamento ascendente, pactuações firmadas na CIT e critérios de transferências de recursos financeiros  | Incorporar outros indicadores além dos orçamentários e financeiros<br>Criar mecanismos de participação dos conselhos estaduais e municipais na avaliação da execução orçamentária e financeira do MS realizada pelo CNS, especialmente das transferências fundo a fundo  |
| Avaliação dos conselhos estaduais e municipais de saúde sobre a aplicação dos recursos de transferências do Fundo Nacional de Saúde   | Criar mecanismos de participação dos conselhos estaduais e municipais na avaliação da execução orçamentária e financeira do MS realizada pelo CNS, especialmente das transferências fundo a fundo  |
| Denominações não técnicas das classificações das respectivas faixas percentuais dos níveis de empenho e de liquidação   | Adotar critérios para avaliar a execução orçamentária e financeira das despesas sazonais diferentemente das despesas de natureza regular e continuada  |
| Níveis de empenho e liquidação são indicadores insuficientes para aferir o atendimento das necessidades de saúde da população, a alocação adequada de recursos orçamentários e a execução de contratos de natureza plurianual             | Criar GT composto por representantes do CNS e do MS para aprofundar análise dos casos de baixa execução orçamentária e financeira do MS<br>Adotar critérios para avaliar a execução orçamentária e financeira das despesas sazonais diferentemente das despesas de natureza regular e continuada   |
| Ritmo da execução da despesa ao longo do ano não é linear, portanto os níveis de empenho e liquidação são mais adequados para a análise da execução anual em comparação às análises da execução quadrimestral das despesas                | Adotar critérios para avaliar a execução orçamentária e financeira das despesas sazonais diferentemente das despesas de natureza regular e continuada  |
| Não há o estágio de andamento das auditorias  | Incorporar outros indicadores além dos orçamentários e financeiros   |
| Não há informações detalhadas sobre a execução orçamentária e financeira das emendas parlamentares  | Incorporar outros indicadores além dos orçamentários e financeiros<br>Adotar critérios para avaliar a execução orçamentária e financeira das despesas sazonais diferentemente das despesas de natureza regular e continuada  |
| Os apontamentos, medidas corretivas de gestão e demais recomendações e resoluções do CNS referentes à gestão orçamentária e financeira não são adotadas pelo MS e o CNS não monitora a adoção dessas recomendações deliberadas pelo pleno | Criar GT composto por representantes do CNS e do MS para acompanhar a implantação das resoluções e recomendações deliberadas pelo CNS e, no caso de algum tipo de impossibilidade, submeter para nova análise do pleno do CNS<br>Implantar procedimentos para punição dos gestores que descumprirem sistematicamente a legislação do SUS e as normas das recomendações e resoluções do CNS |
| Não há informação que relacione a execução orçamentária e financeira do MS com as diretrizes da 16ª Conferência Nacional de Saúde   | Incorporar outros indicadores além dos orçamentários e financeiros   |
| Caráter didático da apresentação dos dados referentes a valores, apesar da metodologia das cores ter facilitado muito a compreensão dos conselheiros de saúde   | Substituir algumas tabelas por gráficos e ampliar a comparação de dados de vários anos.<br>Aumentar as formas de capacitação dos conselheiros para a avaliação da execução orçamentária e financeira,  |

|  |   |
|--|---|
|  | inclusive com videoaulas de atividades específicas, como é o caso da análise do RAG |
|--|---|

Fonte: Elaboração própria

A comparação sistematizada nesse quadro traz elementos que podem subsidiar o aprofundamento de conteúdo tanto do RAG do MS, quanto do parecer conclusivo do CNS, enfrentando assim as críticas feitas por alguns entrevistados sobre o caráter superficial desses dois documentos, referentes aos dados e informações da execução orçamentária e financeira apresentados pelo primeiro, e a consequente avaliação dessa execução feita pelo segundo.

O novo modelo representativo da estrutura de procedimentos necessários para que o CNS exerça plenamente seu papel propositivo e fiscalizador no processo de avaliação da execução orçamentária e financeira do MS deve inserir no parecer conclusivo do RAG, além das propostas anteriores, avaliações complementares sobre os aspectos a seguir apresentados, cujos dados e informações precisam fazer parte do RAG do MS, que é a fonte utilizada pelo CNS para esse fim:

- a) Não há procedimentos especificamente definidos para o CNS cumprir a LC 141/2012 sobre para avaliação dos valores das transferências de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde.

Os critérios de transferências de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde deveriam ser analisados e deliberados pelo CNS, que por sua vez, para isso, deveria receber da CIT o que foi pactuado para esse fim.

Identificou-se nas entrevistas que o CNS não recebe, para análise e deliberação, a informação sobre esses critérios pactuados pela CIT, nem sobre outras pactuações de lá sobre o orçamento e financiamento federal do SUS. Também não recebe informações sobre os critérios adotados atualmente pelo MS para transferências de recursos, nem o detalhamento sobre os valores que integram a programação orçamentária dessas transferências segundo cada ente subnacional, o que está em desconformidade com o marco constitucional-legal do SUS.

Para essa aprovação, o CNS deveria verificar se essa metodologia ou critério de rateio atende ao objetivo constitucional (Parágrafo 3º do artigo 198) de

progressiva redução das disparidades regionais, bem como às “necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde”, além de outros aspectos incluídos no artigo 35 da Lei 8080/90, relacionados à rede de saúde e de serviços ofertados, ao “desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior”, incluindo a participação setorial nos orçamentos de cada esfera de governo, à “previsão do plano quinquenal de investimentos da rede” e ao “ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo”. O CNS deveria analisar também se as transferências que estão programadas e executadas no orçamento atendem esses dispositivos legais e se há indicadores estabelecidos pelo MS para aferir a desigualdade a ser reduzida.

- b) O crescimento da demanda por ações e serviços públicos sociais agrava o quadro do subfinanciamento crônico dessas políticas. Essa situação, segundo Costa e Castanhar (2003), requer a obtenção de maior eficiência nos investimentos sociais a ser obtido por meio de avaliação permanente dos programas dessas áreas.

Considerando que cerca de 70% do orçamento do MS são transferências para Estados e Municípios, o MS precisaria apresentar no RAG que tipo de monitoramento realiza junto aos gestores estaduais e municipais sobre a aplicação desses recursos para a avaliação do CNS. Esta avaliação do CNS, por sua vez, precisa incorporar também a avaliação dos conselhos estaduais e municipais de saúde sobre a aplicação dos recursos oriundos do Fundo Nacional de Saúde, o que está contemplado no redesenho das Etapas 3 e 4 da Figura 9.

Por fim, a limitada estrutura organizacional da COFIN/CNS combinada com o caráter voluntário da atuação dos conselheiros nacionais de saúde para o exercício do controle social no processo de avaliação da execução orçamentária e financeira do SUS é um problema que compromete a eficiência e a eficácia do CNS. Mas isso pode ser enfrentado, conforme identificado nas entrevistas, com a continuidade das ações que o CNS está desenvolvendo para ter autonomia no levantamento de dados

e informações e para a sistematização da análise desses dados e geração de relatórios de maior impacto e interesse para o controle social.

## 5. Conclusão

O objetivo geral desta pesquisa foi identificar e analisar o processo de avaliação ou controle social da gestão orçamentária e financeira do MS pelo CNS, a partir dos procedimentos adotados para elaboração do parecer conclusivo com base nos dados e nas informações apresentadas no RAG.

Identificou-se que não havia procedimentos estabelecidos pela legislação, nem formalmente pelo CNS, para essa avaliação. O conteúdo do RAG foi aprovado por resolução do CNS e implantado por portaria do MS. Nesses atos administrativos oficiais, não há definição de procedimentos específicos para que o conteúdo do RAG contemple na prestação de contas da gestão orçamentária e financeira do MS o cumprimento das deliberações da conferência nacional de saúde, cujas diretrizes aprovadas deveriam servir de referência para o processo de planejamento ascendente do SUS.

Identificou-se a inexistência de detalhes sobre esses aspectos no conteúdo do RAG 2020, especialmente no tópico que trata da execução orçamentária e financeira das transferências do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais e municipais. No parecer conclusivo do CNS decorrente da análise do RAG, há referência genérica de não cumprimento das diretrizes da 16ª Conferência Nacional de Saúde, aspecto que foi mencionado por alguns entrevistados e compatível com o resultado das respostas do questionário sobre esse quesito – o parecer conclusivo do CNS contemplou parcialmente essas diretrizes na análise da execução orçamentária e financeira do MS.

Os procedimentos considerados nesta pesquisa envolveram os processos de trabalho e respectivos fluxos adotados informalmente pelo CNS para análise dos dados e informações contidos no RAG 2020 sobre a execução orçamentária e financeira desse ano e para a elaboração do respectivo parecer conclusivo pelas comissões intersetoriais do CNS, encaminhado para deliberação dos conselheiros nacionais de saúde em reunião plenária com ponto de pauta específico para esse fim.

A caracterização do modelo operacional adotado pelo CNS a partir da identificação desses procedimentos informais para avaliação da execução orçamentária e financeira do MS revelados por esta pesquisa evidenciaram, de um lado, a solução encontrada pelo CNS para cumprir as atribuições estabelecidas para o exercício do papel propositivo e fiscalizador dessa instância do controle social no marco legal-constitucional do SUS e, de outro lado, os problemas existentes nessa solução que restringem o cumprimento desse mesmo papel pelo CNS e as possíveis medidas para aprimorar esse processo e reduzir parcialmente esses problemas.

Um dos procedimentos que o CNS adotou para a avaliação da execução orçamentária e financeira do MS foi criar dois indicadores: nível de empenho e nível de liquidação da despesa. Esses indicadores possuem faixas de percentuais, calculadas em relação ao valor total da dotação atualizada, para classificar a execução de despesa como adequada, regular, inadequada, intolerável e inaceitável.

Cada uma dessas classificações recebeu uma cor específica, o que, para a maioria dos entrevistados, contribuiu para a interpretação dos resultados dessa execução orçamentária e financeira do MS. Constatou-se que foi positiva essa solução do CNS de combinar procedimentos de ordem técnica com a introdução de aspectos lúdicos para o exercício do controle social, uma vez que não há pré-requisito de formação técnica específica na área de avaliação de gestão para a escolha dos conselheiros nacionais de saúde.

O Quadro 6 consolidou e sistematizou a maior parte desses problemas e medidas propostas para aprimorar esses procedimentos do CNS a partir dos subsídios dos entrevistados, bem como a Figura 9 apresentou o redesenho das novas etapas do processo de análise do RAG pelo CNS (que poderá substituir o modelo informal atualmente em vigor). A implantação desses aprimoramentos, em termos de conteúdo do parecer conclusivo do CNS, requer que os dados e informações relacionados a essas propostas estejam presentes no RAG para subsidiar a análise do CNS

Com isso, avaliação da gestão orçamentária e financeira do MS pelo CNS deve integrar os seguintes aspectos: (i) a execução das despesas pelos níveis de empenho e liquidação, incluindo indicadores sobre a aplicação pelos estados, Distrito Federal e municípios das transferências do Fundo Nacional de Saúde para os respectivos

fundos de saúde; (ii) indicadores que combinem a realização das metas da PAS/PNS com essa execução orçamentária e financeira e com a avaliação da aplicação dos recursos federais transferidos na modalidade fundo a fundo; e (iii) as necessidades de saúde da população que não foram atendidas com essa execução, o que poderá contribuir para os estudos sobre o dimensionamento do volume e da alocação de recursos necessários ao financiamento das ações e serviços de saúde, de modo a garantir o atendimento prestado à população de acordo com o princípio constitucional da saúde como um direito de cidadania.

Os resultados desta pesquisa evidenciaram que o CNS é eficiente na análise da gestão orçamentária e financeira do CNS e na elaboração do respectivo parecer conclusivo, o que possibilita o aprimoramento da gestão ainda dentro do ano subsequente ao do relatório que foi objeto de análise. O aumento da eficiência do CNS nesse processo dependerá de uma ampliação da atual estrutura técnica, administrativa, organizacional e tecnológica para o exercício do controle social.

Porém, os resultados da pesquisa permitem concluir que o CNS é pouco eficaz nessa avaliação da gestão orçamentária e financeira do MS, na medida que o gestor federal do SUS não tem incorporado a maioria das recomendações e medidas corretivas de gestão indicadas pelo controle social a partir da avaliação do RAG.

Os resultados dessa pesquisa apontaram para a necessidade de procedimentos de integração de todas as comissões intersetoriais do CNS com as áreas técnicas do MS (inclusive a orçamentária e financeira) para buscar esclarecimentos dialogados de forma direta sobre problemas identificados na gestão orçamentária e financeira, de modo a monitorar conjuntamente a implantação das medidas deliberadas pelo CNS ou, caso exista algum impedimento de ordem técnica, administrativa ou política, buscar alternativas em conjunto para cumprir a decisão do controle social.

