



SENADO FEDERAL
INSTITUTO LEGISLATIVO BRASILEIRO (ILB)
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Fábio de Barros Correia Gomes

**METAS DO PLANO PLURIANUAL FEDERAL 2012-2015 PARA O
APERFEIÇOAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: COMO MELHORAR O
DESEMPENHO?**

Brasília
2018

FÁBIO DE BARROS CORREIA GOMES

**METAS DO PLANO PLURIANUAL FEDERAL 2012-2015 PARA O
APERFEIÇOAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: COMO MELHORAR O
DESEMPENHO?**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como
requisito à obtenção do grau de especialista em
avaliação de políticas públicas do Instituto
Legislativo Brasileiro do Senado Federal.

Orientador: JOÃO HENRIQUE PEDERIVA

Avaliador: FERNANDO MOUTINHO BITTENCOURT

Brasília, 02 de julho de 2018

Autorização

Autorizo a divulgação do texto completo no sítio do Senado Federal e a reprodução total ou parcial, exclusivamente, para fins acadêmicos e científicos.

Assinatura: _____

Data: __/__/__

Gomes, Fábio de Barros Correia.

Metas do Plano Plurianual Federal 2012-2015 para o aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde : como melhorar o desempenho?. -- 2018.
64 f. : il., gráfs.

Orientador: João Henrique Pederiva.

Trabalho de conclusão de curso (especialização) – Curso de Especialização em Avaliação de Políticas Públicas do Instituto Legislativo Brasileiro do Senado Federal, Brasília, 2018.

1. Plano Plurianual (PPA), Brasil, 2012-2015. 2. Sistema Único de Saúde (Brasil) (SUS). 3. Avaliação de desempenho, Brasil. I. Título.

CDD 352.34

Dedico este trabalho a minha esposa Anna e ao meu filho Fábio.

Agradecimentos

Agradeço aos Profs. Fernando Bittencourt e Rita de Cássia Santos pelas recomendações na fase inicial desse estudo e ao orientador, João Pederiva, pelas sugestões determinantes para a conformação e conclusão deste trabalho.

Falou-lhes outra vez Jesus: Eu sou a luz do mundo; aquele que me segue não andar  em trevas, mas terá a luz da vida.

João 8:12

Resumo

A pesquisa destaca as metas do Programa de Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde (SUS), do Plano Plurianual (PPA) federal 2012-2015, com insuficiência de desempenho na execução física. São descritos os instrumentos para planejamento e monitoramento federais de políticas de saúde e identificadas as potenciais causas de insuficiência de desempenho. O estudo identificou indicadores gerais do programa com problemas a serem monitorados e os objetivos com as maiores insuficiências, em geral associadas a metas de estrutura e resultado, alterações nas políticas públicas e restrição orçamentárias e financeiras. Foram observadas situações em que causas gerenciais e redução de recursos empenhados em relação ao autorizado poderiam justificar o desempenho físico insuficiente. A superação dos problemas identificados pode ser favorecida pela ampliação da transparência dos dados de monitoramento e instituição de meios para se relacionar a execução de metas físicas com a execução orçamentária em futuros PPAs.

Palavras-Chave: Brasil. Planejamento. Sistema Único de Saúde. Metas.

Abstract

The research addresses the level of execution of the goals of the Program for the Improvement of the Unified Health System (SUS), of the Multiyear Plan (PPA) 2012-2015, with emphasis on those with insufficient performance. The instruments for planning and monitoring the federal policies in the health area are described and the potential causes of performance insufficiency are identified. The study found general indicators of the program with problems to be monitored and objectives with the greatest weaknesses, generally associated with goals related to structure and result, change in public policies guidelines and budget constraints. Managerial causes and reduction of budgetary and financial resources could justify insufficient performance in some findings. Increasing the transparency of monitoring data and establishing the means to relate the execution of physical goals to budget execution in future Multiyear Plans can overcome the identified problems.

Key words: Brazil. Planning. Unified Health System. Goals.

LISTA DE TABELAS

	Página
Tabela 1. Características de natureza das 120 metas do Programa no 2015, por objetivo.....	36
Tabela 2. Características de complexidade das 120 metas do Programa no 2015, por objetivo.....	37
Tabela 3. Distribuição do nível de desempenho das 120 metas do Programa no 2015, por objetivo.....	38

LISTA DE QUADROS

	Página
Quadro 1. Destaques na Produção do SUS	13
Quadro 2. Desafios para o SUS	14
Quadro 3. Evolução dos elementos estruturais do PPA a partir de 2004	20
Quadro 4. Evolução dos elementos estruturais do PNS a partir de 2004	24
Quadro 5. Características dos principais relatórios gerados a partir de informações de instrumentos de planejamento federal da saúde	27
Quadro 6. Características de metas do Programa no 2015 com desempenho insuficiente, por objetivo.....	39
Quadro 7. Execução orçamentária e financeira de ações relacionadas a metas com desempenho insuficiente do Programa no 2015 do PPA 2012 – 2015, por objetivo.....	45
Quadro 8. Variações percentuais entre os recursos autorizados, empenhados, liquidados e pagos de ações relacionadas a metas com desempenho insuficiente do Programa no 2015 do PPA 2012 – 2015, por objetivo.....	47

Sumário

1 INTRODUÇÃO	12
2 INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO E MONITORAMENTO FEDERAL NA SAÚDE.....	18
1.1 Plano Plurianual	18
1.2 Plano Nacional de Saúde.....	23
1.3 Programação Anual de Saúde (PAS).....	24
1.4 Integração dos instrumentos de planejamento federal na saúde	25
3 METODOLOGIA.....	29
4 RESULTADOS	32
4.1 Desempenho dos indicadores gerais do Programa nº 2015	32
4.2 Características das metas do Programa nº 2015.....	33
4.3 Desempenho das metas do Programa nº 2015.....	37
4.4 Potenciais causas de desempenho insuficiente	38
5 CONCLUSÃO	51
REFERÊNCIAS.....	54
APÊNDICE A – Informações sobre o banco de dados da pesquisa.....	57
APÊNDICE B – Roteiro de questões para entrevista	61
ANEXO A – Evolução dos resultados de indicadores gerais do Programa nº 2015, entre 2012 e 2015.	63

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 (CF/88) criou o Sistema Único de Saúde (SUS), que objetiva oferecer ações e serviços de saúde de modo universal (abrangendo a toda população do País) e integral (fornecendo os meios para prevenir e curar os mais diversos tipos de doenças e agravos à saúde).

Ao mesmo tempo, a CF/88 também previu a participação do setor privado em ações complementares de saúde. Na prática, o sistema de saúde brasileiro é misto, no que se refere às organizações executoras das ações de saúde, contudo o setor público é o responsável pela definição, regulamentação, acompanhamento e alteração das políticas públicas de saúde.

Para proporcionar os serviços públicos de saúde, volumosos recursos da União são mobilizados. Por exemplo, no período entre 2012 e 2015, o Programa de Aperfeiçoamento do SUS, que reúne as metas relacionadas a esse sistema (distribuídas em 13 objetivos), recebeu uma dotação orçamentária (incluindo o previsto nas Leis Orçamentárias Anuais e em créditos suplementares) de R\$ 338 bilhões (BRASIL, 2016a).

Tais recursos deveriam contribuir para o alcance de metas de aperfeiçoamento do SUS, o que, por sua vez, deveria se refletir na efetiva melhoria das condições de saúde da população. Contudo, as informações geradas pelo Plano Plurianual (PPA), que compatibiliza os programas nacionais, setoriais e regionais de desenvolvimento com os programas e as ações orçamentárias anuais do Governo Federal, não têm sido divulgadas para a sociedade. Sem esses dados para monitorar o desempenho das metas relacionadas às ações do SUS, faltam subsídios para avaliações do sistema.

Por exemplo, o relatório da Subcomissão Especial sobre o SUS da Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF) da Câmara dos Deputados (BRASIL, 2015a) identificou significativos êxitos alcançados (ver Quadro 1), bem como desafios a serem enfrentados (ver Quadro 2), mas não utilizou dados de atingimento de metas do PPA para fundamentar suas conclusões. Ainda assim, o referido relatório recomendou:

[...] incluir no Plano Plurianual (PPA) e no Plano Nacional de Saúde (PNS) objetivos e metas que enfrentem os gargalos do SUS na área de financiamento, gestão, acesso, oportunidade (inclusive sobre tempos de espera para procedimentos e leitos), efetividade e qualidade na prestação de serviços, com foco na satisfação das necessidades de saúde dos usuários” (BRASIL, 2015a, p. 63).

Quadro 1. Destaques na Produção do SUS

- Entre 2002 e 2013: o número de procedimentos ambulatoriais foram de 1,9 milhões para 3,8 milhões; o de atendimentos na atenção básica foram de 868 milhões para 1,2 bilhões; os atendimentos na atenção especializada foram de 146,4 milhões para 447 milhões.
- Entre 2002 e 2014: as internações eletivas passaram de 1,5 milhão para 2,2 milhões, mas as internações por urgência caíram de 10,6 milhões para 8,5 milhões.
- Em 2014: o SUS é reconhecido como o maior sistema público de transplantes de órgãos do mundo; 98% do mercado de vacinas é movimentado pelo SUS; ocorreram 19 milhões de procedimentos oncológicos e 2,6 milhões de procedimentos de quimioterapia.
- O SUS colaborou na obtenção de resultados de impacto: Esperança de vida ao nascer subiu de 70 para 75 anos, entre 2001 e 2014; a taxa de mortalidade infantil (por mil nascidos vivos) caiu de 26,1 a 14,5, entre 2001 e 2013.

Fonte: Relatório da Subcomissão Especial sobre o SUS da Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF) da Câmara dos Deputados (BRASIL, 2015a, p.50).

O próprio teor da recomendação da referida Subcomissão sugere a existência de relevantes omissões em metas do PPA. Para que o sistema federal de prestação de contas tenha sua utilidade ampliada, no monitoramento, na avaliação e no planejamento das ações federais na área da saúde, é relevante conhecer os dados do PPA, de modo a orientar os aperfeiçoamentos necessários.

As consequências do pouco uso sistemático de informações qualificadas, no nível estratégico das políticas de saúde, são facilmente percebidas na situação atual do SUS. O desconhecimento generalizado, sobre o que o sistema se propõe a produzir, o que de fato produz e com que grau de adequação, dificultam a valorização dessas entregas pela população. O que sobressai é a insatisfação ampla, decorrente de graves falhas do sistema (como filas de espera e atendimentos de saúde não disponíveis), mas que não chegam a ser quantificadas nem constituem objeto de metas que abordem solução ao longo do tempo e dos ciclos de planejamento, execução e controle orçamentários.

Quadro 2. Desafios para o SUS

- 51% da população das capitais brasileiras está com excesso de peso;
- 23,6% declararam ser hipertensos e 16,4% da população das capitais relatam consumo abusivo de álcool;
- A incidência de sífilis está se elevando no País (aumentou 1000% entre gestantes de 2006 a 2013);
- Dados do SISCAN, sobre atendimentos de câncer no SUS, entre 2013 e abril de 2015, indicam que foram registrados 25.162 casos e apenas 12.310 iniciaram tratamento e para 43% dos que iniciaram, o prazo de 60 dias não foi respeitado;
- O exame de palpação das mamas foi responsável por 80% dos tumores descobertos, mas o câncer já se encontrava em estágio avançado.
- Na faixa etária prioritária (50 a 69 anos), 40% das mulheres não fazem o exame da mamografia (há controvérsias técnicas sobre a faixa etária ideal para realização do exame mamografia).
- A taxa de mortalidade por câncer de mama na faixa de 30 a 69 anos por 100 mil mulheres tem aumentado no Brasil, de modo que o objetivo do milênio relacionado a essa doença não será cumprido;
- O Brasil lidera estatísticas mundiais de amputações de membros inferiores (o que sinaliza para alta prevalência de diabetes sem o devido controle);
- A média de leitos hospitalares no Brasil (por 1.000 habitantes) é 2,3; enquanto que na Alemanha é 8,2; na França, 6,4; na Argentina, 4,7; na Espanha, 3,1; Reino Unido, 2,9 e Canadá, 2,7.

Fonte: Relatório da Subcomissão Especial sobre o SUS da Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF) da Câmara dos Deputados (BRASIL, 2015a, p.51).

Considerando que as informações existentes sobre saúde não estão recebendo a adequada divulgação nem tem sido objeto de debate regular, no nível federal, os gestores responsáveis, em geral, não têm sido demandados com base em dados e evidências (BRASIL, 2015a). Isso, num contexto em que a responsabilização já é dificultada pelo compartilhamento constitucional de responsabilidades na saúde, pelos gestores dos níveis federal, estadual e municipal.¹

O pouco uso de informações disponíveis pode estar associado a uma cultura administrativa que não valoriza sua utilização de modo estratégico. Essa tendência pode ser observada, por exemplo, na evolução do próprio planejamento estratégico no nível federal. Arantes Paulo (2010) considera que, após mais de 20 anos após a CF/88, o PPA, “ainda não foi reconhecido como um efetivo instrumento de planejamento e gestão estratégica”, chegando a mencionar que esse instrumento tem sido identificado como um “documento burocrático e de

¹ Por exemplo, a Constituição Federal de 1988 estabelece competência comum aos três entes da federação para cuidar da saúde da população (art. 23, II), para legislar sobre saúde (art. 24, XII) e cooperar técnica e financeiramente para atender à saúde da população (art. 30, VII).

pouca utilidade”. Pederiva e Rennó (2015, p. 205) identificaram que “no Brasil não há evidência de responsividade democrática dos gastos com respeito às agendas da população.”

Entretanto, instrumentos de planejamento, como o orçamento público, são de grande utilidade para o controle externo das ações de governo, “na medida em que estas dependem de recursos econômicos para serem levadas a efeito” (BITTENCOURT, 2009, p. 21). Segundo Santos (2011, p. 16) o orçamento público “é *locus* privilegiado de evidenciação do processo de mobilização de recursos em prol de uma política.”

No que se refere a políticas de saúde pública, embora exista forte demanda pela solução de problemas relacionados ao SUS, por parte da sociedade, que exige transparência e qualidade nas políticas públicas, em geral, atores governamentais e da sociedade civil não têm atribuído relevância ao monitoramento de metas do PPA e da execução orçamentária de ações relacionadas ao SUS, o que se expressa pelo pouco uso da informação produzida e pela quase inexistência de consequências para os gestores das políticas que não atingem metas do PPA ou de execução orçamentária, apesar da previsão constitucional da imputação de crime de responsabilidade por descumprimento de lei orçamentária.²

Os dados presentes nos detalhados relatórios produzidos pelo setor de planejamento do Executivo federal, com apoio dos ministérios setoriais (no caso em análise, o Ministério da Saúde), e encaminhados ao Congresso Nacional, no primeiro semestre de cada ano, sobre o desempenho dos indicadores do PPA, praticamente não são analisados substantivamente, pelas Casas Legislativas, recebendo tratamento burocrático; nem recebem atenção da mídia, apesar de oferecerem uma visão da situação das políticas públicas do País.³

Em estudo prévio (GOMES, 2016), baseado em relatório do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão - MPOG (Brasil, 2016a), foi possível observar que 50% das metas físicas relacionadas ao SUS do programa do PPA 2012-2015 não foram plenamente alcançadas, sendo que 14% delas tiveram desempenho baixo ou muito baixo. A metodologia utilizada também facilitou a comparação dos indicadores desse período com os subsequentes, aprovados pelo Congresso, para o PPA de 2016-2019, indicando a factibilidade do monitoramento de metas na área da saúde pelo Legislativo.

Também foram detectados indicativos de insuficiente execução orçamentária nesse

² Pinto (2015) indicou que “os atos do Presidente da República que atentem contra a lei orçamentária são considerados crimes de responsabilidade (art. 85, VI), dispositivo regulamentado pelo art. 10 da Lei nº 1.079, de 10 de abril de 1960, (que define os crimes de responsabilidade), alterada pela Lei nº 10.028, de 2000”.

³ O autor é membro da Consultoria Legislativa da Câmara dos Deputados desde 2003 e nesse período não observou debates na Câmara dos Deputados ou na mídia sobre aspectos técnicos de políticas públicas de saúde, por ocasião da apreciação de projetos de PPA.

programa. Por exemplo, em 2015, segundo o MPOG (BRASIL, 2016a), foi executada 83% da dotação desse programa, sendo que as despesas correntes tiveram execução de 91%, enquanto as despesas de capital, de apenas 11%. Assim, deixaram de ser executados, numa política pública carente de recursos, R\$ 16,2 bilhões, dos quais R\$ 8,3 bilhões em despesas correntes e R\$ 7,9 bilhões em despesas de capital.

Quando se considera o período de 2012 a 2015, os recursos executados corresponderam a 88% da dotação desse programa, sendo que as despesas correntes tiveram execução de 95%, enquanto as despesas de capital, de apenas 29%. Desse modo, não foram executados nesse programa, de 2012 a 2015, R\$ 40,4 bilhões, dos quais R\$ 16,2 bilhões em despesas correntes e R\$ 24,2 bilhões em despesas de capital (BRASIL, 2016a).

Essas informações sobre insuficiente execução orçamentária em ações relevantes para o SUS, corroboram achados do Grupo de trabalho da Comissão de Direitos Humanos e Minorias (CDHM), objetivando o levantamento da situação dos hospitais de urgências médicas do SUS. Esse Grupo constatou problemas em vários serviços públicos de urgência do País e debateu causas, com destaque para o subfinanciamento do SUS e a execução incompleta do orçamento do Ministério da Saúde em ações de investimento na rede do SUS (BRASIL 2014a).

Em suma, apesar de referências, sobre dificuldades na utilização das informações do PPA, incluindo a “inadequação dos indicadores para mensurar os resultados dos programas” (SANTOS, 2012, p. 52) e a sua pouca utilização em análises de desempenho (CAVALCANTE, 2010); com base nos dados preliminares obtidos a partir da análise exploratória do PPA (GOMES, 2016), foi considerado relevante o aprofundamento da análise sobre a utilização de suas informações em política pública específica.

Nesse contexto, essa pesquisa buscou aumentar o conhecimento a respeito do nível de execução das metas do Programa de Aperfeiçoamento do SUS, do PPA 2012-2015, com foco naquelas que apresentavam insuficiência de desempenho. Esse período foi selecionado por representar aquele mais recente em que se dispõe de informações consideradas finais, sobre o desempenho de metas e, também, sobre a execução orçamentária de ações relacionadas ao programa em análise.

A questão que norteou a pesquisa foi: Quais metas do Programa de Aperfeiçoamento do SUS apresentam insuficiência de desempenho no período de 2012 a 2015 e quais seriam as principais causas e providências para superar a situação?

Assim, buscou-se identificar fatores que contribuíram para os resultados não satisfatórios, permitindo reflexão sobre possíveis causas dessa situação, em que o legislado (considerando que o PPA decorre de lei aprovada pelo Congresso Nacional) não se

concretizou, por meio das ações executivas pertinentes.

Os objetivos da pesquisa foram:

- 1) identificar critérios para aferição do nível de desempenho das metas dos 13 objetivos que compõem o Programa de Aperfeiçoamento do SUS no PPA 2012-2015;
- 2) selecionar as metas com nível de desempenho insuficiente;
- 3) identificar as potenciais causas de insuficiência de desempenho;
- 4) propor encaminhamentos para a superação das insuficiências de desempenho identificadas.

Em relação a este último objetivo, cumpre esclarecer que, apesar da eventual descontinuidade, na metodologia de elaboração do programa relacionado ao SUS, no PPA subsequente, a institucionalidade subjacente e que permeia as ações pertinentes pode não se alterar com a mesma rapidez, de modo a continuar passível dos aperfeiçoamentos indicados. Desse modo, os encaminhamentos indicados integram os aprendizados e os acréscimos de conhecimentos relevantes para o cabedal de instituições existente.

Após esse capítulo introdutório, o segundo apresentará informações sobre os instrumentos usados para o planejamento e monitoramento federal na área da saúde. O terceiro capítulo abordará a metodologia empregada na pesquisa, o quarto apresentará os resultados e o quinto, as conclusões.

2 INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO E MONITORAMENTO FEDERAL NA SAÚDE

Esse capítulo apresenta informações, sobre os instrumentos utilizados, no planejamento e monitoramento federais da área de saúde, uma vez que são fundamentais para a compreensão dos processos pertinentes e a identificação das fontes de informações relevantes para o conhecimento do desempenho de metas do Programa de Aperfeiçoamento do SUS no PPA do período 2012 – 2015. Os seguintes instrumentos serão destacados, em seções específicas: o PPA, o Plano Nacional de Saúde (PNS) e a Programação Anual de Saúde (PAS). Para cada um, será salientada sua base legal e infralegal (de âmbito geral e também no específico para a saúde), suas principais características, bem como breve histórico de alterações nos instrumentos, conforme informações coletadas em palestra proferida por Moreira (2017) na Câmara dos Deputados.