Além disso, é preciso que o marco constitucional-legal do SUS estabeleça medidas punitivas para os casos de descumprimento das deliberações do CNS, que é a instância máxima de deliberação do SUS na esfera federal de governo, pois sem isso o controle social fica numa situação secundária em comparação aos órgãos de controle interno e externo da gestão pública, como foi abordado por alguns

entrevistados – parece que a obrigação de cumprir as determinações da Controladoria Geral da União (CGU) e do TCU, diante do risco de aplicação de multas e outras punições, é considerada mais necessária que cumprir aquelas fixadas pelo CNS ou pela Conferência Nacional de Saúde, instâncias legais representativas da diretriz constitucional da participação da comunidade no SUS.

Constatou-se nas entrevistas que esse parecer conclusivo do CNS deveria incorporar a avaliação que os conselhos estaduais e municipais de saúde fazem sobre a aplicação dos recursos oriundos das transferências do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais e municipais, o que contribuiria para um aprofundamento da abordagem desse parecer.

A análise dos conteúdos do RAG e do parecer conclusivo do CNS evidenciou que, atualmente, a avaliação dessas transferências aborda os valores de empenho e de liquidação pelo valor total dessas despesas do Fundo Nacional de Saúde e a composição dessas transferências por Unidade da Federação (inclusive em termos agregados para os respectivos municípios) segundo os blocos de financiamento (manutenção e estruturação), com os respectivos grupos componentes (atenção básica, média e alta complexidade, assistência farmacêutica, vigilância em saúde, alimentação e nutrição, gestão do SUS, investimentos) e para enfrentamento da Covid. Adicionalmente, no parecer conclusivo do CNS, há também a avaliação dos valores per capita dessas transferências e dos níveis de empenho e de liquidação em termos agregados.

Os resultados desta pesquisa apontaram que há necessidade de o CNS implantar procedimentos que envolvam a participação de representantes dos conselhos estaduais e municipais de saúde na avaliação da execução orçamentária e financeira do MS com a incorporação das respectivas avaliações realizadas sobre a aplicação dos recursos oriundos dessas transferências fundo a fundo no âmbito do SUS.

Nessa perspectiva, ficou evidenciada também a necessidade de inclusão no RAG das informações sobre os critérios e metas pactuadas na CIT para a transferência desses valores, bem como o encaminhamento dessas pactuações para deliberação do CNS, procedimento legalmente estabelecido e ainda não efetivado.

Sem essas informações, que é um dos meios para avaliar o caráter tripartite da gestão do SUS, fica limitado o cumprimento do papel fiscalizador do controle social.

Esse conjunto de procedimentos indicados para o aprimoramento do controle social sobre a gestão orçamentária e financeira do MS pode subsidiar a incorporação de novos dados e informações no RAG do MS e, com isso, criar condições para aprofundar o conteúdo analítico do respectivo parecer conclusivo do CNS demandado por alguns entrevistados.

Além disso, considerando elementos obtidos nas entrevistas, pode subsidiar também a elaboração dos conteúdos programáticos de oficinas de trabalho para aprimorar a capacitação dos conselheiros de saúde das três esferas de governo nas avaliações dos respectivos RAG e para realização de videoaulas específicas sobre esses procedimentos, facilitando o acesso e interação desses conselheiros com a plataforma da rede conselhos SUS implantada recentemente.

O presente estudo tem uma natureza exploratória e deve ser aprofundado por outros com abordagens semelhantes ou com abordagem quantitativa. Várias hipóteses podem ser extraídas desta pesquisa, sendo algumas delas relevantes para verificação em outros estudos, como por exemplo, investigar em que medida o problema das necessidades de saúde da população ainda não atendidas, ou atendidas parcialmente, com os recursos orçamentários atualmente existentes nas três esferas de governo, poderia ser resolvido pela combinação do aprimoramento da gestão com a alocação de recursos adicionais para o SUS. Neste último caso, dimensionar quanto seria o valor adicional necessário a partir da quantificação das despesas com ações e serviços públicos de saúde para a solução desse problema e para o cumprimento do princípio constitucional que estabelece a saúde como um direito de todos a ser garantido pelo Estado, cujas ações e serviços devem ser consideradas de relevância pública.



## REFERÊNCIAS

AFONSO, J. R. Federalismo Fiscal Brasileiro: uma visão atualizada. **Caderno Virtual IDP**, v. 1, n. 34, [24] p. 2016. Disponível em: [https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:f8a6laN0E\\_cJ:https://www.portaldeperiodicos.idp.edu.br/cadernovirtual/issue/download/157/4+&cd=17&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br](https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:f8a6laN0E_cJ:https://www.portaldeperiodicos.idp.edu.br/cadernovirtual/issue/download/157/4+&cd=17&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br) Acesso em: 11 ago. 2019.

ARAGÃO, E.; FUNCIA, F. R.. O SUS e as políticas de austeridade: o Brasil na contramão mesmo após a crise gerada pela pandemia da Covid-19. **Revista Brasileira de Planejamento e Orçamento (RBPO)**, Brasília, v. 11, n. 1, p. 50-61, 2021. Disponível em: [www.assecor.org.br/rbpo](http://www.assecor.org.br/rbpo) Acesso em: 12 fev. 2022.

ARRETCHE, M. **Democracia, federalismo e centralização no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FGV, Editora Fiocruz, 2012.

ARRETCHE, M. Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. In BARREIRA, M. C. R. N; CARVALHO, M. C. B. (org.). **Tendências e Perspectivas na Avaliação de Políticas e Programas Sociais**. São Paulo: IEE/PUC-SP; Cenpec, 2001. p. 43-56.

ARRETCHE, M; MARQUES, E. Condicionantes Locais da Descentralização das Políticas de Saúde. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (org.). **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 70. ed. São Paulo: Almedina Brasil, 2016.

BARROS, M. E. D.; PIOLA, S. F.. O financiamento dos serviços de saúde no Brasil. In: MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. (org.). **Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: ABrES; Brasília: MS, Departamento de Economia da Saúde, Investimento e Desenvolvimento, OPAS/OMS no Brasil, 2016, p.101-138.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 12 fev. 2022.

BRASIL. **Lei nº 8080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos

serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm). Acesso em: 4 mar. 2019, de

BRASIL. **Lei nº 8142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm). Acesso em: 4 mar. 2019.

BRASIL. **Lei Complementar nº 141**, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3o do art. 198 da CF para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. 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: 4 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Secretaria da Receita Federal do Brasil. **Carga Tributária no Brasil** (Edições referentes a 1998, 2002, 2006, 2015, 2016 e 2018). Disponível em: <http://receita.economia.gov.br/dados/receitadata/estudos-e-tributarios-e-aduaneiros/estudos-e-estatisticas/carga-tributaria-no-brasil/ctb-2018-publicacao-v5.pdf> Acesso em: 18 abr. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Orçamento e Finanças Públicas para Conselheiros de Saúde**. 2. edição. Brasília: MS, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde**. Brasília: Departamento de Economia da Saúde e Investimentos e Desenvolvimento, 2019. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/evolpercEC29.php> Acesso em: 4 abr. 2019.

BRASIL. Senado Federal. **Resolução 40/2001**. Dispõe sobre os limites globais para o montante da dívida pública consolidada e da dívida pública mobiliária dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, em atendimento ao disposto no art. 52, VI e IX, da Constituição Federal. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/norma/562458/publicacao/16433576>. Acesso em: 12 fev. 2022.

BRASIL. Senado Federal. **Resolução 43/2001**. Dispõe sobre as operações de crédito interno e externo dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, inclusive concessão de garantias, seus limites e condições de autorização, e dá outras providências. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/norma/582604/publicacao/16433616>. Acesso em: 12 fev. 2022.

BRESSER-PEREIRA, L. C. Capital e organização no capitalismo tecnoburocrático. **Tempo Social**, revista de sociologia da USP, v. 26, n. 2, nov. 2014.

BRESSER-PEREIRA, L. C. Estado, aparelho do Estado e sociedade civil. **Texto para Discussão 04**. Brasília: ENAP, 1995.

BRESSER-PEREIRA, L. C. **Reforma do Estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle**. Brasília: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1997.

BUCCI, M. P. D. Direito **Administrativo e Políticas Públicas**. São Paulo: Saraiva, 2002, 2. tiragem, 2006.

CAPELLA, A. C. N. Perspectivas Teóricas sobre o Processo de Formulação de Políticas Públicas. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (org.). **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

CNS - Conselho Nacional de Saúde. Comissão de Orçamento e Financiamento. **Oficina de Análise do RAG - Relatório Anual de Gestão**. Item 2 da Capacitação: Roteiro da Oficina para Conselheiros de Saúde sobre Orçamento e Financiamento do SUS. Realizada em Brasília, 22 out. 2019.

CNS - Conselho Nacional de Saúde. Modelo Padronizado de Relatório de Prestação de Contas. **Resolução 459/2012**. Disponível em [http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso\\_12.htm](http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_12.htm). Acesso em 12 fev. 2022.

CNS - Conselho Nacional de Saúde. Parecer Conclusivo sobre o RAG 2020. **Resolução 663/2021**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2021. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes-cns/resolucoes-2021/2084-resolucao-n-663-de-30-de-setembro-de-2021>. Acesso em 12 fev. 2022.

COHN, A. Descentralização, Saúde e Cidadania. **Lua Nova**. São Paulo, CEDEC, n. 32, 1994.

COSTA, A. M.; VIEIRA, N. A. Participação e controle social em saúde. In: FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/MS/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, v. 3. p. 237-271, 2013. Disponível em:

<http://books.scielo.org/id/98kjwt/pdf/noronha-9788581100173-08.pdf> Acesso em: 20 mar. 2020.

COSTA, F. L. da; CASTANHAR, J. C. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 37, n. 5, p. 969-992, 2003.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DOURADO, D. A.; ELIAS, P. E. M. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, SP, v. 45, n. 1, p. 204-211, 2011.

FERREIRA, M. G; NICKEL, D. A. **Organizational And Infrastructure Of Health Councils Through The Health Council Follow-Up System Data (Siacs)**. Jul./Dec. 2019. Disponível em: Web of Science Acesso em: 2 jan. 2021.

FLEURY, S. *et al.* Governança Local no Sistema Único de Saúde: a dimensão social. In: FLEURY, S. *et al.* **Democracia e inovação na gestão local da saúde**. Rio de Janeiro: Cebes / Editora FIOCRUZ, 2014. p. 291.

FUNCIA, F. R. Parâmetros referenciais para a análise da execução orçamentária e financeira das ações e serviços públicos de saúde. In: CONJUSCS – Observatório de Políticas Públicas, Empreendedorismo e Conjuntura. **4ª Carta de Conjuntura**, CONJUSCS. p. 38-41, out. 2018.

FUNCIA, F. R. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 24, n. 12, p. 4405-4414, 2019.

FUNCIA, F. R.; BRESCIANI, L. P. A Gestão Recente do SUS: Financiamento Restringido. In: ENCONTRO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA DA ANPAD – EnAPG, VIII., 2019, Fortaleza. **Anais [...]**. Maringá: ANPAD - Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração. Trabalho EnAPG217. Disponível em: [http://www.anpad.org.br/abrir\\_pdf.php?e=MjYwNzM=](http://www.anpad.org.br/abrir_pdf.php?e=MjYwNzM=) . Acesso em: 24 fev.2022.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2018.

HAIR JUNIOR, J. F. *et al.* **Fundamentos de métodos de pesquisa em administração**. Porto Alegre: Bookman, 2005.

HOBBSAWM, E. **A Era dos Extremos: o breve século XX - 1914/1991**. São Paulo, Companhia das Letras, 1995.

HOBBSAWM, E. La política de la identidad y la izquierda. **Nexos**, Mexico, n. 224, ago. 1996.

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. O CNS na Visão de seus Conselheiros. **Relatório de Pesquisa do Projeto Conselhos Nacionais: perfil e atuação dos conselheiros**. Brasília, Ipea, 2012.

KONDER, L. Ideias que romperam fronteiras. In: PINSKY, J.; PINSKY, C. B.(org.). **História da Cidadania**. São Paulo: Contexto, 2010.

LOTTA, G. A política pública como ela é: contribuições dos estudos sobre implementação para a análise de políticas públicas. In: LOTTA, G. (org.). **Teoria e análises sobre implantação de políticas públicas no Brasil**. Brasília: Enap, 2019.

LUCA, T. R. Direitos Sociais no Brasil. In: PINSKY, J.; PINSKY, C. B.(org.). **História da Cidadania**. São Paulo: Contexto, 2010.

MARINHO, A.; FAÇANHA, L. O. Programas Sociais: efetividade, eficiência e eficácia como dimensões operacionais da avaliação. **Texto para Discussão nº 787**. Rio de Janeiro: IPEA, abr. 2001.