Vale salientar que o Brasil não possui um instrumento de planejamento que ofereça uma visão de longo prazo para o setor saúde.⁴ Por essa razão esse estudo apresenta os instrumentos de médio prazo (PPA e PNS), seguidos por um de curto prazo (PAS).

Em seguida, uma seção abordará o uso integrado dos instrumentos de planejamento federal na saúde e, finalmente, serão comentadas as informações que são geradas por esses instrumentos.

1.1 Plano Plurianual

A base legal para o planejamento orçamentário federal de todas as políticas públicas encontra-se principalmente no art. 165 da CF/88 (BRASIL, 1988). Desse modo, leis de iniciativa do Poder Executivo estabelecerão: o plano plurianual e as diretrizes orçamentárias e os orçamentos anuais. Conforme o § 1º, do art. 165, *“a lei que instituir o plano plurianual*

⁴ Tramita na Câmara dos Deputados o PL 1.646/2015, de autoria do Sr. Odorico Monteiro, que objetiva instituir o Plano Decenal de Saúde.

estabelecerá, de forma regionalizada, as diretrizes, objetivos e metas da administração pública federal para as despesas de capital e outras delas decorrentes e para as relativas aos programas de duração continuada”.

Assim, o PPA é instituído por lei, com periodicidade de quatro anos, e regulamentado por meio de decreto e portaria presidenciais, a exemplo do Decreto nº 8.759/2016, que regulamenta a Lei 13.249/2016, e a Portaria GM MPDG nº 347/2016, a qual define critérios e procedimentos para o monitoramento, a avaliação e a revisão do PPA em vigor.

A Lei 10.180/2001 organiza e disciplina os Sistemas de Planejamento e de Orçamento Federal, deixando claras as responsabilidades do planejamento setorial, na União, como é o caso da responsabilidade do Ministério do Planejamento em elaborar a metodologia do PPA.

Com relação aos aspectos específicos do planejamento federal na saúde, o conteúdo das políticas está expresso nos artigos 196 a 200 da CF/88.

O art. 196 define o escopo da área ao estabelecer que *“a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.*

O art. 197 explicita que:

são de relevância pública as ações e os serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privada.

O art. 198 aborda especificamente os serviços públicos de saúde e estabelece diretrizes para o funcionamento do sistema público, indicando que:

as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade.

O Sistema de Único de Saúde (SUS) é regulamentado, pela Lei 8.080/1990, a qual define as competências dos entes federados, em relação ao sistema, de modo que ao Ministério da Saúde (MS) não cabe executar todas as ações. Seu foco maior de atuação é a formulação de

políticas, regulação e participação no financiamento; embora participe de algumas execuções diretas de serviços de saúde. Em geral, a execução de serviços de saúde compete aos Municípios (art. 18).

O art. 16 da Lei 8.080/1990 define que, entre as competências da direção nacional do SUS, inclui-se “*elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal*”.

O Decreto 8.901/2016 também aborda a competência do Ministério da Saúde na política nacional de saúde e na coordenação e fiscalização do SUS.

O Decreto 7.508/2011 regulamenta a Lei 8.080/1990 e aborda questões de planejamento, introduzindo o Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP) como parte do planejamento ascendente (que se inicia a partir dos municípios).

A Lei Complementar nº 141/2012 regulamenta aspectos do financiamento, mas também normas de fiscalização, avaliação e controle no SUS.

Finalmente, a Portaria 2.135/2013 estabelece diretrizes para o processo de planejamento, no âmbito do SUS, detalhando procedimentos relacionados aos instrumentos de planejamento federal na saúde.

No contexto desse arcabouço normativo, o PPA tem sofrido modificações em sua metodologia de elaboração, o que afeta o planejamento federal de todas as políticas públicas, inclusive as de saúde. Como se observa, no Quadro 3, no PPA de 2004-2007 e no de 2008-2011, os elementos estruturantes eram os mesmos. No PPA 2012-2015 houve modificação nesses elementos e as ações orçamentárias passaram a ser vinculadas a iniciativas. O PPA 2016-2019 manteve a estrutura do PPA anterior, contudo, as ações orçamentárias passaram a ser vinculadas aos objetivos.

Quadro 3. Evolução dos elementos estruturais do PPA a partir de 2004.

Instrumento / Período	Elementos estruturais
PPA 2004-2007	Programas, objetivos, indicadores, ações orçamentárias
PPA 2008-2011	Programas, objetivos, indicadores e ações orçamentárias
PPA 2012-2015	Programas, indicadores, objetivos, metas, iniciativas (ações)
PPA 2016-2019	Programas, indicadores, objetivos (ações), metas, iniciativas

Fonte: Moreira (2017).

Relatório produzido pelo Senado Federal (BRASIL, 2016b, p. 45) destacou uma das alterações na estrutura do PPA 2012-2015, que *“incidiu sobre os custos associados à execução das iniciativas e metas de cada objetivo,”* de modo que *“essa informação foi suprimida e substituída por um único valor agregado aplicável indistintamente a todos os objetivos do Programa Temático”*. Segundo o referido relatório, *“essa alteração tornou inviável a aferição do custo de oportunidade das intervenções propostas”*.

No caso da saúde, é relevante salientar que, antes do PPA 2012-2015, os objetivos do SUS eram abordados em cerca de 15 programas, que, na prática foram convertidos em objetivos do Programa de Aperfeiçoamento do SUS, que é registrado com o número 2015 (MOREIRA, 2017).

O programa do PPA relacionado à saúde tem sido elaborado pelo Governo federal, com a participação do Ministério da Saúde e, também, poderia contar com recomendações das Conferências Nacionais de Saúde (criadas pela Lei 8.142/1990). Contudo, isso não tem ocorrido, na prática, pois as conferências têm ocorrido após o prazo de elaboração do PPA.

O referido Programa nº 2015, bem como todo o PPA, é submetido a análise e deliberação do Congresso Nacional e, na área da saúde, a atividade de emendamento ao PPA tem sido pequena e não articulada com a área técnica do MS (MOREIRA, 2017).

Uma vez conhecida a base legal e o contexto geral de elaboração do PPA, especificam-se os objetivos do Programa nº 2015, do PPA 2012 – 2015, como recorte necessário do objeto do estudo. São eles:

1. Objetivo 713 - Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e a atenção especializada.
2. Objetivo 714 - Reduzir os riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.
3. Objetivo 715 - Promover atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementar a Rede Cegonha, com especial atenção às áreas e populações de maior vulnerabilidade.
4. Objetivo 717 - Aprimorar a rede de urgência e emergência, com expansão e adequação de UPAs, SAMU, PS e centrais de regulação, articulando-a com as outras redes de atenção.
5. Objetivo 718 - Fortalecer a rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas.
6. Objetivo 719 - Garantir a atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos

portadores de doenças crônicas, estimulando o envelhecimento ativo e saudável e fortalecendo as ações de promoção e prevenção.

7. Objetivo 721 - Contribuir para a adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações do trabalho dos profissionais de saúde.
8. Objetivo 724 - Implementar novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, na gestão participativa com foco em resultados, na participação social e no financiamento estável.
9. Objetivo 725 - Qualificar instrumentos de execução direta, gerando ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.
10. Objetivo 726 - Garantir assistência farmacêutica no âmbito do SUS.
11. Objetivo 727 - Fortalecer o complexo industrial e de ciência, tecnologia e inovação em saúde, como vetor estruturante da agenda nacional de desenvolvimento econômico, social e sustentável, reduzindo a vulnerabilidade do acesso à saúde.
12. Objetivo 728 - Aprimorar a regulação e a fiscalização da saúde suplementar, articulando a relação público-privado, gerando maior racionalidade e qualidade no setor saúde.
13. Objetivo 729 - Promover internacionalmente os interesses brasileiros no campo da saúde, bem como compartilhar as experiências e saberes do SUS com outros países, em conformidade com as diretrizes da Política Externa Brasileira.

Cada um desses objetivos possui metas físicas bem especificadas, no PPA, cujas características são apresentadas na Seção 4.2. Aos objetivos também estão vinculadas as iniciativas (foram 141 entre 2012 e 2015),⁵ as quais possuem relações com as metas físicas. Infelizmente, as relações entre iniciativas e metas físicas não são especificadas nos relatórios do PPA.⁶

O PPA 2012 – 2015 também apresenta 14 metas, sob a responsabilidade do MS, mas que não fazem parte do Programa nº 2015. Em geral, abordam temas de saneamento e de segurança alimentar e nutricional, contudo não se relacionam diretamente ao SUS.

⁵ Consulta realizada por meio do SIOP Gerencial identificou 37 iniciativas no Objetivo 713; 35, no 714; 4, no 715; 5, no 717; 3, no 718; 3, no 719; 10, no 721; 10, no 724; 6, no 725; 12, no 726; 9, no 727; 3, no 728; e 2, no 729.

⁶ Embora as relações entre iniciativas e metas físicas possam ser deduzidas, em alguns casos, não há publicação que lhes dê interpretação autêntica ou mesmo facilite essa tarefa interpretativa.

Finalmente, vale destacar a estrutura administrativa responsável, pelo planejamento federal da saúde, incluindo o PPA. A Secretaria Executiva do MS coordena o monitoramento das ações da pasta, por meio da Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO), contudo, em todas as secretarias do MS, há órgãos setoriais de planejamento e orçamento. O MS ainda possui o Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS), também situado na Secretaria Executiva do MS, que, em conjunto com a SPO, coordena a produção de relatórios e a estrutura de monitoramento (MOREIRA, 2017).

Os documentos relacionados aos PPA são disponibilizados ao público, por intermédio do sítio da Internet do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão (MPDG).⁷

1.2 Plano Nacional de Saúde

Segundo Moreira (2017), são várias as normas que fazem referência às funções do Plano Nacional de Saúde, destacando-se: a definição de objetivos e metas (LC 141/2012, art. 2º, II); a previsão de transferência de recursos (LC 141/2012, art. 17, §3º); a orientação da proposta orçamentária (Lei 8.080/1990, art. 15, X); a compatibilização das necessidades da política com a disponibilidade de recursos (Lei 8.080/1990, art. 36, e o Decreto nº 7.508/2011, art. 15, §2º); a atuação como base das atividades e programações do SUS (Lei 8.080/1990, art. 36, §1º) e a premissa para a transferência de recursos (Lei 8.080/1990, art. 36, §2º).

O PNS tem a mesma periodicidade quadrienal do PPA. Ambos instrumentos são sincronizados e elaborados concomitantemente. São similares, porém não são idênticos. Segundo Moreira (2017), a compatibilidade entre esses instrumentos seria de 80% no PPA 2012-2015 e de 97% no PPA 2016-2019. A principal diferença entre o PPA e o PNS é que, naquele, os objetivos do SUS estão agrupados no Programa nº 2015, existindo alguns outros objetivos de interesse do MS (como saúde indígena e saneamento) que estão inseridos em outros programas; enquanto no PNS, todos os objetivos de interesse da saúde estão reunidos nesse instrumento setorial. O PNS também tem a particularidade de ser aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS).

A proposta do PNS é encaminhada pelo MS ao CNS no mesmo prazo que essa instituição tem para enviar a proposta do PPA ao Congresso Nacional. Para o PPA 2016-2019, ora vigente, o prazo foi até 31 de agosto de 2015.

Como se observa no Quadro 4, os elementos estruturais do PNS têm passado por muitas alterações. Contudo, a modificação mais relevante foi que os objetivos e as metas tornaram-se

⁷ Disponível em: www.planejamento.gov.br/assuntos/planeja/plano-plurianual

cada vez mais similares nesses instrumentos e que o PNS tem se destacado por conter uma análise situacional mais profunda do que a do PPA (MOREIRA, 2017).

Os documentos relacionados aos PNS são disponibilizados ao público, por meio do sítio da Internet do MS.⁸

Quadro 4. Evolução dos elementos estruturais do PNS a partir de 2004.

Instrumento / Período	Elementos estruturais
PNS 2004-2007	Princípios orientadores, análise situacional, objetivos, diretrizes, metas
PNS 2008-2011	Análise situacional, indicadores, objetivos, diretrizes, metas
PNS 2012-2015	Análise situacional, indicadores, objetivos, diretrizes, metas
PNS 2016-2019	Análise situacional, indicadores, diretrizes (CNS), objetivos, metas

Fonte: Moreira (2017).

1.3 Programação Anual de Saúde (PAS)

A PAS é uma inovação do setor saúde, que permite aos gestores do setor obter metas anuais, a partir daquelas presentes no PPA, de modo a facilitar o monitoramento. Sua periodicidade é anual, consistindo num detalhamento do PNS (MOREIRA, 2017).

A PAS deveria ser enviada pelo MS ao CNS, até abril, antes do Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias (PLDO), conforme determina a Lei Complementar 141/2012 (art. 36, §2º). Contudo isso não tem ocorrido, devido a dificuldades em obter dados, sobre recursos para as ações orçamentárias, e uma estimativa real para as metas antes de existir a LDO (MOREIRA, 2017).

Na PAS, foi realizada tentativa de associar ações orçamentárias com metas, por meio da adoção de fichas de qualificação de indicadores e de metas. Contudo, o retorno dessa informação, pelas áreas técnicas responsáveis no MS, foi muito baixo, indicando dificuldades em recuperar esses dados (MOREIRA, 2017). Os documentos relacionados à PAS são disponibilizados ao público, por meio do sítio do MS na internet.⁹

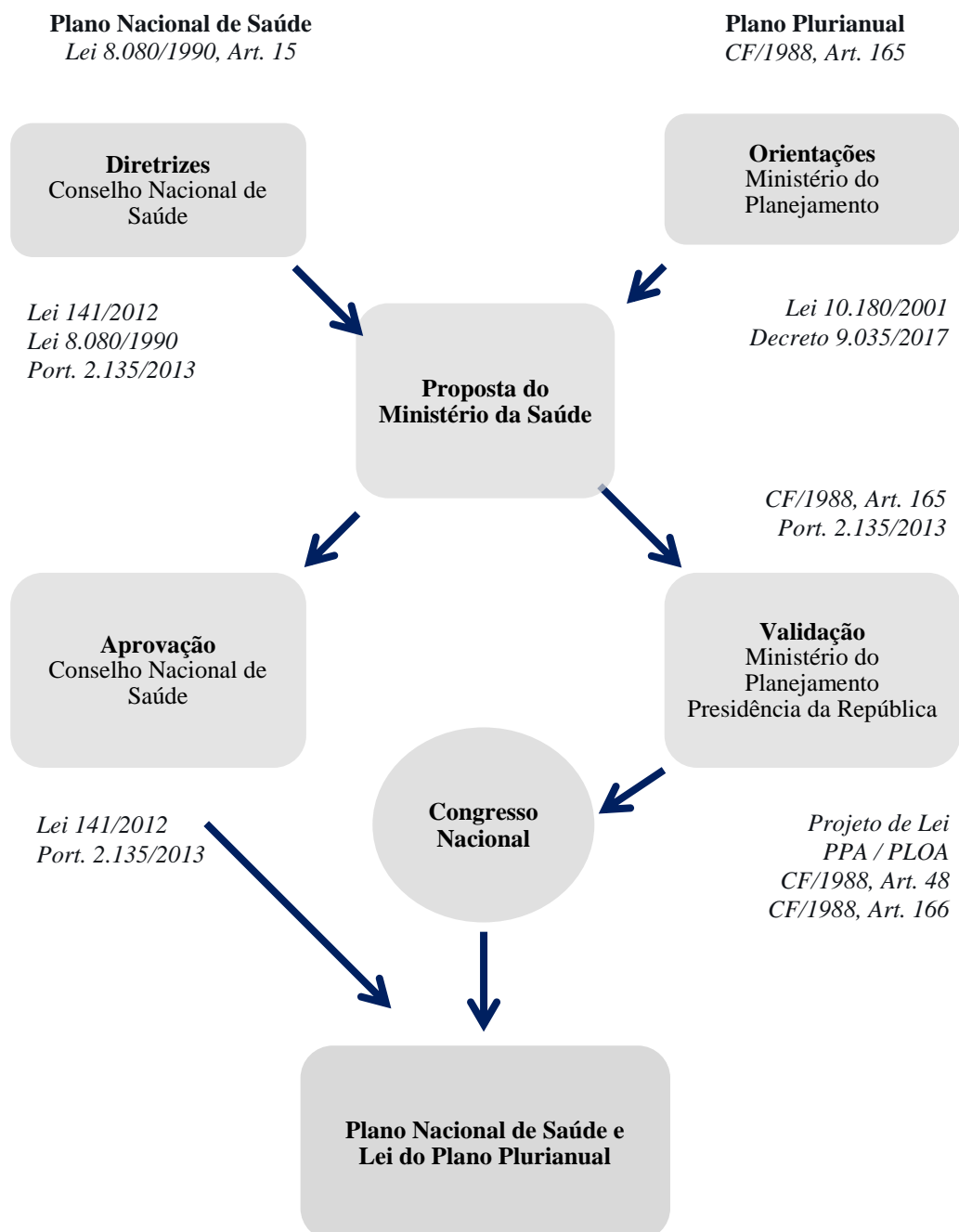
⁸ Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/gestao-do-sus/planos-programacoes-e-relatorios-de-gestao-do-sus>.

⁹ Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/gestao-do-sus/planos-programacoes-e-relatorios-de-gestao-do-sus>.

1.4 Integração dos instrumentos de planejamento federal na saúde

A estrutura administrativa do MS é responsável por integrar os instrumentos mencionados, de modo a atender ao cronograma demandado para o planejamento federal na saúde, conforme sua base normativa, de acordo com o fluxo sintetizado na Figura 1.

Figura 1. Fluxo de tramitação dos instrumentos de planejamento federal na saúde, conforme suas bases normativas.



Fonte: Reproduzido de Moreira (2017).

Assim, o MS consolida uma proposta, contendo objetivos, metas e indicadores que atendem a todos os instrumentos.¹⁰

Os dados para alimentação dos instrumentos são coletados por intermédio de um sistema interno do MS, o Sistema de Monitoramento do Planejamento Estratégico do MS – PEMS (Ecar). O Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento – SIOP é usado para formulação e monitoramento do PPA.

Da integração desses instrumentos, segundo Moreira (2017), são gerados relevantes relatórios para monitoramento e avaliação de políticas de saúde, destacando-se: a Mensagem Presidencial (MPR), a Prestação de Contas da Presidência da República (PCPR), o Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas (RQPC), o Relatório Anual de Gestão (RAG), os Relatórios de Gestão para o TCU (RGTCU) e o Relatório de Monitoramento e Avaliação do PPA (RPPA). As características gerais desses relatórios estão sintetizadas no Quadro 5.

A MPR é apresentada na abertura da sessão legislativa, anualmente, em 4 de fevereiro. Sua estrutura não é rígida, não é exigido que se apresente resultados de todas as metas que estão no PPA e geralmente foca no que se considerou relevante na gestão (MOREIRA, 2017). Os documentos relacionados à MPR são disponibilizados ao público, por meio do sítio da Internet da Casa Civil da Presidência da República.¹¹

A PCPR é apresentada 60 dias, após a abertura da sessão legislativa, até 2 de abril. Em geral, o Ministério da Transparência seleciona temas específicos a serem tratados nesse relatório (MOREIRA, 2017). Os documentos relacionados à PCPR são disponibilizados ao público, por meio do sítio da Internet do Ministério da Transparência e Controladoria Geral da União.¹²

O RQPC deve ser apresentado para o CNS, a cada 4 meses, e também em audiência pública, no Congresso Nacional (em maio, setembro e fevereiro), conforme indicadores padronizados pelo CNS.¹³ Assim que o RQPC é elaborado, é enviado um Aviso do Ministro da Saúde para o Congresso, solicitando agendamento da audiência. Esse relatório é usado para monitorar a PAS (MOREIRA, 2017). Os documentos relacionados ao RQPC são

¹⁰ O PPA 2016 - 2019 (MOREIRA, 2017), possui 14 objetivos de saúde e o PNS e a PAS, 13. O número de metas é idêntico nos três instrumentos (121). Esse PPA possui 162 iniciativas (o PNS não as têm) e 40 indicadores (o PNS possui 34).

¹¹ Disponível em: <http://www.casacivil.gov.br/aceso-a-informacao/mensagem-presidencial>.

¹² Disponível em: <http://www.cgu.gov.br/assuntos/auditoria-e-fiscalizacao/avaliacao-da-gestao-dos-administradores/prestacao-de-contas-do-presidente-da-republica>.