MARQUES, R. M. Notas exploratórias sobre as razões do subfinanciamento estrutural do SUS. **Planejamento e Políticas Públicas**. Instituto de Pesquisa Aplicada. Brasília, n. 49, p. 35-53, jul./dez. 2017.

MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; OCKÉ-REIS, C. O. Desafios e perspectivas futuras no financiamento do SUS. In: MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. (org.). **Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: ABrES; Brasília: MS, Departamento de Economia da Saúde, Investimento e Desenvolvimento; OPAS/OMS no Brasil, 2016.

MARTINEZ, M. G; KOHLER, J. C. Civil society participation in the health system: the case of Brazil's Health Councils. **Globalization and Health**, v. 12, n. 64, DOI:10.1186/s12992-016-0197-1 Published: OCT 26 2016

MATIAS-PEREIRA, J. **Finanças Públicas**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

MENDES, A.; FUNCIA, F. R. O SUS e seu financiamento. In: MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. (org.). **Sistema de Saúde no Brasil**: organização e financiamento. Rio de Janeiro: ABrES; Brasília: MS, Departamento de Economia da Saúde, Investimento e Desenvolvimento, OPAS/OMS no Brasil, 2016. p. 139-168.

MS - Ministério da Saúde. **Portaria 2135/2013**. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: MS, 2013. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135\\_25\\_09\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html). Acesso em: 12 fev. 2022.

MS - Ministério da Saúde. **Relatório Anual de Gestão 2020**. Brasília: MS, 2021. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio\\_anual\\_gestao\\_rag\\_2020.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_anual_gestao_rag_2020.pdf). Acesso em: 12 fev. 2022.

MS - Ministério da Saúde. **Relatório de Prestação de Contas do 3º Quadrimestre de 2020**. Brasília: MS, 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mis-41047>. Acesso em 12 fev. 2022.

NORONHA J. C. *et al.* Notas sobre o futuro do SUS: breve exame de caminhos e descaminhos trilhados em um horizonte de incertezas e desalentos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 23, n. 6, p. 2051-2060, 2018.

OCKE-REIS, C. O. Sustentabilidade do SUS e renúncia de arrecadação fiscal em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 23, n. 6, p. 2035-2042, 2018.

OLIVEIRA, F. A. **Economia e Política das Finanças Públicas no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2009.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saudeomswho.html>. Acesso em: 2 abr. 2017.

PELLINEN, J. *et al.* Blame game or dialogue? Financial, professional and democratic accountabilities in a complex health care setting. **Accounting Auditing & Accountability Journal**, v. 31, n. 2, p. 626-650, 2018. DOI: 10.1108//AAAJ-03-2016-2449.

PIOLA, S. F.; BARROS, E. O financiamento dos serviços de saúde no Brasil. In: MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. (org.). **Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: ABrES; Brasília: MS, Departamento de Economia da Saúde, Investimento e Desenvolvimento, OPAS/OMS no Brasil, 2016. p. 101-138.

REZENDE, F.. **Finanças Públicas**, 2. ed. São Paulo, Ed. Atlas, 2001.

ROCHA, M. B; MOREIRA, D. C; BISPO, J. P. Health councils and participatory effectiveness: a performance assessment study. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 1, e00241718, 2020. DOI: 10.1590/0102-311X00241718.

SANO, H.; ABRUCIO, F. L. Promessas e resultados da nova gestão pública no Brasil: o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo. **RAE-Revista de Administração de Empresas**, [S. l.], v. 48, n. 3, p. 64–80, 2008. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rae/article/view/36670>. Acesso em: 1 mai. 2018.

SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, SP, v. 48, n. 4, p. 622-631, 2014.

SANTOS NETO, J. A. *et al.* Análise do financiamento e gasto do SUS dos municípios da região de saúde Rota dos Bandeirantes do estado de São Paulo, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 22, n. 4, p. 1269-1280, 2017.

SECCHI, L. Modelos organizacionais e reformas da administração pública. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 43, n. 2, p. 347-369, 2009.

SEN, A. K. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

SOUZA, C. Estado da Arte da Pesquisa em Políticas Públicas. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (org.). **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

SPINK, P.; BURGOS, F.; TEIXEIRA, M. A. Desafios da gestão no campo social. **GV Executivo**, São Paulo, v.17, n.1, jan./fev. 2018. Disponível em: [https://rae.fgv.br/sites/rae.fgv.br/files/gv\\_v17n1\\_ce4.pdf](https://rae.fgv.br/sites/rae.fgv.br/files/gv_v17n1_ce4.pdf). Acesso em: 1 mai. 2018.

TCU - Tribunal de Contas da União. **Acórdão 1130/2017**. Relator Bruno Dantas – Processo 011.770/2015-5 (Data da sessão 31 mai. 2017). Disponível em: <<https://contas.tcu.gov.br/pesquisaJurisprudencia/#/detalhamento/11/1130/NUMACORDAO%253A1130%2520ANOACORDAO%253A2017/DTRELEVANCIA%2520desc%252C%2520NUMACORDAOINT%2520desc/false/1/false>>. Acesso em: 17 abr. 2018.

VENTURA, M. M. O Estudo de Caso como Modalidade de Pesquisa. **Revista SOCERJ - Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, RJ, v. 20, n. 5, p. 383-386, set./out. 2007.

VIGNOLI, F. H. Legislação e execução orçamentária. In: ARVATE, P; BIDERMAN, C.. **Economia do Setor Público do Brasil**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

## Apêndice A

### QUESTIONÁRIO E TABULAÇÃO DAS RESPOSTAS

Considerando o parecer conclusivo do Conselho Nacional de Saúde sobre o RAG 2020 do MS, na sua opinião, o quanto esse parecer contemplou ou não cada item apresentado a seguir na análise da execução orçamentária e financeira do MS?

Para responder, utilize a escala de 1 a 7 pontos, sendo 1 para “não contemplou” e 5 para “contemplou plenamente

1.1

| Item de análise no RAG  | Alternativas            | n | %     |
|---|-------------------------|---|-------|
| Análise sobre "a realização das ações e serviços públicos de saúde com acesso universal, igualitário e gratuito em todos os níveis de assistência". | 1 Não contemplou        | 1 | 11,1  |
|   | 2                       | - | 0,0   |
|   | 3                       | - | 0,0   |
|   | 4                       | - | 0,0   |
|   | 5                       | 6 | 66,7  |
|   | 6                       | 2 | 22,2  |
|   | 7 Contemplou plenamente | - | 0,0   |
| Obs: Média Ilustrativa – 4,78   | Total                   | 9 | 100,0 |

| Nota | Comentário  |
|------|---|
| 1    | Não é passível de avaliação pelo modelo de relatório.   |
| 5    | A análise mostra a execução do orçamento somente do MS, não contempla o que acontece após o recurso chegar aos entes subnacionais. Neste caso fica valido somente sobre a aplicação direta realizada pelo MS. |
| 5    | Não há esse nível de detalhamento   |
| 5    | Para uma análise mais precisa, há a necessidade de verificação mais profunda das ações e serviços.  |
| 6    | Há necessidade de ampliar e qualificar a avaliação anual das ações previstas na PAS e no PNS.   |

## 1.2

| Item de análise no RAG  | Alternativas            | n | %     |
|---|-------------------------|---|-------|
| Análise sobre "a descentralização das ações e serviços públicos de saúde, com direção única em cada esfera de governo". | 1 Não contemplou        | 1 | 11,1  |
|   | 2                       | - | 0,0   |
|   | 3                       | - | 0,0   |
|   | 4                       | 1 | 11,1  |
|   | 5                       | 1 | 11,1  |
|   | 6                       | 5 | 55,6  |
|   | 7 Contemplou plenamente | 1 | 11,1  |
| Obs: Média Ilustrativa – 5,22   | Total                   | 9 | 100,0 |

| Nota | Comentário   |
|------|--|
| 1    | Não é passível de avaliação pelo modelo de relatório.  |
| 4    | Não dispomos de elementos e dados objetivos que nos permitam uma análise mais profunda.  |
| 6    | Contemplou no nível federal. Faltam informações dos entes subnacionais. Não há consolidação dos RAG's.   |
| 6    | Há necessidade de melhor avaliar os impactos anuais do modelo de descentralização da atenção, subfinanciado e com baixíssimos níveis de planejamento e gestão por parte do MS. |

## 1.3

| Item de análise no RAG  | Alternativas            | n | %     |
|---|-------------------------|---|-------|
| Análise sobre "a regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde". | 1 Não contemplou        | 1 | 11,1  |
|   | 2                       | - | 0,0   |
|   | 3                       | 1 | 11,1  |
|   | 4                       | 2 | 22,2  |
|   | 5                       | 4 | 44,4  |
|   | 6                       | 1 | 11,1  |
|   | 7 Contemplou plenamente | - | 0,0   |
| Obs: Média Ilustrativa – 4,22   | Total                   | 9 | 100,0 |

| Nota | Comentário  |
|------|---|
| 1    | Não é passível de avaliação pelo modelo de relatório.   |
| 4    | Mesma observação dos itens anteriores.  |
| 5    | Creio que não há uma análise detalhada adequada para identificar as discrepâncias regionais para propor correções na metodologia da distribuição de recursos segundo o que trata a LC 141/2012. |
| 5    | Não há esse nível de detalhamento   |
| 5    | Essas são duas diretrizes ainda carentes de melhor avaliação.   |

## 1.4

| Item de análise no RAG   | Alternativas            | n | %     |
|--|-------------------------|---|-------|
| Análise sobre "o atendimento integral à saúde da população, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais". | 1 Não contemplou        | 1 | 11,1  |
|  | 2                       | 1 | 11,1  |
|  | 3                       | - | 0,0   |
|  | 4                       | 2 | 22,2  |
|  | 5                       | 3 | 33,3  |
|  | 6                       | 2 | 22,2  |
|  | 7 Contemplou plenamente | - | 0,0   |
| Obs: Média Ilustrativa – 4,22  | Total                   | 9 | 100,0 |

| Nota | Comentário  |
|------|---|
| 1    | Não é passível de avaliação pelo modelo de relatório.   |
| 4    | Não há esse nível de aprofundamento na análise  |
| 5    | Creio que não há uma análise detalhada adequada para identificar as discrepâncias regionais para propor correções na metodologia da distribuição de recursos segundo o que trata a LC 141/2012. |
| 6    | As informações disponibilizadas nos permitem aferir com razoável precisão esse item.  |
| 6    | Há limites de análise da integralidade do atendimento tendo por base as deliberações do CNS relativas à necessidade de mudança do modelo de atenção, com prioridade para a Atenção Básica.      |

## 1.5

| Item de análise no RAG   | Alternativas            | n | %     |
|--|-------------------------|---|-------|
| Análise sobre "as resoluções e recomendações do Conselho Nacional de Saúde". | 1 Não contemplou        | 1 | 11,1  |
|  | 2                       | 2 | 22,2  |
|  | 3                       | 1 | 11,1  |
|  | 4                       | 1 | 11,1  |
|  | 5                       | 2 | 22,2  |
|  | 6                       | 1 | 11,1  |
|  | 7 Contemplou plenamente | 1 | 11,1  |
| Obs: Média Ilustrativa – 3,89  | Total                   | 9 | 100,0 |

| Nota | Comentário   |
|------|--|
| 1    | Não é passível de avaliação pelo modelo de relatório.  |
| 5    | Este ponto é fundamental. Creio que deveria haver uma interação maior entre o CNS e o MS em discutir os pontos fundamentais das resoluções e recomendações do CNS, para não ficar somente na tramitação de papéis e com isso não evoluir nas questões que se repetem ano após ano. |

## 1.6

| Item de análise no RAG  | Alternativas            | n | %     |
|---|-------------------------|---|-------|
| Análise sobre "as diretrizes aprovadas pela 16ª Conferência Nacional de Saúde". | 1 Não contemplou        | 1 | 11,1  |
|   | 2                       | 2 | 22,2  |
|   | 3                       | 1 | 11,1  |
|   | 4                       | 1 | 11,1  |
|   | 5                       | 2 | 22,2  |
|   | 6                       | 1 | 11,1  |
|   | 7 Contemplou plenamente | 1 | 11,1  |
| Obs: Média Ilustrativa – 3,89   | Total                   | 9 | 100,0 |

| Nota | Comentário  |
|------|---|
| 1    | Não é passível de avaliação pelo modelo de relatório.   |
| 5    | Uma tarefa complexa que demanda envolvimento direto das outras comissões.                                     |
| 6    | Há necessidade de ampliar a análise da interrelação entre as diretrizes da 16ª e os objetivos e metas do PNS. |