¹³ Tramita no Congresso Nacional o Projeto de Resolução do Congresso Nacional PRN nº 08/2015, de autoria do Sr. Betinho Gomes, que objetiva regulamentar os procedimentos para que as audiências de apresentação do RQPC ocorram de modo regular, uma vez que isso não tem ocorrido.

disponibilizados ao público, por meio do sítio da Internet do MS.¹⁴

Quadro 5. Características dos principais relatórios gerados a partir de informações de instrumentos de planejamento federal da saúde.

Relatórios	Periodicidade	Foco do relatório
Mensagem Presidencial	A cada quatro anos	Resultados gerais da gestão
Prestação de Contas da Presidência da República	A cada quatro anos	Temas específicos de políticas selecionadas.
Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas	Quadrimestral	Monitoramento de indicadores padronizados.
Relatório Anual de Gestão	Anual	Monitoramento do Plano Nacional de Saúde
Relatório de Gestão (TCU)	Anual	Monitoramento do Plano Nacional de Saúde
Relatório de Monitoramento e Avaliação do PPA	Semestral	Monitoramento do Plano Plurianual

Fonte: Adaptado de Moreira (2017).

O RAG, também apresentado anualmente, até 30 de março, precisa ser aprovado pelo CNS. Esse relatório é usado para monitorar o PNS (MOREIRA, 2017). Os documentos relacionados ao RAG são disponibilizados ao público, por meio do sítio da Internet do MS¹⁵.

Os RTCU não se referem a todo o MS, mas a setores específicos, como as Secretarias do MS; geralmente são relacionados à execução orçamentária e são extensos (MOREIRA, 2017). Em geral, são enviados eletronicamente ao TCU até 31 de março. Não estão disponíveis ao público, por meio da Internet.

O RPPA está inserido no SIOP, sendo elaborado semestralmente. Avaliações do PPA são disponibilizadas ao público, por meio do sítio da Internet do Planalto.¹⁶

¹⁴ Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/gestao-do-sus/planos-programacoes-e-relatorios-de-gestao-do-sus>.

¹⁵ Disponível em <http://portalms.saude.gov.br/gestao-do-sus/planos-programacoes-e-relatorios-de-gestao-do-sus>.

¹⁶ Disponível em: <http://dados.gov.br/dataset/plano-plurianual-2016-2019-avaliacao>.

Considerando a variação nos prazos de entrega dos relatórios, é possível que ocorram variações nos seus dados, devido à disponibilidade de informação na época de elaboração de cada um.

Além desses relatórios, a SOP tem realizado estudos internos, sobre a situação do alcance das metas (MOREIRA, 2017). Por exemplo, para o ano de 2016, com base na PAS, foi observado que 27% das metas do PNS estavam com desempenho de até 25%. Ao categorizar as metas como de estrutura (física), processo (serviços de saúde) ou resultado (de políticas públicas, dependendo do objetivo), aquele autor observou que as de estrutura apresentaram desempenho inferior em 2016. Ao classificar as metas como de esforço amplo (dependente de outros entes para obtenção de resultado) ou restrito (dependendo apenas do MS para obtenção de resultado), observou que estas obtiveram melhor desempenho em 2016.

Esse último achado é relevante, num contexto em que a União tem se utilizado da “descentralização para execução do orçamento na Função Saúde, de forma que, em 2014, 67% foi executado pelos estados e Distrito Federal (19%) e municípios (48%)” (BRASIL, 2015b, p. 4).

Diante dos dados gerados, a partir dos instrumentos referidos, Moreira (2017) destaca como desafios para implementação do planejamento federal na saúde: a complexidade do SUS e as fragilidades no planejamento.

No primeiro elemento, são mencionados (MOREIRA, 2017): o grande número de municípios e autonomia federativa; a diversidade regional, com tipos heterogêneos de ações e serviços de saúde; a alocação e a capacitação de pessoal e de insumos para atender às necessidades; o descompasso entre oferta e demanda, refletidas nas filas para tratamentos; a limitação dos recursos disponíveis; e a limitada capacidade de execução (ainda que houvesse mais recursos).

A respeito da fragilidade no planejamento, Moreira (2017) destaca: a descon sideração de fatores relevantes, como limitações de período eleitoral e deficiências de articulação entre os entes; adoção de estimativas irrealistas para metas; análise insuficiente de situação, em alguns casos; descon sideração do histórico de execução de atividades; e descon sideração da atividade de monitoramento. Entretanto, o autor sugere que a “saúde é privilegiada por uma robusta estrutura complementar” ao PPA, que “dá institucionalidade ao processo”. Contudo tal estrutura ainda não tem visibilidade. Tais informações indicam que, ao menos no setor federal da saúde, há potencialidade de os dados do PPA e de seus instrumentos complementares serem úteis para análises de desempenho de políticas públicas.

3 METODOLOGIA

Como já referido nos objetivos, a pesquisa busca identificar critérios de aferição do nível de desempenho das metas dos objetivos do Programa de Aperfeiçoamento do SUS no PPA 2012-2015, priorizando as metas com nível de desempenho insuficiente, identificando as potenciais causas dessa situação e propondo alternativas para a superação dessas limitações.

A análise documental e bibliográfica foi utilizada para consolidar a revisão da literatura. O levantamento de informações, sobre os instrumentos de planejamento federal na saúde, apresentados no capítulo anterior, foi fundamental para identificação dos processos de planejamento e para a identificação de potenciais fontes de informação sobre dados secundários de instituições governamentais.

Além de verificar o desempenho das metas físicas do Programa nº 2015 do PPA 2012 – 2015, foi observado o nível de desempenho dos 28 indicadores gerais deste programa. Esses indicadores oferecem uma visão geral do desempenho do programa – sem uma associação explícita a todos os objetivos e metas do programa – e foram analisados conforme escala ordinal, quanto à tendência a “manutenção”, “melhora” ou “piora” do indicador.

Com relação às metas físicas do referido programa, ainda na fase inicial do estudo, foram elaboradas planilhas eletrônicas contendo dados de seu desempenho, coletados do relatório de avaliação produzido pelo MPOG (BRASIL, 2016a).

Dados sobre a execução orçamentária e financeira, para o período de 2012 a 2015, foram coletados do SIOP (consulta de acesso público e o módulo Gerencial). Informações utilizadas para associar metas de objetivos a iniciativas e a ações orçamentárias foram coletadas da PAS de 2015 (BRASIL, 2014) – cuja lista para essa finalidade não é completa – e do SIOP (consulta de acesso público e módulo Gerencial).

No PPA 2012 – 2015, as ações orçamentárias estavam associadas a iniciativas do PPA (não a metas físicas do PPA) e cada uma destas se associava a um objetivo de programa. As ações orçamentárias não foram compartilhadas entre objetivos e as iniciativas podem abranger mais de uma ação orçamentária.

Na análise da execução orçamentária e financeira, foram destacadas as três agendas de gastos, que seguem as etapas do processamento da despesa pública (PEDERIVA e PEDERIVA 2016; PEDERIVA e RENNÓ, 2015): a lei orçamentária anual (LOA), com autorizações orçamentárias para gastos previstos no exercício; as autorizações orçamentárias utilizadas para gastos no exercício (executado); e os desembolsos efetuados, pelo Tesouro Nacional (pago), com base nas autorizações orçamentárias. Também foram consideradas: as autorizações

previstas na LOA, adicionadas de créditos aprovados posteriormente; os gastos liquidados (BRASIL, 2018) e os gastos com pagamentos efetivos, os quais também consideram o pagamento de “restos a pagar” (previstos na Lei nº 4.320, de 1964).

Nesse contexto seria natural tentar associar ações orçamentárias vinculadas a iniciativa com metas físicas a ela vinculadas. Contudo, não há designação formal dessas relações, para todas as metas físicas do Programa nº 2015, de modo que tal vinculação não foi realizada em todas as metas, mas buscada, pelo pesquisador, apenas para aquelas com desempenho insuficiente.

Os dados coletados sobre metas físicas foram reunidos no banco de dados do estudo, cuja estrutura de variáveis e indicação do repositório para acesso estão incluídos no Apêndice A.

Desse modo, as metas físicas do PPA foram a principal unidade analítica do estudo, sendo analisado o conjunto de todas as 120 metas do Programa nº 2015 do PPA 2012-2015.

Para categorizar o nível de desempenho de metas dos 13 objetivos do Programa de Aperfeiçoamento do SUS no PPA 2012-2015, foi utilizado um esquema de cores (escala proporcional), baseado em categorias de variação de desempenho, segundo as quais:

- a) o alcance entre 0% e 24% da meta foi tido como “muito baixo” e indicado com a cor preta;
- b) entre 25% e 49%, o desempenho foi “baixo” e indicado com a cor vermelha;
- c) entre 50% e 74%, o desempenho foi “regular” e indicado com a cor laranja;
- d) entre 75% e 99%, o desempenho foi “razoável” e indicado com a cor amarela;
- e) um desempenho de 100% ou mais foi “suficiente” e indicado com a cor verde;
- e) ausência de dados adequados para análise foi indicada com a cor cinza.

O desempenho insuficiente agrupou as metas com desempenho “muito baixo” e “baixo”.

As metas também foram categorizadas segundo dimensões usadas pelo MS, como a natureza (relacionadas à estrutura, ao processo ou ao resultado) e a complexidade (metas de esforço amplo ou restrito), conforme definições mencionadas na Seção 1.4 do capítulo anterior.

Foram consideradas como de estrutura as metas que abordam as estruturas necessárias a prestação direta de atendimento de saúde ou aquelas necessárias a operações intermediárias. As metas de processo associam-se à capacitação de recursos humanos ou à pesquisa ou a outros processos necessários à produção de ações e serviços de saúde (excluindo estruturas, por exemplo as físicas e laboratoriais). As metas de resultado associam-se ao impacto epidemiológico na população ou à cobertura de serviços de saúde prestados ao usuário. As

metas de esforço amplo dependem de outros entes para obtenção de resultado e as de esforço restrito dependem apenas do MS para obtenção de resultado.

Também foi realizada entrevista, em 17 de maio de 2018, no Ministério da Saúde, com questões abertas, previamente validadas pelo Orientador da pesquisa, dirigidas ao coordenador de planejamento do MS. As questões usadas na entrevista e a síntese das respostas estão descritas no Apêndice B.

Os dados da pesquisa foram analisados por meio de estatística descritiva e análise de conteúdo, para o caso da entrevista.

Partiu-se da hipótese de que as metas com nível de desempenho insuficiente apresentariam: 1) particularidades de natureza e complexidade das ações e serviços de saúde; 2) associações com órgãos específicos do Ministério da Saúde com diferentes capacidades de planejamento - conforme se depreende dos já citados achados de Moreira (2017) – e, também, 3) distinções ao nível de execução orçamentária das ações orçamentárias associadas às metas (BRASIL, 2014, 2015a, 2016a).¹⁷

¹⁷ Uma comparação dos achados dessa pesquisa com metas de ótimo nível de desempenho seria um próximo passo metodológico, a ser adotado em estudos futuros, uma vez que exigiria recurso de tempo não disponível para o presente estudo.

4 RESULTADOS

Inicialmente, são apresentados os resultados de desempenho dos 28 indicadores gerais do Programa de Aperfeiçoamento do SUS no PPA 2012-2015 e são descritas as características gerais das metas dos 13 objetivos que compõem esse programa, bem como seus desempenhos. São destacadas as metas com desempenho insuficiente. Em seguida, são apresentados resultados da execução orçamentária associada a metas do Programa nº 2015 e, finalmente, as potenciais causas de insuficiência de desempenho de metas desse programa.

4.1 Desempenho dos indicadores gerais do Programa nº 2015

Estudo prévio (GOMES, 2016) observou uma evolução em geral favorável dos indicadores gerais do Programa nº 2015 (ver Anexo 1).

Vale salientar que, embora os indicadores gerais não estejam formalmente associados a objetivos do programa, é possível observar que três objetivos estão mais representados: o 714 (sobre vigilância em saúde), com frequência de 18; o 713 (sobre atenção à saúde em geral), com frequência de 7; e o 715 (sobre saúde materna e infantil), com frequência de 5. Outros cinco objetivos estão representados em um objetivo cada. São eles: o 717 (sobre urgência e emergência), o 718 (sobre saúde mental), o 724 (sobre a gestão do SUS), o 726 (sobre a assistência farmacêutica) e o 728 (sobre a saúde suplementar).

Os indicadores gerais relacionados aos objetivos 714 e 715, em geral, evoluíram com tendência de melhoria. Contudo, alguns apresentaram tendência de piora (ver Anexo 1 e Figura 2). Foram eles: a taxa de mortalidade específica por neoplasias malignas, a taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, a taxa de incidência de sífilis congênita (que quadruplicou, sugerindo grave falha nos serviços de pré-natal do País, pois a doença dispõe de eficientes meios de diagnóstico e tratamento), a taxa de incidência de dengue e a taxa de prevalência de excesso de peso.

O Anexo 1 também apresenta a evolução dos indicadores gerais relacionados aos objetivos 713, 717, 718, 724, 726 e 728, os quais evoluíram com tendências de melhoria, exceto o índice de realização de transplantes (que apresentou tendência decrescente) e a proporção de Regiões de Saúde com Contratos Organizativos de Ação Pública (COAP) assinados, que não alcançou 10% (ver Figura 3). Destaca-se que, embora os indicadores gerais, sobre urgência e emergência e sobre Centros de Atenção Psicossocial (CAP), tenham apresentado evolução

favorável, metas físicas relacionadas a esses temas apresentaram insuficiência de desempenho, como se observa na Seção 4.3.

4.2 Características das metas do Programa nº 2015

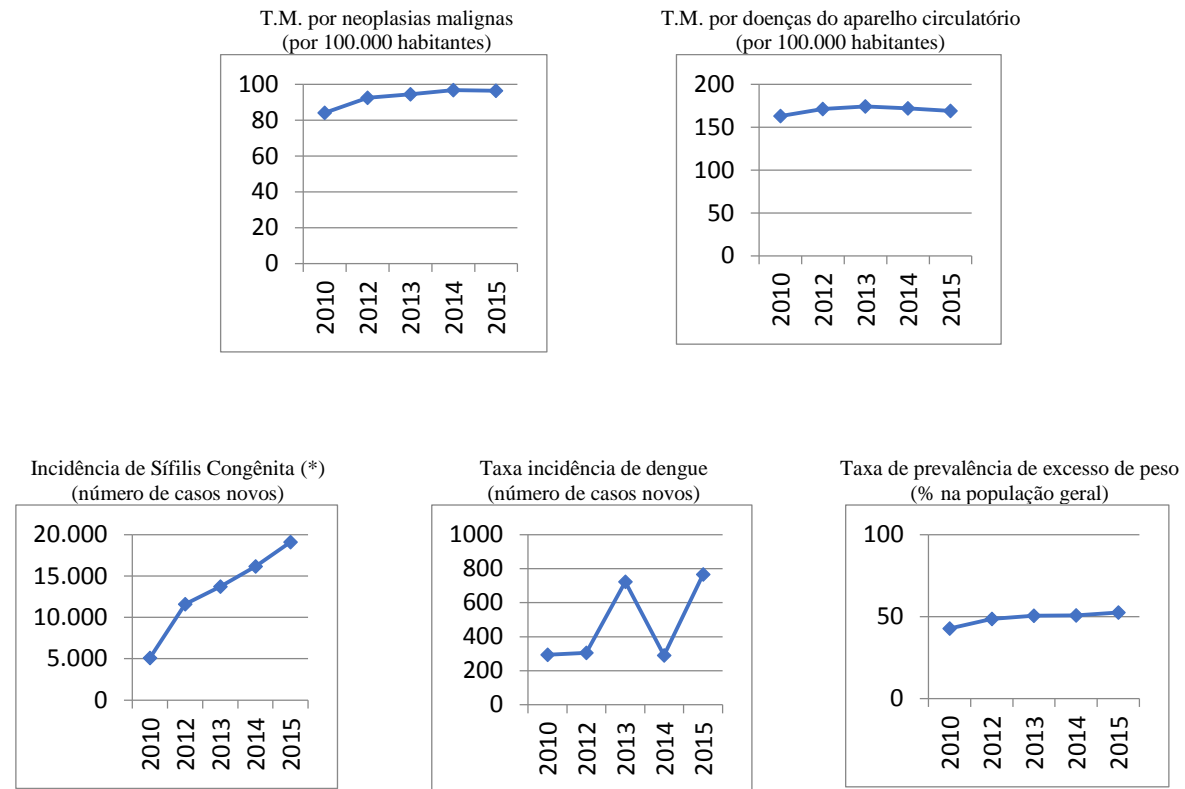
A Tabela 1 mostra que os objetivos 713, 714 e 715 abrangiam 56,7% das 120 metas do Programa nº 2015. Os objetivos 728 e 729 não possuíam metas quantificáveis.

Quanto à natureza, as metas de processo foram as mais frequentes (43,3%), seguindo-se as de estrutura (36,7%) e as de resultado (20%). Os objetivos com maior frequência de metas de estrutura foram o 713, o 714, o 715 e o 718. Quanto às metas de processo, foram mais frequentes nos Objetivos 721, 714 e 715. As metas de resultado foram mais utilizadas nos Objetivos 713, 714 e 715 (Tabela 1).

Com relação à complexidade das metas (Tabela 2), elevada proporção (87,5%) foi considerada como de esforço amplo (requerendo participação de outros entes federados para o cumprimento da meta).

Os objetivos em que as metas de esforço restrito foram relativamente mais frequentes foram o 721, o 725 o 726 e o 727.

Figura 2. Evolução de indicadores gerais selecionados relacionados aos objetivos 714 (vigilância em saúde) e 715 (saúde materno-infantil).

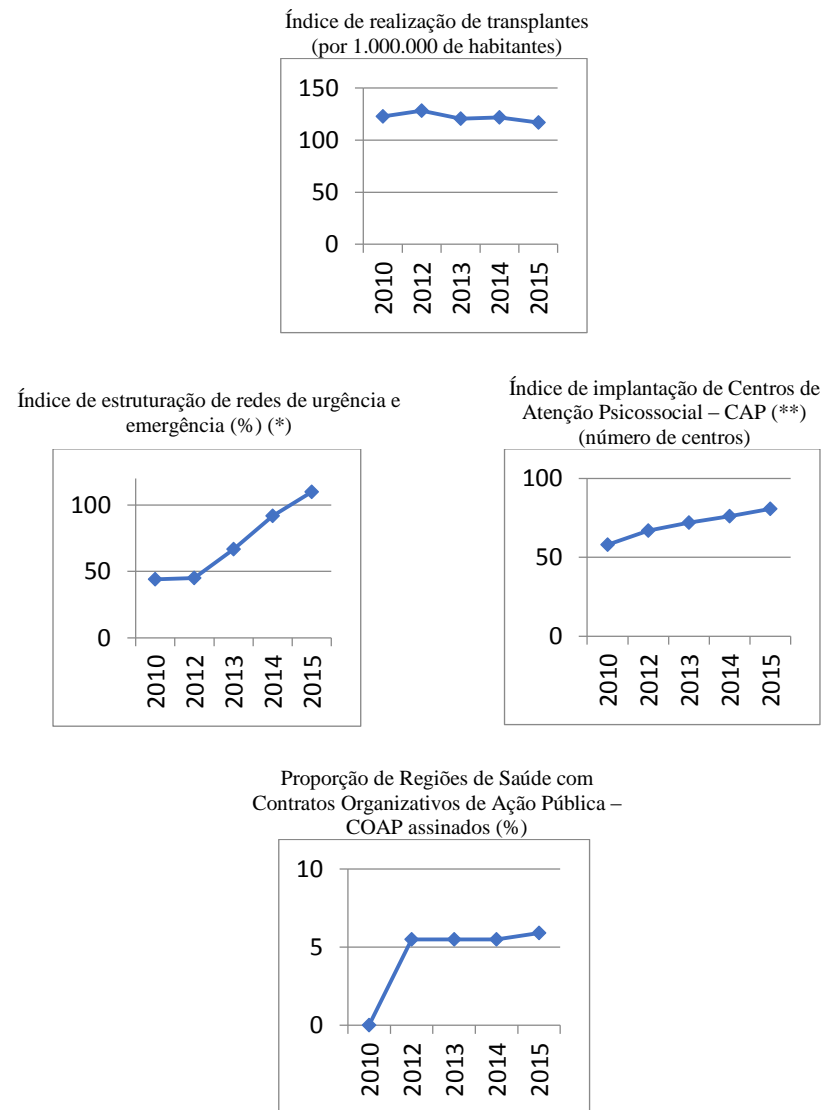


Fonte: MPOG (2016).

Legenda: T.M. – taxa de mortalidade.

Nota: (*) Indicador associado aos objetivos 714 e 715.

Figura 3. Evolução de indicadores gerais selecionados relacionados aos objetivos 713 (atenção à saúde), 718 (saúde mental) e 724 (gestão).