## 1.7

| Item de análise no RAG   | Alternativas            | n | %     |
|--|-------------------------|---|-------|
| Análise sobre "as diretrizes para o estabelecimento de prioridades aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde para integrar a Programação Anual de Saúde e a Função Orçamentária Saúde na Lei de Diretrizes Orçamentárias e na lei Orçamentária". | 1 Não contemplou        | 1 | 11,1  |
|  | 2                       | 1 | 11,1  |
|  | 3                       | 1 | 11,1  |
|  | 4                       | 1 | 11,1  |
|  | 5                       | 1 | 11,1  |
|  | 6                       | 4 | 44,4  |
|  | 7 Contemplou plenamente | - | 0,0   |
| Obs: Média Ilustrativa – 4,33  | Total                   | 9 | 100,0 |

| Nota | Comentário  |
|------|---|
| 1    | Não é passível de avaliação pelo modelo de relatório.                       |
| 6    | Uma demanda que teve a importante participação das outras comissões do CNS. |

1.8

| Item de análise no RAG   | Alternativas            | n | %     |
|--|-------------------------|---|-------|
| Análise sobre "o cumprimento dos objetivos e metas explicitados no Plano Nacional de Saúde e na Programação Anual de Saúde". | 1 Não contemplou        | - | 0,0   |
|  | 2                       | 1 | 11,1  |
|  | 3                       | - | 0,0   |
|  | 4                       | 2 | 22,2  |
|  | 5                       | 4 | 44,4  |
|  | 6                       | 1 | 11,1  |
|  | 7 Contemplou plenamente | 1 | 11,1  |
| Obs: Média Ilustrativa – 4,78  | Total                   | 9 | 100,0 |

| Nota | Comentário   |
|------|--|
| 2    | Não há indicadores objetivos que permitam tal avaliação no modelo de relatório empregado.  |
| 4    | Uma análise que não se limita à avaliação quantitativa, exigindo do Colegiado como um todo o impacto qualitativo na qualidade de vida da população e do Sistema nas três esferas de governo. |

1.9

| Item de análise no RAG  | Alternativas            | n | %     |
|---|-------------------------|---|-------|
| Análise sobre "a adoção das medidas corretivas de gestão indicadas durante o exercício pelo CNS". | 1 Não contemplou        | 2 | 22,2  |
|   | 2                       | 1 | 11,1  |
|   | 3                       | 1 | 11,1  |
|   | 4                       | 2 | 22,2  |
|   | 5                       | - | 0,0   |
|   | 6                       | 1 | 11,1  |
|   | 7 Contemplou plenamente | 2 | 22,2  |
| Obs: Média Ilustrativa – 3,89   | Total                   | 9 | 100,0 |

| Nota | Comentário   |
|------|--|
| 1    | Não é passível de avaliação pelo modelo de relatório.  |
| 4    | Os dados apresentados pela gestão foram insuficientes. |

## 1.10

| Item de análise no RAG   | Alternativas            | n | %     |
|--|-------------------------|---|-------|
| Análise sobre "a reformulação de procedimentos de gestão a partir dos apontamentos do CNS nos pareceres conclusivos dos RAG dos três exercícios imediatamente anteriores". | 1 Não contemplou        | 2 | 22,2  |
|  | 2                       | 1 | 11,1  |
|  | 3                       | 1 | 11,1  |
|  | 4                       | 2 | 22,2  |
|  | 5                       | 2 | 22,2  |
|  | 6                       | 1 | 11,1  |
|  | 7 Contemplou plenamente | - | 0,0   |
| Obs: Média Ilustrativa – 3,44  | Total                   | 9 | 100,0 |

| Nota | Comentário  |
|------|---|
| 1    | Não é passível de avaliação pelo modelo de relatório. |
| 4    | Dados também insuficientes.                           |

## 1.11

| Item de análise no RAG   | Alternativas            | n | %     |
|--|-------------------------|---|-------|
| Análise sobre "o cumprimento das pactuações estabelecidas pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT)". | 1 Não contemplou        | 2 | 22,2  |
|  | 2                       | - | 0,0   |
|  | 3                       | 2 | 22,2  |
|  | 4                       | 1 | 11,1  |
|  | 5                       | 2 | 22,2  |
|  | 6                       | 2 | 22,2  |
|  | 7 Contemplou plenamente | - | 0,0   |
| Obs: Média Ilustrativa – 3,78  | Total                   | 9 | 100,0 |

| Nota | Comentário   |
|------|--|
| 1    | Não é passível de avaliação pelo modelo de relatório.  |
| 3    | Esse ponto deveria ser melhor visto pois não há muitos registros que se possa acompanhar o pactuado com o efetivamente cumprido. |
| 3    | Informações insuficientes.   |

## 1.12

| Item de análise no RAG  | Alternativas            | n | %     |
|---|-------------------------|---|-------|
| Análise sobre "o financiamento federal do SUS com recursos do orçamento da seguridade social da União". | 1 Não contemplou        | 1 | 11,1  |
|   | 2                       | - | 0,0   |
|   | 3                       | 1 | 11,1  |
|   | 4                       | 2 | 22,2  |
|   | 5                       | 2 | 22,2  |
|   | 6                       | 1 | 11,1  |
|   | 7 Contemplou plenamente | 2 | 22,2  |
| Obs: Média Ilustrativa – 4,67   | Total                   | 9 | 100,0 |

| Nota | Comentário  |
|------|---|
| 1    | Não é passível de avaliação pelo modelo de relatório. |
| 5    | Há necessidade de uma análise mais aprofundada.       |

## 1.13

| Item de análise no RAG  | Alternativas            | n | %     |
|---|-------------------------|---|-------|
| Análise sobre "o financiamento federal do SUS com recursos do orçamento fiscal e do orçamento da seguridade social da União". | 1 Não contemplou        | - | 0,0   |
|   | 2                       | 1 | 11,1  |
|   | 3                       | 1 | 11,1  |
|   | 4                       | 1 | 11,1  |
|   | 5                       | 1 | 11,1  |
|   | 6                       | 3 | 33,3  |
|   | 7 Contemplou plenamente | 2 | 22,2  |
| Obs: Média Ilustrativa – 5,11   | Total                   | 9 | 100,0 |

| Nota | Comentário  |
|------|---|
| 2    | Não há esse nível de aprofundamento na análise                |
| 3    | O RAG trata apenas do orçamento do MS. Não trata de receitas. |
| 5    | Mesma observação do item anterior.                            |

## 1.14

| Item de análise no RAG   | Alternativas            | n | %     |
|--|-------------------------|---|-------|
| Análise sobre "o financiamento federal do SUS com recursos da dívida pública federal". | 1 Não contemplou        | 2 | 22,2  |
|  | 2                       | - | 0,0   |
|  | 3                       | 2 | 22,2  |
|  | 4                       | 3 | 33,3  |
|  | 5                       | 2 | 22,2  |
|  | 6                       | - | 0,0   |
|  | 7 Contemplou plenamente | - | 0,0   |
| Obs: Média Ilustrativa – 3,33  | Total                   | 9 | 100,0 |

| Nota | Comentário  |
|------|---|
| 1    | O RAG trata apenas do orçamento do MS. Não trata de receitas. |
| 3    | Não há esse nível de aprofundamento na análise                |
| 3    | Dados insuficientes.  |

## 1.15

| Item de análise no RAG  | Alternativas            | n | %     |
|---|-------------------------|---|-------|
| Análise sobre "o cumprimento da aplicação mínima (piso) federal calculada pelas regras constitucionais e legais". | 1 Não contemplou        | - | 0,0   |
|   | 2                       | - | 0,0   |
|   | 3                       | - | 0,0   |
|   | 4                       | - | 0,0   |
|   | 5                       | 1 | 11,1  |
|   | 6                       | - | 0,0   |
|   | 7 Contemplou plenamente | 8 | 88,9  |
| Obs: Média Ilustrativa – 6,78   | Total                   | 9 | 100,0 |

| Nota | Comentário                               |
|------|--|
| 5    | Sem o aprofundamento necessário          |
| 7    | Uma análise sempre criteriosa e precisa. |

## 1.16

| Item de análise no RAG  | Alternativas            | n | %     |
|---|-------------------------|---|-------|
| Análise sobre "o valor total da dotação inicial aprovada na Lei Orçamentária - se igual, superior ou inferior ao valor do piso federal do SUS". | 1 Não contemplou        | - | 0,0   |
|   | 2                       | - | 0,0   |
|   | 3                       | - | 0,0   |
|   | 4                       | 1 | 11,1  |
|   | 5                       | 1 | 11,1  |
|   | 6                       | 2 | 22,2  |
|   | 7 Contemplou plenamente | 5 | 55,6  |
| Obs: Média Ilustrativa – 6,22   | Total                   | 9 | 100,0 |

| Nota | Comentário                      |
|------|---------------------------------|
| 4    | Sem o aprofundamento necessário |

## 1.17

| Item de análise no RAG  | Alternativas            | n | %     |
|---|-------------------------|---|-------|
| Análise sobre "o valor total da dotação orçamentária atualizada, por meio das alterações orçamentárias durante o exercício - se igual, superior ou inferior ao valor do piso federal do SUS". | 1 Não contemplou        | - | 0,0   |
|   | 2                       | - | 0,0   |
|   | 3                       | - | 0,0   |
|   | 4                       | - | 0,0   |
|   | 5                       | 2 | 22,2  |
|   | 6                       | 2 | 22,2  |
|   | 7 Contemplou plenamente | 5 | 55,6  |
| Obs: Média Ilustrativa – 6,33   | Total                   | 9 | 100,0 |

| Nota | Comentário                      |
|------|---------------------------------|
| 5    | Sem o aprofundamento necessário |

## 1.18

| Item de análise no RAG   | Alternativas            | n | %     |
|--|-------------------------|---|-------|
| Análise sobre "a execução da despesa como percentual dos valores atualizados (após a incorporação dos créditos adicionais abertos no exercício) das dotações orçamentárias". | 1 Não contemplou        | - | 0,0   |
|  | 2                       | - | 0,0   |
|  | 3                       | - | 0,0   |
|  | 4                       | - | 0,0   |
|  | 5                       | 2 | 22,2  |
|  | 6                       | 2 | 22,2  |
|  | 7 Contemplou plenamente | 5 | 55,6  |
| Obs: Média Ilustrativa – 6,33  | Total                   | 9 | 100,0 |

| Nota | Comentário                      |
|------|---------------------------------|
| 5    | Sem o aprofundamento necessário |

## 1.19

| Item de análise no RAG  | Alternativas            | n | %     |
|---|-------------------------|---|-------|
| Análise sobre "a existência de disponibilidade financeira de caixa para os empenhos a pagar no final do exercício". | 1 Não contemplou        | 1 | 11,1  |
|   | 2                       | 1 | 11,1  |
|   | 3                       | - | 0,0   |
|   | 4                       | 1 | 11,1  |
|   | 5                       | 3 | 33,3  |
|   | 6                       | - | 0,0   |
|   | 7 Contemplou plenamente | 3 | 33,3  |
| Obs: Média Ilustrativa – 4,78   | Total                   | 9 | 100,0 |

| Nota | Comentário   |
|------|--|
| 1    | O RAG na forma em uso não avalia "disponibilidade financeira de caixa" |
| 5    | Sem o aprofundamento necessário  |

## 1.20

| Item de análise no RAG   | Alternativas            | n | %     |
|--|-------------------------|---|-------|
| Análise sobre "os valores totais dos Restos a Pagar cancelados ou prescritos no exercício imediatamente anterior aplicados em ações e serviços públicos de saúde mediante dotação específica para essa finalidade e adicionalmente ao valor do piso federal do SUS do exercício do RAG analisado". | 1 Não contemplou        | 1 | 11,1  |
|  | 2                       | 1 | 11,1  |
|  | 3                       | 1 | 11,1  |
|  | 4                       | - | 0,0   |
|  | 5                       | 1 | 11,1  |
|  | 6                       | 1 | 11,1  |
|  | 7 Contemplou plenamente | 4 | 44,4  |
| Obs: Média Ilustrativa – 5,00  | Total                   | 9 | 100,0 |

| Nota | Comentário                      |
|------|---------------------------------|
| 5    | Sem o aprofundamento necessário |

## 1.21

| Item de análise no RAG  | Alternativas            | n | %     |
|---|-------------------------|---|-------|
| Análise sobre "a execução de ações e serviços públicos de saúde de responsabilidade específica do gestor federal do SUS". | 1 Não contemplou        | 1 | 11,1  |
|   | 2                       | - | 0,0   |
|   | 3                       | 1 | 11,1  |
|   | 4                       | - | 0,0   |
|   | 5                       | 3 | 33,3  |
|   | 6                       | 2 | 22,2  |
|   | 7 Contemplou plenamente | 2 | 22,2  |
| Obs: Média Ilustrativa – 5,00   | Total                   | 9 | 100,0 |

| Nota | Comentário  |
|------|---|
| 1    | Não é passível de avaliação pelo modelo de relatório. |
| 6    | Sem o aprofundamento necessário                       |