Fonte: MPOG (2016).

Notas: (*) Objetivos 713 e 717.

(**) Objetivos 713 e 718.

Tabela 1. Características de natureza das 120 metas do Programa nº 2015, por objetivo.

Objetivo	Estrutura		Processo			Resultado		Número de metas	%
	Atendimento	Outro fim	Capacitação	Outros	Pesquisa	Cobertura	Impacto		
713 - Atenção à Saúde	6	2	1	2	0	8	0	19	15,8
714 - Vigilância em Saúde	1	6	0	7	3	6	4	27	22,5
715 - Mulher e Criança	9	1	2	7	0	3	0	22	18,3
717 - Rede de Urgência	5	1	0	0	0	0	0	6	5,0
718 - Saúde Mental	6	0	0	0	0	1	0	7	5,8
719 - Idosos/Doenças Crônicas	4	0	1	1	0	0	0	6	5,0
721 - Profissionais da Saúde	0	1	9	2	0	1	0	13	10,8
724 - Gestão do SUS	0	0	1	5	0	0	0	6	5,0
725 - Eficiência no SUS	0	1	0	5	0	0	0	6	5,0
726 - Assist. Farmacêutica	0	1	0	1	0	1	0	3	2,5
727 - Indústria e Tecnologia	0	0	0	2	3	0	0	5	4,2
728 - Saúde Suplementar	-	-	-	-	-	-	-	-	-
729 - Ações Internacionais	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	31	13	14	32	6	20	4	120	100
%	25,8	10,8	11,7	26,7	5,0	16,7	3,3	100	

Fonte: Elaboração própria a partir de categorias mencionadas por MOREIRA (2017).

Tabela 2. Características de complexidade das 120 metas do Programa nº 2015, por objetivo.

Objetivo	Complexidade (esforço)		Número de metas	%	% Restrito/ Amplo
	Amplo	Restrito			
713 - Atenção à Saúde	18	1	19	15,8	6%
714 - Vigilância em Saúde	25	2	27	22,5	8%
715 - Mulher e Criança	21	1	22	18,3	5%
717 - Rede de Urgência	5	1	6	5,0	20%
718 - Saúde Mental	7	0	7	5,8	0%
719 - Idosos/Doenças Crônicas	6	0	6	5,0	0%
721 - Profissionais da Saúde	9	4	13	10,8	44%
724 - Gestão do SUS	5	1	6	5,0	20%
725 - Eficiência no SUS	4	2	6	5,0	50%
726 - Assist. Farmacêutica	2	1	3	2,5	50%
727 - Indústria e Tecnologia	3	2	5	4,2	67%
728 - Saúde Suplementar	-	-	-	-	
729 - Ações Internacionais	-	-	-	-	
Total	105	15	120	100	14%
%	87,5	12,5	100		

Fonte: Elaboração própria a partir de categorias mencionadas por MOREIRA (2017).

4.3 Desempenho das metas do Programa nº 2015

A Tabela 3 detalha a distribuição do nível de desempenho das 120 metas por objetivo. Em geral, 73,3% das metas obtiveram desempenho razoável ou ótimo. As metas com desempenho baixo ou muito baixo representam 14,2% do total. Desempenhos insuficientes foram observados em 7 objetivos (foram mais frequentes no 715 e no 718), em geral atingindo entre 10 a 20% das metas (Quadro 6), contudo, no objetivo 718 (sobre saúde mental) representava quase 60%. Novamente, observa-se que dois objetivos (728 e 729) não possuem metas quantificáveis no Programa nº 2015.

É digno de menção que várias metas apresentavam falta de clareza em sua formulação, que por vezes dificultou o entendimento sobre o que estava sendo medido, pois tornava dúbia a interpretação dos pontos de partida e a verificação do cumprimento das metas.¹⁸

¹⁸ Tais situações foram observadas em cinco metas do objetivo 714; 7, do 715; uma do 717; duas do 718; cinco do 721; e duas do 726. No objetivo 725 a vaga formulação de várias metas dificulta uma adequada mensuração.

Tabela 3. Distribuição do nível de desempenho das 120 metas do Programa nº 2015, por objetivo.

Objetivo	Muito baixo (entre 0 e 24%)	Baixo (entre 25 a 49%)	Subtotal (insuficiente)	Regular (entre 50 e 74%)	Razoável (entre 75 e 99%)	Ótimo (100% ou mais)	Total	%
713 - Atenção à Saúde	2	0	2	3	7	7	19	15,8
714 - Vigilância em Saúde	2	1	3	5	8	11	27	22,5
715 - Mulher e Criança	3	2	5	2	6	9	22	18,3
717 - Rede de Urgência	0	1	1	1	1	3	6	5,0
718 - Saúde Mental	2	2	4	1	1	1	7	5,8
719 - Idosos/Doenças Crônicas	0	0	0	0	1	5	6	5,0
721 - Profissionais da Saúde	0	1	1	1	1	8	13	10,8
724 - Gestão do SUS	1	0	1	0	0	5	6	5,0
725 - Eficiência no SUS	0	0	0	0	2	4	6	5,0
726 - Assist. Farmacêutica	0	0	0	0	2	1	3	2,5
727 - Indústria e Tecnologia	0	0	0	0	0	5	5	4,2
728 - Saúde Suplementar	-	-	-	-	-	-	-	-
729 - Ações Internacionais	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	10	7	17	13	29	59	120	100
%	8,3	5,8	14,2	10,8	24,2	49,2	100	

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do MPOG (2016).

4.4 Potenciais causas de desempenho insuficiente

O Quadro 6 sintetiza as características de metas com desempenho insuficiente do Programa nº 2015, por objetivo.

Destaca-se que, embora a maior parte dos documentos oficiais pesquisados não se pronunciaram, sobre as causas de insuficiência de desempenho das metas, como é o caso da MPR 2016, o relatório de avaliação do PPA mostrou-se útil nesse levantamento.

A seguir são destacados os achados, para cada objetivo do Programa nº 2015, que sugerem as potenciais causas de insuficiência de desempenho.

Quadro 6. Características de metas do Programa nº 2015 com desempenho insuficiente, por objetivo.

Objetivo	Metas insuficientes / total de metas (n / t)*100 = %	Órgão responsável pelas execuções física, orçamentária e financeira	Objeto das metas com desempenho insuficiente	Causas relatadas de insuficiência	Providências indicadas	Comentários
713 - Atenção à Saúde	(2 / 19)*100 = 10,5%	Secretaria de Atenção à Saúde	- Concluir o novo complexo integrado do Instituto Nacional de Câncer; - Requalificar serviços de saúde existentes no sistema prisional.	Não indicadas: na MPR 2016, no 3º RQPC de 2015 e no RAG 2015. Quanto ao INCA, a PCPR 2015 e o relatório do PPA informam que: empresa rescindiu contrato unilateralmente, que houve contratação emergencial e que as operações do canteiro foram paralisadas. Sobre a requalificação de serviços do sistema prisional, a PCPR 2015 e o Relatório do PPA informam que os gestores estaduais e municipais optaram pela implantação de serviços novos, e não pela requalificação dos já existentes, durante o processo de adesão da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional.	Primeira meta foi mantida no PPA 2016-2019 e a segunda abordada com modificação da política.	A redação desse objetivo menciona equidade e tempo adequado para atendimento, mas as metas não possuem indicadores que denotem tempo de espera, nem qualidade da atenção (a não ser alguns sobre sistema prisional), pois privilegiam o monitoramento do acesso à atenção.
714 - Vigilância em Saúde	(3 / 27)*100 = 11,1%	Secretaria de Vigilância em Saúde	- Reduzir a taxa de incidência de Aids; - Ampliar a taxa de cura dos casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera; - Reduzir número de óbitos por dengue.	Relatório do PPA informa sobre: a) a concentração dos casos de Aids em alguns estados, crescimento da epidemia em algumas populações, como em jovens gays; b) a concentração de casos de tuberculose em poucos municípios e a ligação com baixos níveis socioeconômicos; e c) fatores que dificultam a erradicação dos vetores que transmitem a dengue (o crescimento desordenado dos centros urbanos, a irregularidade do abastecimento de água, a coleta e o destino inadequado dos resíduos sólidos, a acelerada expansão da indústria de materiais não biodegradáveis e o aquecimento global). Sugeriu que o aumento do número de óbitos por dengue estaria relacionado a falhas na assistência ao paciente. Mencionou que em 2015 ocorreu a maior epidemia de dengue no país. A MPR 2016, PCPR 2015, 3º RQPC de 2015 e RAG 2015 não esclarecem a respeito de causas.	No PPA 2016-2019, foi modificada a natureza da meta sobre Aids (de resultado de impacto para de cobertura), a meta sobre tuberculose foi reduzida e a sobre dengue, excluída.	Os comentários do relatório do MPOG abordam os avanços e também os desafios captados pelos indicadores do PPA (em geral, sem abordar as causas), além de ampliar a discussão para outras doenças e agravos. Controle da sífilis, de mortes no trânsito e por agressão não estavam entre as metas do PPA.

715 - Mulher e Criança	(5 / 22)*100 = 22,7%	Secretaria de Atenção à Saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Ampliar o número de gestantes atendidas (com risco fetal) no IFF/FIOCRUZ; - Qualificação de profissionais de saúde em técnicas para coleta de vestígios (cadeia de custódia e sexologia forense) em hospitais de referência selecionados no SUS; - Garantir a oferta do teste de eletroforese para as gestantes usuárias do SUS; - Implantar serviços de referência para o diagnóstico do câncer de mama; - Reforma/ampliação de ambientes para a implantação/implementação da atenção a pessoas em situação de violência sexual, com cadeia de custódia, em hospitais de referência no SUS. 	<p>Não indicadas na MPR 2016, PCPR 2015, 3º RQPC de 2015 e no RAG 2015.</p> <p>Relatório da PPA informa que durante a execução do Programa Mulher Viver sem Violência os três ministérios envolvidos acordaram que seriam capacitados cinco profissionais por hospital, ao invés de 15, como planejado, a fim de ampliar o número de hospitais qualificados para a coleta de vestígios no SUS. Ainda assim, foram capacitados apenas 52 hospitais, ao invés dos 94 previstos inicialmente.</p> <p>Sobre a a eletroforese informa que foram repassados recursos para a realização dos testes pelos municípios, mas que a maioria não tinha tradição em realizá-los, principalmente os municípios que não têm prevalência de população negra.</p> <p>Sobre os serviços para câncer de mama informa que quando a meta foi elaborada considerava-se como serviço implantado a celebração dos convênios. A partir da Portaria GM/MS 189/2014 passou a ser considerado serviço implantado o serviço em funcionamento. A estratégia não obteve êxito por: “demandar a agregação de diferentes tecnologias de diagnóstico (radiologia, ultrassonografia e biópsias) em um mesmo estabelecimento e contrapartida local em investimento não prevista no programa (equipamentos, ampliações e reformas)”.</p> <p>Sobre a atenção a pessoas em situação de violência sexual informa que o processo de elaboração da minuta de portaria foi longo e, quando finalizado, não foi possível publicar devido ao contingenciamento orçamentário.</p>	No PPA 2016-2019 as metas do objetivo foram muito modificadas, aparentemente aperfeiçoadas.	Relatório do PPA não aborda causas dos graves problemas relacionados à sífilis congênita e ao câncer de mama.
717 - Rede de Urgência	(1 / 6)*100 = 16,7%	Secretaria de Atenção à Saúde	- Implantar ou expandir centrais de regulação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).	Não indicadas na MPR 2016, PCPR 2015, 3º RQPC de 2015 e no RAG 2015. Relatório do PPA informa que a baixa realização se deve à baixa adesão de novos municípios ao SAMU 192.	No PPA 2016-2019 a meta foi modificada, tornando-se mais abrangente.	Há vários indicadores de processo, os quais não abordam a qualidade dos serviços, como, por exemplo, os longos tempos de espera.