## 1.22

| Item de análise no RAG   | Alternativas            | n | %     |
|--|-------------------------|---|-------|
| Análise sobre "a execução de ações e serviços públicos de saúde por meio de recursos movimentados pelos: Fundo Nacional de Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Fundação Nacional de Saúde, Agência Nacional de Vigilância em Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar e Grupo Hospitalar Conceição". | 1 Não contemplou        | 1 | 11,1  |
|  | 2                       | - | 0,0   |
|  | 3                       | - | 0,0   |
|  | 4                       | 3 | 33,3  |
|  | 5                       | 1 | 11,1  |
|  | 6                       | 2 | 22,2  |
|  | 7 Contemplou plenamente | 2 | 22,2  |
| Obs: Média Ilustrativa – 4,89  | Total                   | 9 | 100,0 |

| Nota | Comentário  |
|------|---|
| 1    | A análise é exclusivamente orçamentária e financeira. Impossível avaliar "a execução de ações e serviços públicos de saúde" com os dados disponíveis. |
| 6    | Sem o aprofundamento necessário   |

## 1.23

| Item de análise no RAG   | Alternativas            | n | %     |
|--|-------------------------|---|-------|
| Análise sobre "o nível de atendimento das necessidades de saúde da população com os valores empenhados, liquidados e pagos". | 1 Não contemplou        | 3 | 33,3  |
|  | 2                       | - | 0,0   |
|  | 3                       | 1 | 11,1  |
|  | 4                       | 1 | 11,1  |
|  | 5                       | 3 | 33,3  |
|  | 6                       | 1 | 11,1  |
|  | 7 Contemplou plenamente | - | 0,0   |
| Obs: Média Ilustrativa – 3,44  | Total                   | 9 | 100,0 |

| Nota | Comentário   |
|------|--|
| 1    | Não me parece haver essa vinculação. Não é possível identificar se o que foi colocado no orçamento e executado efetivamente atende o nível de atendimento das necessidades de saúde da população. Os indicadores deverão ser melhor definidos. |
| 1    | A análise é exclusivamente orçamentária e financeira. Impossível avaliar "o nível de atendimento das necessidades de saúde da população".  |
| 3    | Avaliação dos resultados práticos da execução orçamentária é o grande desafio.   |
| 5    | Sem o aprofundamento necessário  |

## 1.24

| Item de análise no RAG  | Alternativas            | n | %     |
|---|-------------------------|---|-------|
| Análise sobre "nível de atendimento das necessidades de saúde da população com os valores da execução financeira dos Restos a Pagar". | 1 Não contemplou        | 3 | 33,3  |
|   | 2                       | 2 | 22,2  |
|   | 3                       | 1 | 11,1  |
|   | 4                       | 1 | 11,1  |
|   | 5                       | 1 | 11,1  |
|   | 6                       | 1 | 11,1  |
|   | 7 Contemplou plenamente | - | 0,0   |
| Obs: Média Ilustrativa – 2,78   | Total                   | 9 | 100,0 |

| Nota | Comentário   |
|------|--|
| 1    | Não me parece haver essa vinculação. Não é possível identificar se o que foi colocado no orçamento e executado efetivamente atende o nível de atendimento das necessidades de saúde da população. Os indicadores deverão ser melhor definidos. |
| 1    | A análise é exclusivamente orçamentária e financeira. Impossível avaliar "o nível de atendimento das necessidades de saúde da população".  |
| 5    | Sem o aprofundamento necessário  |

## 1.25

| Item de análise no RAG   | Alternativas            | n | %     |
|--|-------------------------|---|-------|
| Análise sobre "o investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde". | 1 Não contemplou        | 2 | 22,2  |
|  | 2                       | 2 | 22,2  |
|  | 3                       | - | 0,0   |
|  | 4                       | 1 | 11,1  |
|  | 5                       | 2 | 22,2  |
|  | 6                       | 2 | 22,2  |
|  | 7 Contemplou plenamente | - | 0,0   |
| Obs: Média Ilustrativa – 3,56  | Total                   | 9 | 100,0 |

| Nota | Comentário   |
|------|--|
| 1    | A análise é exclusivamente orçamentária e financeira |

## 1.26

| Item de análise no RAG   | Alternativas            | n | %     |
|--|-------------------------|---|-------|
| Análise sobre "a realização da transferência da maior parte dos recursos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde de forma regular e automática, dispensada a celebração de convênio ou outros instrumentos jurídicos". | 1 Não contemplou        | 1 | 11,1  |
|  | 2                       | - | 0,0   |
|  | 3                       | 1 | 11,1  |
|  | 4                       | - | 0,0   |
|  | 5                       | 3 | 33,3  |
|  | 6                       | 3 | 33,3  |
|  | 7 Contemplou plenamente | 1 | 11,1  |
| Obs: Média Ilustrativa – 4,89  | Total                   | 9 | 100,0 |

|   |  |
|---|--|
| 1 | A análise é exclusivamente orçamentária e financeira |
| 3 | Sem o aprofundamento necessário                      |

## 1.27

| Item de análise no RAG   | Alternativas            | n | %     |
|--|-------------------------|---|-------|
| Análise sobre "a descrição das situações específicas e de exceção para a realização das transferências de recursos federais do SUS aos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde por meio de convênios e outros ajustes de transferência voluntária". | 1 Não contemplou        | 2 | 22,2  |
|  | 2                       | 1 | 11,1  |
|  | 3                       | 1 | 11,1  |
|  | 4                       | 3 | 33,3  |
|  | 5                       | - | 0,0   |
|  | 6                       | 2 | 22,2  |
|  | 7 Contemplou plenamente | - | 0,0   |
| Obs: Média Ilustrativa – 3,44  | Total                   | 9 | 100,0 |

| Nota | Comentário   |
|------|--|
| 1    | A análise é exclusivamente orçamentária e financeira |
| 3    | Sem o aprofundamento necessário                      |

1.28

| Item de análise no RAG  | Alternativas            | n | %     |
|---|-------------------------|---|-------|
| Análise sobre "a redução das desigualdades regionais na oferta de ações e serviços públicos de saúde e a melhora dos índices das condições de saúde da população como decorrência dos recursos transferidos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde". | 1 Não contemplou        | 2 | 22,2  |
|   | 2                       | 2 | 22,2  |
|   | 3                       | 2 | 22,2  |
|   | 4                       | 1 | 11,1  |
|   | 5                       | 2 | 22,2  |
|   | 6                       | - | 0,0   |
|   | 7 Contemplou plenamente | - | 0,0   |
| Obs: Média Ilustrativa – 2,89   | Total                   | 9 | 100,0 |

| Nota | Comentário   |
|------|--|
| 1    | Não há indicadores para tal, exceto os de ordem orçamentária e financeira. |
| 3    | Sem o aprofundamento necessário  |
| 5    | Há insuficiência de dados/informações que subsidiem a análise.             |

1.29

| Item de análise no RAG  | Alternativas            | n | %     |
|---|-------------------------|---|-------|
| Análise sobre "as transferências financeiras do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde com valores definidos a partir das dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde". | 1 Não contemplou        | 3 | 33,3  |
|   | 2                       | 1 | 11,1  |
|   | 3                       | 2 | 22,2  |
|   | 4                       | 1 | 11,1  |
|   | 5                       | 2 | 22,2  |
|   | 6                       | - | 0,0   |
|   | 7 Contemplou plenamente | - | 0,0   |
| Obs: Média Ilustrativa – 2,78   | Total                   | 9 | 100,0 |

| Nota | Comentário  |
|------|---|
| 1    | Não creio ser possível a definição de valores "a partir das dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde". |
| 3    | Sem o aprofundamento necessário   |
| 5    | Há insuficiência de dados/informações que subsidiem a análise.  |

## 1.30

| Item de análise no RAG   | Alternativas            | n | %     |
|--|-------------------------|---|-------|
| Análise sobre "a transferência financeira do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde para garantir as ações necessárias para a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias". | 1 Não contemplou        | 2 | 22,2  |
|  | 2                       | 1 | 11,1  |
|  | 3                       | 2 | 22,2  |
|  | 4                       | 1 | 11,1  |
|  | 5                       | 3 | 33,3  |
|  | 6                       | - | 0,0   |
|  | 7 Contemplou plenamente | - | 0,0   |
| Obs: Média Ilustrativa – 3,22  | Total                   | 9 | 100,0 |

| Nota | Comentário   |
|------|--|
| 1    | Não há elementos para tal.                                     |
| 3    | Sem o aprofundamento necessário                                |
| 5    | Há insuficiência de dados/informações que subsidiem a análise. |

## 1.31

| Item de análise no RAG  | Alternativas            | n | %     |
|---|-------------------------|---|-------|
| Análise sobre "o controle e a fiscalização de procedimentos de produção, transporte de produtos e utilização de substâncias e produtos diversos de interesse para a saúde". | 1 Não contemplou        | 2 | 22,2  |
|   | 2                       | 1 | 11,1  |
|   | 3                       | 2 | 22,2  |
|   | 4                       | - | 0,0   |
|   | 5                       | 3 | 33,3  |
|   | 6                       | 1 | 11,1  |
|   | 7 Contemplou plenamente | - | 0,0   |
| Obs: Média Ilustrativa – 3,44   | Total                   | 9 | 100,0 |

| Nota | Comentário                      |
|------|---------------------------------|
| 1    | Não há elementos para tal.      |
| 3    | Sem o aprofundamento necessário |

## 1.32

| Item de análise no RAG  | Alternativas            | n | %     |
|---|-------------------------|---|-------|
| Análise sobre "a produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS". | 1 Não contemplou        | 2 | 22,2  |
|   | 2                       | 1 | 11,1  |
|   | 3                       | 2 | 22,2  |
|   | 4                       | 1 | 11,1  |
|   | 5                       | 2 | 22,2  |
|   | 6                       | 1 | 11,1  |
|   | 7 Contemplou plenamente | - | 0,0   |
| Obs: Média Ilustrativa – 3,33   | Total                   | 9 | 100,0 |

| Nota | Comentário                      |
|------|---------------------------------|
| 1    | Não há elementos para tal.      |
| 3    | Sem o aprofundamento necessário |

## 1.33

| Item de análise no RAG   | Alternativas            | n | %     |
|--|-------------------------|---|-------|
| Análise sobre "a execução das ações de vigilância sanitária e epidemiológica". | 1 Não contemplou        | 2 | 22,2  |
|  | 2                       | - | 0,0   |
|  | 3                       | 2 | 22,2  |
|  | 4                       | 1 | 11,1  |
|  | 5                       | 1 | 11,1  |
|  | 6                       | 3 | 33,3  |
|  | 7 Contemplou plenamente | - | 0,0   |
| Obs: Média Ilustrativa – 3,89  | Total                   | 9 | 100,0 |

| Nota | Comentário                      |
|------|---------------------------------|
| 1    | Não há elementos para tal.      |
| 4    | Sem o aprofundamento necessário |

## 1.34

| Item de análise no RAG   | Alternativas            | n | %     |
|--|-------------------------|---|-------|
| Análise sobre "a formação de recursos humanos na área de saúde". | 1 Não contemplou        | 2 | 22,2  |
|  | 2                       | - | 0,0   |
|  | 3                       | 3 | 33,3  |
|  | 4                       | 1 | 11,1  |
|  | 5                       | 2 | 22,2  |
|  | 6                       | 1 | 11,1  |
|  | 7 Contemplou plenamente | - | 0,0   |
| Obs: Média Ilustrativa – 3,44                                    | Total                   | 9 | 100,0 |

| Nota | Comentário                      |
|------|---------------------------------|
| 1    | Não há elementos para tal.      |
| 5    | Sem o aprofundamento necessário |

## 1.35

| Item de análise no RAG  | Alternativas            | n | %     |
|---|-------------------------|---|-------|
| Análise sobre "a manutenção e ampliação do processo de desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação no âmbito do SUS". | 1 Não contemplou        | 2 | 22,2  |
|   | 2                       | 1 | 11,1  |
|   | 3                       | 2 | 22,2  |
|   | 4                       | 2 | 22,2  |
|   | 5                       | 1 | 11,1  |
|   | 6                       | 1 | 11,1  |
|   | 7 Contemplou plenamente | - | 0,0   |
| Obs: Média Ilustrativa – 3,22   | Total                   | 9 | 100,0 |

| Nota | Comentário                 |
|------|----------------------------|
| 1    | Não há elementos para tal. |

## 1.36

| Item de análise no RAG   | Alternativas            | n | %     |
|--|-------------------------|---|-------|
| Análise sobre "a execução das ações de saneamento básico e de proteção do meio ambiente diretamente vinculado ao controle de vetores de doenças, nele compreendido o do trabalho, no âmbito do SUS". | 1 Não contemplou        | 2 | 22,2  |
|  | 2                       | 2 | 22,2  |
|  | 3                       | 1 | 11,1  |
|  | 4                       | 2 | 22,2  |
|  | 5                       | 1 | 11,1  |
|  | 6                       | 1 | 11,1  |
|  | 7 Contemplou plenamente | - | 0,0   |
| Obs: Média Ilustrativa – 3,33  | Total                   | 9 | 100,0 |

| Nota | Comentário                 |
|------|----------------------------|
| 1    | Não há elementos para tal. |

## 1.37

| Item de análise no RAG  | Alternativas            | n | %     |
|---|-------------------------|---|-------|
| Análise sobre "o saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos". | 1 Não contemplou        | 2 | 22,2  |
|   | 2                       | 3 | 33,3  |
|   | 3                       | 2 | 22,2  |
|   | 4                       | - | 0,0   |
|   | 5                       | 2 | 22,2  |
|   | 6                       | - | 0,0   |
|   | 7 Contemplou plenamente | - | 0,0   |
| Obs: Média Ilustrativa – 2,67   | Total                   | 9 | 100,0 |

| Nota | Comentário                 |
|------|----------------------------|
| 1    | Não há elementos para tal. |

## 1.38

| Item de análise no RAG  | Alternativas            | n | %     |
|---|-------------------------|---|-------|
| Análise sobre "a garantia do direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde". | 1 Não contemplou        | 2 | 22,2  |
|   | 2                       | - | 0,0   |
|   | 3                       | 3 | 33,3  |
|   | 4                       | 1 | 11,1  |
|   | 5                       | 3 | 33,3  |
|   | 6                       | - | 0,0   |
|   | 7 Contemplou plenamente | - | 0,0   |
| Obs: Média Ilustrativa – 3,33   | Total                   | 9 | 100,0 |

| Nota | Comentário                 |
|------|----------------------------|
| 1    | Não há elementos para tal. |

## 1.39

| Item de análise no RAG   | Alternativas            | n | %     |
|--|-------------------------|---|-------|
| Análise sobre "a divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário". | 1 Não contemplou        | 2 | 22,2  |
|  | 2                       | 2 | 22,2  |
|  | 3                       | 2 | 22,2  |
|  | 4                       | - | 0,0   |
|  | 5                       | 3 | 33,3  |
|  | 6                       | - | 0,0   |
|  | 7 Contemplou plenamente | - | 0,0   |
| Obs: Média Ilustrativa – 3,00  | Total                   | 9 | 100,0 |

| Nota | Comentário                 |
|------|----------------------------|
| 1    | Não há elementos para tal. |

## 1.40

| Item de análise no RAG  | Alternativas            | n | %     |
|---|-------------------------|---|-------|
| Análise sobre "a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática da política e ações de saúde". | 1 Não contemplou        | 2 | 22,2  |
|   | 2                       | 4 | 44,4  |
|   | 3                       | - | 0,0   |
|   | 4                       | 1 | 11,1  |
|   | 5                       | 1 | 11,1  |
|   | 6                       | 1 | 11,1  |
|   | 7 Contemplou plenamente | - | 0,0   |
| Obs: Média Ilustrativa – 2,78   | Total                   | 9 | 100,0 |

| Nota | Comentário                 |
|------|----------------------------|
| 1    | Não há elementos para tal. |

## 1.41

| Item de análise no RAG   | Alternativas            | n | %     |
|--|-------------------------|---|-------|
| Análise sobre "a capacidade de resolução das ações e serviços de saúde em todos os níveis de assistência". | 1 Não contemplou        | 1 | 11,1  |
|  | 2                       | 2 | 22,2  |
|  | 3                       | 2 | 22,2  |
|  | 4                       | - | 0,0   |
|  | 5                       | 3 | 33,3  |
|  | 6                       | 1 | 11,1  |
|  | 7 Contemplou plenamente | - | 0,0   |
| Obs: Média Ilustrativa – 3,56  | Total                   | 9 | 100,0 |

| Nota | Comentário                 |
|------|----------------------------|
| 1    | Não há elementos para tal. |

## 1.42

| Item de análise no RAG   | Alternativas            | n | %     |
|--|-------------------------|---|-------|
| Análise sobre "a organização das ações e serviços públicos de saúde sem duplicidade de meios para fins idênticos". | 1 Não contemplou        | 3 | 33,3  |
|  | 2                       | - | 0,0   |
|  | 3                       | 2 | 22,2  |
|  | 4                       | 1 | 11,1  |
|  | 5                       | 3 | 33,3  |
|  | 6                       | - | 0,0   |
|  | 7 Contemplou plenamente | - | 0,0   |
| Obs: Média Ilustrativa – 3,11  | Total                   | 9 | 100,0 |

| Nota | Comentário                 |
|------|----------------------------|
| 1    | Não há elementos para tal. |

## 1.43

| Item de análise no RAG  | Alternativas            | n | %     |
|---|-------------------------|---|-------|
| Análise sobre "o atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral". | 1 Não contemplou        | 2 | 22,2  |
|   | 2                       | 2 | 22,2  |
|   | 3                       | 1 | 11,1  |
|   | 4                       | 1 | 11,1  |
|   | 5                       | 3 | 33,3  |
|   | 6                       | - | 0,0   |
|   | 7 Contemplou plenamente | - | 0,0   |
| Obs: Média Ilustrativa – 3,11   | Total                   | 9 | 100,0 |

| Nota | Comentário                 |
|------|----------------------------|
| 1    | Não há elementos para tal. |

## 1.44

| Item de análise no RAG   | Alternativas            | n | %     |
|--|-------------------------|---|-------|
| Análise sobre "o pagamento de aposentadorias e pensões dos servidores da saúde". | 1 Não contemplou        | 2 | 22,2  |
|  | 2                       | - | 0,0   |
|  | 3                       | 2 | 22,2  |
|  | 4                       | - | 0,0   |
|  | 5                       | 3 | 33,3  |
|  | 6                       | 1 | 11,1  |
|  | 7 Contemplou plenamente | 1 | 11,1  |
| Obs: Média Ilustrativa – 4,00  | Total                   | 9 | 100,0 |

| Nota | Comentário                      |
|------|---------------------------------|
| 1    | Não há elementos para tal.      |
| 5    | Sem o aprofundamento necessário |

## 1.45

| Item de análise no RAG  | Alternativas            | n | %     |
|---|-------------------------|---|-------|
| Análise sobre "o pagamento da remuneração dos servidores ativos da saúde concursados e/ou dos profissionais da saúde contratados por outras formas (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares de Saúde, Organizações Sociais de Saúde, Contratações por tempo determinado, dentre outras)". | 1 Não contemplou        | 2 | 22,2  |
|   | 2                       | 2 | 22,2  |
|   | 3                       | 1 | 11,1  |
|   | 4                       | 1 | 11,1  |
|   | 5                       | 1 | 11,1  |
|   | 6                       | 2 | 22,2  |
|   | 7 Contemplou plenamente | - | 0,0   |
| Obs: Média Ilustrativa – 3,33   | Total                   | 9 | 100,0 |

| Nota | Comentário                      |
|------|---------------------------------|
| 1    | Não há elementos para tal.      |
| 2    | Não tenho conhecimento          |
| 4    | Sem o aprofundamento necessário |

## 1.46

| Item de análise no RAG   | Alternativas            | n | %     |
|--|-------------------------|---|-------|
| Análise sobre "o pagamento do pessoal ativo da área de saúde em atividade alheia à referida área". | 1 Não contemplou        | 3 | 33,3  |
|  | 2                       | 1 | 11,1  |
|  | 3                       | 1 | 11,1  |
|  | 4                       | - | 0,0   |
|  | 5                       | 3 | 33,3  |
|  | 6                       | 1 | 11,1  |
|  | 7 Contemplou plenamente | - | 0,0   |
| Obs: Média Ilustrativa – 3,22  | Total                   | 9 | 100,0 |

| Nota | Comentário                 |
|------|----------------------------|
| 1    | Não tenho conhecimento     |
| 1    | Não há elementos para tal. |

## 1.47

| Item de análise no RAG   | Alternativas            | n | %     |
|--|-------------------------|---|-------|
| Análise sobre "a execução das ações de saúde para "clientela fechada" (ou seja, para atendimentos em unidades não abertas para a população em geral)". | 1 Não contemplou        | 3 | 33,3  |
|  | 2                       | 1 | 11,1  |
|  | 3                       | - | 0,0   |
|  | 4                       | 1 | 11,1  |
|  | 5                       | 3 | 33,3  |
|  | 6                       | 1 | 11,1  |
|  | 7 Contemplou plenamente | - | 0,0   |
| Obs: Média Ilustrativa – 3,33  | Total                   | 9 | 100,0 |

| Nota | Comentário                 |
|------|----------------------------|
| 1    | Não há elementos para tal. |

1.48

| Item de análise no RAG   | Alternativas            | n | %     |
|--|-------------------------|---|-------|
| Análise sobre "a execução de ações de saneamento básico diretamente vinculado ao controle de vetores de doenças financiadas e mantidas com recursos provenientes de taxas, tarifas ou preços públicos instituídos para essa finalidade". | 1 Não contemplou        | 1 | 11,1  |
|  | 2                       | 2 | 22,2  |
|  | 3                       | 1 | 11,1  |
|  | 4                       | 2 | 22,2  |
|  | 5                       | 3 | 33,3  |
|  | 6                       | - | 0,0   |
|  | 7 Contemplou plenamente | - | 0,0   |
| Obs: Média Ilustrativa – 3,44  | Total                   | 9 | 100,0 |

| Nota | Comentário                      |
|------|---------------------------------|
| 1    | Não há elementos para tal.      |
| 5    | Sem o aprofundamento necessário |

1.49

| Item de análise no RAG   | Alternativas            | n | %     |
|--|-------------------------|---|-------|
| Análise sobre "a execução de ações com limpeza urbana e remoção de resíduos no âmbito do SUS". | 1 Não contemplou        | 3 | 33,3  |
|  | 2                       | 2 | 22,2  |
|  | 3                       | - | 0,0   |
|  | 4                       | 2 | 22,2  |
|  | 5                       | 2 | 22,2  |
|  | 6                       | - | 0,0   |
|  | 7 Contemplou plenamente | - | 0,0   |
| Obs: Média Ilustrativa – 2,78  | Total                   | 9 | 100,0 |

| Nota | Comentário                      |
|------|---------------------------------|
| 1    | Não há elementos para tal.      |
| 2    | Não tenho conhecimento          |
| 4    | Sem o aprofundamento necessário |

## 1.50

| Item de análise no RAG  | Alternativas            | n | %     |
|---|-------------------------|---|-------|
| Análise sobre "a execução de ações de preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente ou por entidades não governamentais". | 1 Não contemplou        | 3 | 33,3  |
|   | 2                       | 2 | 22,2  |
|   | 3                       | 1 | 11,1  |
|   | 4                       | 1 | 11,1  |
|   | 5                       | 2 | 22,2  |
|   | 6                       | - | 0,0   |
|   | 7 Contemplou plenamente | - | 0,0   |
| Obs: Média Ilustrativa – 2,67   | Total                   | 9 | 100,0 |

| Nota | Comentário                 |
|------|----------------------------|
| 1    | Não há elementos para tal. |

## 1.51

| Item de análise no RAG  | Alternativas            | n | %     |
|---|-------------------------|---|-------|
| Análise sobre "a execução de ações de assistência social no âmbito do SUS". | 1 Não contemplou        | 3 | 33,3  |
|   | 2                       | 1 | 11,1  |
|   | 3                       | 1 | 11,1  |
|   | 4                       | 1 | 11,1  |
|   | 5                       | 3 | 33,3  |
|   | 6                       | - | 0,0   |
|   | 7 Contemplou plenamente | - | 0,0   |
| Obs: Média Ilustrativa – 3,00   | Total                   | 9 | 100,0 |

| Nota | Comentário                 |
|------|----------------------------|
| 1    | Não tenho conhecimento     |
| 1    | Não há elementos para tal. |

## 1.52

| Item de análise no RAG  | Alternativas            | n | %     |
|---|-------------------------|---|-------|
| Análise sobre "a execução de obras de infraestrutura (saneamento, transporte, energia, etc.) realizadas para beneficiar direta ou indiretamente a rede de saúde". | 1 Não contemplou        | 2 | 22,2  |
|   | 2                       | 2 | 22,2  |
|   | 3                       | - | 0,0   |
|   | 4                       | 3 | 33,3  |
|   | 5                       | 2 | 22,2  |
|   | 6                       | - | 0,0   |
|   | 7 Contemplou plenamente | - | 0,0   |
| Obs: Média Ilustrativa – 3,11   | Total                   | 9 | 100,0 |

| Nota | Comentário                      |
|------|---------------------------------|
| 1    | Não há elementos para tal.      |
| 4    | Sem o aprofundamento necessário |

## 1.53

| Item de análise no RAG  | Alternativas            | n | %     |
|---|-------------------------|---|-------|
| Análise sobre "a execução de ações e serviços públicos de saúde custeados com recursos vinculados a fundos específicos ou fontes distintas daquelas utilizadas pelo setor saúde". | 1 Não contemplou        | 2 | 22,2  |
|   | 2                       | 2 | 22,2  |
|   | 3                       | 1 | 11,1  |
|   | 4                       | 1 | 11,1  |
|   | 5                       | 1 | 11,1  |
|   | 6                       | 2 | 22,2  |
|   | 7 Contemplou plenamente | - | 0,0   |
| Obs: Média Ilustrativa – 3,33   | Total                   | 9 | 100,0 |

| Nota | Comentário                      |
|------|---------------------------------|
| 1    | Não tenho conhecimento          |
| 1    | Não há elementos para tal.      |
| 5    | Sem o aprofundamento necessário |

## 1.54

| Item de análise no RAG   | Alternativas            | n | %     |
|--|-------------------------|---|-------|
| Análise sobre "o Fundo Nacional de Saúde como unidade gestora dos recursos destinados a ações e serviços públicos de saúde, ressalvados os recursos repassados diretamente às unidades vinculadas ao Ministério da Saúde". | 1 Não contemplou        | 1 | 11,1  |
|  | 2                       | - | 0,0   |
|  | 3                       | - | 0,0   |
|  | 4                       | 2 | 22,2  |
|  | 5                       | 2 | 22,2  |
|  | 6                       | 2 | 22,2  |
|  | 7 Contemplou plenamente | 2 | 22,2  |
| Obs: Média Ilustrativa – 5,00  | Total                   | 9 | 100,0 |

| Nota | Comentário  |
|------|---|
| 1    | Não há elementos para tal.  |
| 5    | Como ao FNS ser unidade gestora dos recursos destinados a asps, dever-se-ia analisar qual é a autonomia que o FNS tem para efetivamente efetuar a gestão orçamentária e financeira. |

## 1.55

| Item de análise no RAG   | Alternativas            | n | %     |
|--|-------------------------|---|-------|
| Análise sobre "as receitas correntes (bruta e líquida) e as despesas com ações e serviços públicos de saúde apuradas nos demonstrativos bimestrais das despesas com saúde integrante do Relatório Resumido da Execução Orçamentária (RREO) da Lei de Responsabilidade Fiscal". | 1 Não contemplou        | - | 0,0   |
|  | 2                       | - | 0,0   |
|  | 3                       | - | 0,0   |
|  | 4                       | 2 | 22,2  |
|  | 5                       | 3 | 33,3  |
|  | 6                       | - | 0,0   |
|  | 7 Contemplou plenamente | 4 | 44,4  |
| Obs: Média Ilustrativa – 5,67  | Total                   | 9 | 100,0 |

| Nota | Comentário                      |
|------|---------------------------------|
| 5    | Sem o aprofundamento necessário |

1.56

| Item de análise no RAG   | Alternativas            | n | %     |
|--|-------------------------|---|-------|
| Análise sobre "o montante e a fonte dos recursos aplicados em saúde no período analisado". | 1 Não contemplou        | 1 | 11,1  |
|  | 2                       | - | 0,0   |
|  | 3                       | - | 0,0   |
|  | 4                       | - | 0,0   |
|  | 5                       | 1 | 11,1  |
|  | 6                       | 2 | 22,2  |
|  | 7 Contemplou plenamente | 5 | 55,6  |
| Obs: Média Ilustrativa – 5,89  | Total                   | 9 | 100,0 |

| Nota | Comentário                      |
|------|---------------------------------|
| 1    | Não tenho conhecimento          |
| 5    | Sem o aprofundamento necessário |

1.57

| Item de análise no RAG  | Alternativas            | n | %     |
|---|-------------------------|---|-------|
| Análise sobre "as auditorias realizadas no âmbito do SUS ou em fase de execução no período analisado e suas recomendações e determinações". | 1 Não contemplou        | - | 0,0   |
|   | 2                       | 1 | 11,1  |
|   | 3                       | 2 | 22,2  |
|   | 4                       | 3 | 33,3  |
|   | 5                       | 1 | 11,1  |
|   | 6                       | - | 0,0   |
|   | 7 Contemplou plenamente | 2 | 22,2  |
| Obs: Média Ilustrativa – 4,33   | Total                   | 9 | 100,0 |

| Nota | Comentário |
|------|------------|
| -    | -          |

## 1.58

| Item de análise no RAG  | Alternativas            | n | %     |
|---|-------------------------|---|-------|
| Análise sobre "a oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada em relação às metas físicas e financeiras e aos indicadores de saúde da população". | 1 Não contemplou        | 2 | 22,2  |
|   | 2                       | 1 | 11,1  |
|   | 3                       | 1 | 11,1  |
|   | 4                       | - | 0,0   |
|   | 5                       | 4 | 44,4  |
|   | 6                       | - | 0,0   |
|   | 7 Contemplou plenamente | 1 | 11,1  |
| Obs: Média Ilustrativa – 3,78   | Total                   | 9 | 100,0 |

| Nota | Comentário                      |
|------|---------------------------------|
| 1    | Não há elementos para tal.      |
| 5    | Sem o aprofundamento necessário |

## 1.59

| Item de análise no RAG   | Alternativas            | n | %     |
|--|-------------------------|---|-------|
| Análise sobre "o cumprimento dos prazos de envio dos relatórios de prestação de contas (anual e quadrimestrais) pelo Ministério da Saúde". | 1 Não contemplou        | - | 0,0   |
|  | 2                       | - | 0,0   |
|  | 3                       | - | 0,0   |
|  | 4                       | - | 0,0   |
|  | 5                       | 2 | 22,2  |
|  | 6                       | 3 | 33,3  |
|  | 7 Contemplou plenamente | 4 | 44,4  |
| Obs: Média Ilustrativa – 6,22  | Total                   | 9 | 100,0 |

| Nota | Comentário |
|------|------------|
| -    | -          |

1.60

| Item de análise no RAG  | Alternativas            | n | %     |
|---|-------------------------|---|-------|
| Análise sobre "a divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso ao público, da Resolução do Conselho Nacional de Saúde com o resultado da votação do parecer conclusivo sobre o Relatório Anual de Gestão do Ministério da Saúde do período analisado e do exercício imediatamente anterior". | 1 Não contemplou        | 2 | 22,2  |
|   | 2                       | - | 0,0   |
|   | 3                       | - | 0,0   |
|   | 4                       | 2 | 22,2  |
|   | 5                       | 2 | 22,2  |
|   | 6                       | 1 | 11,1  |
|   | 7 Contemplou plenamente | 2 | 22,2  |
| Obs: Média Ilustrativa – 4,44   | Total                   | 9 | 100,0 |

| Nota | Comentário |
|------|------------|
| -    | -          |

1.61

| Item de análise no RAG   | Alternativas            | n | %     |
|--|-------------------------|---|-------|
| Análise sobre "a destinação dos recursos obtidos pelo Ministério da Saúde com a alienação de ativos adquiridos com recursos vinculados à saúde". | 1 Não contemplou        | 3 | 33,3  |
|  | 2                       | 2 | 22,2  |
|  | 3                       | 1 | 11,1  |
|  | 4                       | 1 | 11,1  |
|  | 5                       | 1 | 11,1  |
|  | 6                       | 1 | 11,1  |
|  | 7 Contemplou plenamente | - | 0,0   |
| Obs: Média Ilustrativa – 2,78  | Total                   | 9 | 100,0 |

| Nota | Comentário                 |
|------|----------------------------|
| 1    | Não tenho conhecimento     |
| 1    | Não há elementos para tal. |

## 1.62

| Item de análise no RAG   | Alternativas            | n | %     |
|--|-------------------------|---|-------|
| Análise sobre "o monitoramento e a avaliação do Ministério da Saúde sobre os recursos transferidos aos Estados e Municípios pelo Fundo Nacional de Saúde". | 1 Não contemplou        | 2 | 22,2  |
|  | 2                       | 2 | 22,2  |
|  | 3                       | 1 | 11,1  |
|  | 4                       | 3 | 33,3  |
|  | 5                       | - | 0,0   |
|  | 6                       | - | 0,0   |
|  | 7 Contemplou plenamente | 1 | 11,1  |
| Obs: Média Ilustrativa – 3,11  | Total                   | 9 | 100,0 |

| Nota | Comentário                      |
|------|---------------------------------|
| 1    | Não há elementos para tal.      |
| 4    | Sem o aprofundamento necessário |

## 1.63

| Item de análise no RAG   | Alternativas            | n | %     |
|--|-------------------------|---|-------|
| Análise sobre "o descumprimento da legislação do SUS na utilização dos recursos transferidos para os Estados e Municípios pelo Fundo Nacional de Saúde". | 1 Não contemplou        | 4 | 44,4  |
|  | 2                       | 1 | 11,1  |
|  | 3                       | 2 | 22,2  |
|  | 4                       | - | 0,0   |
|  | 5                       | - | 0,0   |
|  | 6                       | 1 | 11,1  |
|  | 7 Contemplou plenamente | 1 | 11,1  |
| Obs: Média Ilustrativa – 2,78  | Total                   | 9 | 100,0 |

| Nota | Comentário                      |
|------|---------------------------------|
| 3    | Sem o aprofundamento necessário |
| 1    | Não há elementos para tal.      |

## 1.64

| Item de análise no RAG  | Alternativas            | n | %     |
|---|-------------------------|---|-------|
| Análise sobre "a suspensão de transferências de recursos do Fundo Nacional de Saúde aos Estados e Municípios por causa do descumprimento da legislação do SUS". | 1 Não contemplou        | 4 | 44,4  |
|   | 2                       | 1 | 11,1  |
|   | 3                       | 1 | 11,1  |
|   | 4                       | 1 | 11,1  |
|   | 5                       | 1 | 11,1  |
|   | 6                       | 1 | 11,1  |
|   | 7 Contemplou plenamente | - | 0,0   |
| Obs: Média Ilustrativa – 2,67   | Total                   | 9 | 100,0 |

| Nota | Comentário                      |
|------|---------------------------------|
| 1    | Não há elementos para tal.      |
| 3    | Sem o aprofundamento necessário |

## 1.65

| Item de análise no RAG  | Alternativas            | n | %     |
|---|-------------------------|---|-------|
| Análise sobre "a prestação de cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para a modernização dos respectivos Fundos de Saúde". | 1 Não contemplou        | 4 | 44,4  |
|   | 2                       | 1 | 11,1  |
|   | 3                       | 2 | 22,2  |
|   | 4                       | - | 0,0   |
|   | 5                       | 1 | 11,1  |
|   | 6                       | 1 | 11,1  |
|   | 7 Contemplou plenamente | - | 0,0   |
| Obs: Média Ilustrativa – 2,56   | Total                   | 9 | 100,0 |

| Nota | Comentário                 |
|------|----------------------------|
| 1    | Não tenho conhecimento     |
| 1    | Não há elementos para tal. |

## 1.66

| Item de análise no RAG  | Alternativas            | n | %     |
|---|-------------------------|---|-------|
| Análise sobre "o financiamento federal para a implementação de processos de educação na saúde e a transferência de tecnologia visando à operacionalização do sistema eletrônico centralizado das informações de saúde referentes aos orçamentos públicos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, incluída sua execução". | 1 Não contemplou        | 2 | 22,2  |
|   | 2                       | 2 | 22,2  |
|   | 3                       | 1 | 11,1  |
|   | 4                       | 1 | 11,1  |
|   | 5                       | 2 | 22,2  |
|   | 6                       | 1 | 11,1  |
|   | 7 Contemplou plenamente | - | 0,0   |
| Obs: Média Ilustrativa – 3,22   | Total                   | 9 | 100,0 |

| Nota | Comentário                 |
|------|----------------------------|
| 1    | Não há elementos para tal. |

## 1.67

| Item de análise no RAG   | Alternativas            | n | %     |
|--|-------------------------|---|-------|
| Análise sobre "a formulação e a disponibilização de indicadores para a avaliação da qualidade das ações e serviços públicos de saúde". | 1 Não contemplou        | 2 | 22,2  |
|  | 2                       | - | 0,0   |
|  | 3                       | 2 | 22,2  |
|  | 4                       | 2 | 22,2  |
|  | 5                       | 2 | 22,2  |
|  | 6                       | - | 0,0   |
|  | 7 Contemplou plenamente | 1 | 11,1  |
| Obs: Média Ilustrativa – 3,67  | Total                   | 9 | 100,0 |

| Nota | Comentário                      |
|------|---------------------------------|
| 1    | Não há elementos para tal.      |
| 4    | Sem o aprofundamento necessário |

1.68

| Item de análise no RAG  | Alternativas            | n | %     |
|---|-------------------------|---|-------|
| Análise sobre "a disponibilização ao Conselho Nacional de Saúde, com prioridade para os representantes dos usuários e dos trabalhadores da saúde, de programa permanente de educação na saúde para qualificar sua atuação na formulação de estratégias e assegurar efetivo controle social da execução da política de saúde". | 1 Não contemplou        | 1 | 11,1  |
|   | 2                       | 2 | 22,2  |
|   | 3                       | 1 | 11,1  |
|   | 4                       | 1 | 11,1  |
|   | 5                       | 2 | 22,2  |
|   | 6                       | 1 | 11,1  |
|   | 7 Contemplou plenamente | 1 | 11,1  |
| Obs: Média Ilustrativa – 3,89   | Total                   | 9 | 100,0 |

| Nota | Comentário  |
|------|---|
| 1    | Não há elementos para tal.  |
| 7    | O relatório anual de gestão apresentado pelo Ministério da Saúde apresenta muitas fragilidades e inconsistências que dificulta qualquer análise, seja de execução orçamentaria, seja da execução e cumprimento da política de saúde, assim como de metas estabelecidas no Plano de Saúde e PPA. A Necessidade de aprimorar o relatório com indicadores e informações mais detalhadas é importante para que análise possa realmente se converter em propostas de aprimoramento da política de saúde. |



## Apêndice B

### AGRUPAMENTO TEMÁTICO DO QUESTIONÁRIO APLICADO

|  |      |
|--|------|
| <p><b>Considerando o parecer conclusivo do Conselho Nacional de Saúde sobre o RAG 2020 do MS, na sua opinião, o quanto esse parecer contemplou ou não cada item apresentado a seguir na análise da execução orçamentária e financeira do MS?</b></p> <p><b>Para responder, utilize a escala de 1 a 7 pontos, sendo 1 para “não contemplou” e 7 para “contemplou plenamente”.</b></p> |      |
| <p><b>Grupo 1</b><br/> <b>DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE – CRITÉRIOS DE RATEIO LC 141/2012 – TRANSFERÊNCIAS DE RECURSOS PARA ESTADOS E MUNICÍPIOS – MONITORAMENTO DAS AÇÕES DESCENTRALIZADAS - INTEGRAÇÃO COM CONSELHOS ESTADUAIS E MUNICIPAIS</b></p>  |      |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>1.2 A descentralização das ações e serviços públicos de saúde, com direção única em cada esfera de governo</li> </ul>   | 5,22 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>1.3 A regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde</li> </ul>   | 4,22 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>1.11 O cumprimento das pactuações estabelecidas pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT)</li> </ul>   | 3,78 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>1.26 A maior parte dos recursos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos estaduais e Municipais de Saúde transferidos de forma regular e automática, dispensada a celebração de convênio ou outros instrumentos jurídicos</li> </ul>   | 4,89 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>1.27 A descrição das situações específicas e de exceção para as transferências de recursos federais aos Fundos estaduais e municipais de Saúde por meio de convênios e outros ajustes de transferência voluntária</li> </ul>  | 3,44 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>1.28 A redução das desigualdades regionais na oferta de ações e serviços públicos de saúde e a melhora dos índices das condições de saúde da população como decorrência dos recursos transferidos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de saúde</li> </ul>  | 2,89 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>1.29 As transferências financeiras do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde com valores definidos a partir das dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde</li> </ul>  | 2,78 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>1.30 A transferência financeira do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde para garantir as ações necessárias para a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias</li> </ul>   | 3,22 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>1.62 O monitoramento e avaliação dos recursos transferidos aos Estados e Municípios realizados pelo Ministério da Saúde</li> </ul>  | 3,11 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>1.63 O descumprimento da legislação do SUS na utilização dos recursos transferidos para os Estados e Municípios</li> </ul>  | 2,78 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>1.64 A suspensão de transferências de recursos aos Estados e Municípios por causa do descumprimento da legislação do SUS</li> </ul>   | 2,67 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>1.65 A prestação de cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para a modernização dos respectivos Fundos de Saúde</li> </ul>  | 2,56 |
| <p><b>Grupo 2</b><br/> <b>PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE NO SUS – DELIBERAÇÕES DA CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE E DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE -APONTAMENTOS E INDICAÇÕES DE MEDIDAS CORRETIVAS PARA A EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE</b></p>  |      |

| <b>- REFORMULAÇÃO DE PROCEDIMENTOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE CONFORME APONTAMENTOS E RECOMENDAÇÕES DO CNS</b>  |      |
|---|------|
| • 1.5 As Resoluções e Recomendações do Conselho Nacional de Saúde   | 3,89 |
| • 1.6 Diretrizes aprovadas pela 16ª Conferência Nacional de Saúde   | 3,89 |
| • 1.7 As diretrizes para o estabelecimento de prioridades aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde para integrar a Programação Anual de Saúde e a Função Orçamentária Saúde na Lei de Diretrizes Orçamentárias e na lei Orçamentária   | 4,33 |
| • 1.9 A adoção das medidas corretivas de gestão indicadas durante o exercício pelo CNS  | 3,89 |
| • 1.10 A reformulação de procedimentos de gestão a partir dos apontamentos do CNS nos pareceres conclusivos dos RAG dos três exercícios imediatamente anteriores  | 3,44 |
| • 1.59 O cumprimento dos prazos de envio dos relatórios de prestação de contas (anual e trimestrais) pelo Ministério da Saúde   | 6,22 |
| • 1.60 A divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso ao público, sobre a Resolução do Conselho Nacional de Saúde com o resultado da votação do parecer conclusivo sobre o Relatório Anual de Gestão do Ministério da Saúde   | 4,44 |
| • 1.68 A disponibilização ao Conselho Nacional de Saúde, com prioridade para os representantes dos usuários e dos trabalhadores da saúde, de programa permanente de educação na saúde para qualificar sua atuação na formulação de estratégias e assegurar efetivo controle social da execução da política de saúde | 3,89 |
| <b>Grupo 3</b>  |      |
| <b>ACESSO UNIVERSAL E ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE - ATENDIMENTO ÀS NECESSIDADES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO -</b>  |      |
| • 1.1 A realização das ações e serviços públicos de saúde com acesso universal, igualitário e gratuito em todos os níveis de assistência  | 4,78 |
| • 1.4 O atendimento integral à saúde da população, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais   | 4,22 |
| • 1.21 A execução de ações e serviços públicos de saúde de responsabilidade específica do gestor do SUS   | 5,00 |
| • 1.23 O nível de atendimento das necessidades de saúde da população com os valores empenhados, liquidados e pagos  | 3,44 |
| • 1.24 O nível de atendimento das necessidades de saúde da população com os valores da execução financeira dos Restos a Pagar   | 2,78 |
| • 1.25 O investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde  | 3,56 |
| • 1.33 A execução das ações de vigilância sanitária e epidemiológica  | 3,89 |
| • 1.34 A formação de recursos humanos na área de saúde  | 3,44 |
| • 1.36 A execução das ações de saneamento básico e de proteção do meio ambiente diretamente vinculado ao controle de vetores de doenças, nele compreendido o do trabalho, no âmbito do SUS  | 3,33 |
| • 1.37 O saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos   | 2,67 |
| • 1.38 A garantia do direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde   | 3,33 |
| • 1.39 A divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário  | 3,00 |

|   |      |
|---|------|
| • 1.40 A utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática da política e ações de saúde   | 2,78 |
| • 1.41 A capacidade de resolução das ações e serviços de saúde em todos os níveis de assistência  | 3,56 |
| • 1.42 A organização das ações e serviços públicos de saúde de modo sem duplicidade de meios para fins idênticos  | 3,11 |
| • 1.43 O atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral   | 3,11 |
| • 1.47 A execução das ações de saúde para “clientela fechada” (ou seja, para atendimentos em unidades não abertos para a população em geral)  | 3,33 |
| • 1.48 A execução de ações de saneamento básico diretamente vinculado ao controle de vetores de doenças financiadas e mantidas com recursos provenientes de taxas, tarifas ou preços públicos instituídos para essa finalidade                    | 3,44 |
| • 1.49 A execução de ações com limpeza urbana e remoção de resíduos no âmbito do SUS  | 2,78 |
| • 1.50 A execução de ações de preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente ou por entidades não governamentais   | 2,67 |
| • 1.51 A execução de ações de assistência social no âmbito do SUS   | 3,00 |
| • 1.52 A execução de obras de infraestrutura (saneamento, transporte, energia, etc) realizadas para beneficiar direta ou indiretamente a rede de saúde  | 3,11 |
| • 1.67 A formulação e a disponibilização de indicadores para a avaliação da qualidade das ações e serviços públicos de saúde  | 3,67 |
| <b>Grupo 4</b><br><b>INOVAÇÃO E DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO NO ÂMBITO DO SUS – COORDENAÇÃO, CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DA PRODUÇÃO, AQUISIÇÃO, DISTRIBUIÇÃO E UTILIZAÇÃO DE PRODUTOS E INSUMOS ESPECÍFICOS DA SAÚDE</b>                 |      |
| • 1.31 O controle e fiscalização de procedimentos de produção, transporte de produtos e utilização de substâncias e produtos diversos de interesse para a saúde   | 3,44 |
| • 1.32 A produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS   | 3,33 |
| • 1.35 A manutenção e ampliação do processo de desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação no âmbito do SUS   | 3,22 |
| <b>Grupo 5</b><br><b>FINANCIAMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE E EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE – OBJETIVOS E METAS DO PLANO NACIONAL DE SAÚDE E DA PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE – APLICAÇÃO MÍNIMA LEGAL</b> |      |
| • 1.8 O cumprimento dos objetivos e metas explicitados no Plano Nacional de Saúde e na Programação Anual de Saúde   | 4,78 |
| • 1.12 O financiamento federal do SUS com recursos do orçamento da seguridade social da União   | 4,67 |
| • 1.13 O financiamento federal do SUS com recursos do orçamento fiscal da União   | 5,11 |
| • 1.14 O financiamento federal do SUS com recursos da dívida pública federal  | 3,33 |
| • 1.15 O cumprimento da aplicação mínima (piso) federal calculada pelas regras constitucionais e legais   | 6,78 |

|   |      |
|---|------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1.16 O valor total da dotação inicial aprovada na Lei Orçamentária era igual ou superior ao valor do piso federal do SUS</li> </ul>  | 6,22 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1.17 O valor total da dotação orçamentária atualizada, por meio das alterações orçamentárias durante o exercício, era igual ou superior ao valor do piso federal do SUS</li> </ul>   | 6,33 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1.18 A execução da despesa como proporção dos valores atualizados (após a incorporação dos créditos adicionais abertos no exercício) das dotações orçamentárias</li> </ul>   | 6,33 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1.19 Existência de disponibilidade financeira de caixa para os empenhos a pagar no final do exercício</li> </ul>   | 4,78 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1.20 Os valores totais dos Restos a Pagar cancelados ou prescritos no anterior foram aplicados no exercício analisado em ações e serviços públicos de saúde mediante dotação específica para essa finalidade e adicionalmente ao valor do piso federal do SUS do exercício analisado</li> </ul>  | 5,00 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1.22 A execução de ações e serviços públicos de saúde por meio de recursos movimentados pelos: Fundo Nacional de Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Fundação Nacional de Saúde, Agência Nacional de Vigilância em Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar e Grupo Hospitalar Conceição</li> </ul>  | 4,89 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1.44 O pagamento de aposentadorias e pensões dos servidores da saúde</li> </ul>  | 4,00 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1.45 O pagamento da remuneração dos servidores ativos da saúde</li> </ul>  | 3,33 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1.46 O pagamento do pessoal ativo da área de saúde em atividade alheia à referida área</li> </ul>  | 3,22 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1.53 A execução de ações e serviços públicos de saúde custeados com recursos vinculados a fundos específicos ou fontes distintas daquelas utilizadas pelo setor saúde</li> </ul>   | 3,33 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1.54 O Fundo Nacional de Saúde como unidade gestora dos recursos destinados a ações e serviços públicos de saúde, ressalvados os recursos repassados diretamente às unidades vinculadas ao Ministério da Saúde</li> </ul>  | 5,00 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1.55 As receitas correntes (bruta e líquida) e as despesas com ações e serviços públicos de saúde foram apuradas nos demonstrativos bimestrais das despesas com saúde integrante do Relatório Resumido da Execução Orçamentária da Lei de Responsabilidade Fiscal</li> </ul>   | 5,67 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1.56 O montante e fonte dos recursos aplicados em saúde no período analisado</li> </ul>  | 5,89 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1.57 As auditorias realizadas no âmbito do SUS ou em fase de execução no respectivo período e suas recomendações e determinações</li> </ul>  | 4,33 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1.58 A oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada em relação às metas físicas e financeiras e aos indicadores de saúde da população</li> </ul>   | 3,78 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1.61 A destinação dos recursos obtidos pelo Ministério da Saúde com a alienação de ativos adquiridos com recursos vinculados à saúde</li> </ul>  | 2,78 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1.66 O financiamento federal para a implementação de processos de educação na saúde e a transferência de tecnologia visando à operacionalização do sistema eletrônico centralizado das informações de saúde referentes aos orçamentos públicos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, incluída sua execução</li> </ul> | 3,22 |