718 - Saúde Mental	$(4 / 7) * 100 = 57,1 \%$	Secretaria de Atenção à Saúde	<p>- Implantar e implementar leitos de atenção integral de saúde mental em hospitais gerais;</p> <p>- Ampliar o número de beneficiários do Programa de Volta para Casa (PVC);</p> <p>- Criação/qualificação de Unidades de Acolhimento Infantojuvenil;</p> <p>- Criação/qualificação de Unidades de Acolhimento Adulto.</p>	<p>Não indicadas na MPR 2016, PCPR 2015, 3º RQPC de 2015 e no RAG 2015.</p> <p>Sobre os leitos de atenção integral, o Relatório do PPA informa que a expansão dos Pontos de Atenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) enfrenta vários desafios, como “a demanda dos gestores locais e da pactuação regional e estadual dos planos de ação da RAPS”. “Os entes federados também enfrentam dificuldades financeiras, incluindo o MS, que represou os processo de habilitação/incorporação, inibindo a iniciativa dos municípios em expandir/qualificar os pontos de atenção da RAPS”. Sobre o Programa de Volta para Casa nada informa. Sobre as unidades de acolhimento infantojuvenil e de adultos informa que o “cumprimento das metas no que se refere à expansão dos Pontos de Atenção da RAPS enfrenta desafios: o contingenciamento financeiro; a necessidade de que o serviço esteja em funcionamento, com custeio próprio, no momento da solicitação de habilitação; a dificuldade de se encontrar imóvel adequado; e a necessidade de cumprimento da LRF versus ampliação de recursos humanos, principal instrumento de cuidado na atenção psicossocial”.</p>	No PPA 2016-2019 a meta sobre leitos foi excluída, a do PVC foi atualizada e as sobre unidades de acolhimento, reduzidas.	Contraste entre a evolução favorável no indicador geral e a maioria de desempenho insuficiente nesse objetivo.
719 - Idosos/Doenças Crônicas	$(0 / 6) * 100 = 0\%$	Secretaria de Atenção à Saúde	Nenhuma meta obteve desempenho insuficiente.	Não se aplica.	Não se aplica.	O relatório do PPA não aborda os problemas para superar os desafios do setor. Por exemplo, não mencionam as dificuldades para cumprimento da lei sobre início de tratamento do câncer. Estima-se que 43% das pessoas diagnosticadas não iniciem o tratamento dentro de 60 dias.

721 - Profissionais da Saúde	$(3 / 13) * 100 = 23,1\%$	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde	<p>- Beneficiar bolsistas, garantindo a multiprofissionalidade, através do Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde) articulado ao Pró-Saúde;</p> <p>- Ampliar o número de egressos com formação técnica de nível médio na Fiocruz, em áreas estratégicas do SUS;</p> <p>- Ampliar a produção de programas veiculados pelo Canal Saúde.</p>	<p>Não indicadas na MPR 2016, PCPR 2015, 3º RQPC de 2015 e no RAG 2015.</p> <p>Sobre os bolsistas o Relatório do PPA informa que a meta do PPA foi prevista para ser desenvolvida entre os anos de 2012 e 2014, período de vigência dos editais, e que em 2014, ano de referência da meta, havia 15.255 bolsistas.</p> <p>Sobre os egressos da Fiocruz informa que em 2015 ocorreu uma diminuição no quantitativo de egressos devido a obras realizadas na Unidade que realiza os cursos e à ampliação no quantitativo de anos necessários para a conclusão dos cursos, associada às restrições orçamentárias praticadas no exercício.</p> <p>Sobre o Canal Saúde informa que este teve que investir em outras áreas, como na veiculação (transmissão via satélite e TV Aberta Digital) e na programação (licenciamentos de vídeos). “Os acréscimos orçamentários não foram suficientes para investir no aumento da produção”.</p>	No PPA 2016-2019, as metas foram atualizadas, mas aparentemente algumas não são quantificáveis.	Indicadores focalizam a formação e qualificação de profissionais, mas não tratam da carência atual e incorporação de recursos humanos no SUS. Não há dados referentes ao Programa Mais Médicos, pelo não planejamento prévio.
724 - Gestão do SUS	$(1 / 6) * 100 = 16,7\%$	Secretaria Executiva	- Assinatura de Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) em Regiões de Saúde.	<p>Não indicadas na MPR 2016, PCPR 2015, 3º RQPC de 2015 e no RAG 2015.</p> <p>Relatório do PPA informa que “alguns elementos contribuíram para a baixa adesão ao processo de contratualização: imprecisões e ambiguidades contidas no texto do Decreto 7508/11, modelo de contrato inadequado, cultura de centralização, hierarquização e verticalismo no sistema, insuficiência na apropriação do COAP por parte do MS, dissociação entre o processo de contratualização interfederativa e o financiamento das ações e serviços de saúde, baixa capacidade políticoadministrativa de alguns estados e municípios.”</p>	No PPA 2016-2019 meta foi reduzida e transferida para outro objetivo.	<p>A única meta que teve desempenho muito baixo é justamente aquela que teria impacto estruturante no auxílio dos graves problemas de gestão do SUS. Relatório do PPA menciona a questão do financiamento do SUS (que não estava presente nos indicadores), mas não indica o subfinanciamento do setor, talvez o mais relevante problema do SUS (BRASIL, 2015a).</p> <p>Não há indicador sobre a atividade de apresentação de relatórios trimestrais pelos gestores do SUS, exigida pela Lei Complementar 141/2012.</p>
725 - Eficiência no SUS	$(0 / 6) * 100 = 0\%$	Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa	Nenhuma meta obteve desempenho insuficiente.	Não se aplica.	Não se aplica.	O bom desempenho desses indicadores contrasta com as deficiências nesse campo no SUS. Relatório do PPA não aborda desafios.
726 - Assist. Farmacêutica	$(0 / 3) * 100 = \%$	Secretaria de Atenção à Saúde	Nenhuma meta obteve desempenho insuficiente.	Não se aplica.	Não se aplica.	O conjunto de metas não parece oferecer um quadro fidedigno do setor.

727 – Indústria e Tecnologia	$(0 / 3) * 100 = 0\%$	Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos	Nenhuma meta obteve desempenho insuficiente.	Não se aplica.	Não se aplica.	Relatório do PPA não aborda os desafios e a suficiência das atividades descritas. Apesar do desempenho nas metas, problemas fundamentais persistem no setor. Por exemplo, o Brasil não produz fármacos necessários à produção de antibióticos, sendo totalmente dependente de importações para essa classe vital de medicamentos.
728 – Saúde suplementar	$(? / 4) * 100 = ?\%$	Agência Nacional de Saúde	Relatório do PPA não apresenta resultados de metas desse objetivo, provavelmente devido à precária formulação das metas, que as tornou impossíveis de serem quantificadas.	Não indicadas no Relatório do PPA, MPR 2016, PCPR 2015, 3º RQPC de 2015 e no RAG 2015.	No PPA 2016-2019 o objetivo passou a contar com metas quantificáveis, embora uma delas não o seja.	Sem a quantificação de metas e, também, sem uma maior profundidade no relatório do PPA, não é possível avaliar o desempenho desse objetivo, apesar do indicador geral favorável.
729 – Ações Internacionais	$(? / 3) * 100 = ?\%$	Secretaria Executiva	Relatório do PPA não apresenta resultados de metas desse objetivo, provavelmente devido à precária formulação das metas, que as tornou impossíveis de serem quantificadas.	Não indicadas no Relatório do PPA, MPR 2016, PCPR 2015, 3º RQPC de 2015 e no RAG 2015.	No PPA 2016-2019 o objetivo passou a contar com metas quantificáveis.	Como não houve comentários no relatório do PPA pertinentes a esse objetivo, seu desempenho é desconhecido.

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do Relatório do PPA 2012-2015 (BRASIL, 2016a, pp.62-107), da MPR 2016 (BRASIL, 2016c, pp. 177-201), da PCPR 2015 (BRASIL, 2016d, pp. 217-226), do 3º RQPC de 2015 (BRASIL, 2016e, pp. 37-94) e do RAG 2015 (BRASIL, 2016f, pp. 48-114) e informações de GOMES (2016).

Legenda: ? – Dado desconhecido, devido à existência de metas não quantificáveis.

Para o Objetivo 713, destacam-se questões de contratação da execução de obra e modificação na diretriz da política pública. As duas metas insuficientes foram de estrutura para atendimento de saúde (uma de esforço amplo e outra, restrito).

Para o Objetivo 714, a dinâmica de epidemias e endemias na população, que possuem múltiplas causas e dependem da atuação de vários entes federados. As três metas insuficientes foram de resultado (duas de impacto e uma de cobertura) e de esforço amplo.

Para o Objetivo 715, questões de alteração na diretriz da política pública, baixa capacidade dos entes municipais e dificuldade de gestão quanto à elaboração de norma federal. Das cinco metas insuficientes, três foram de estrutura, uma de resultado e uma de processo. Todas de esforço amplo.

Para o Objetivo 717, a baixa adesão municipal à política. A única meta insuficiente foi de estrutura e de esforço amplo.

Para o objetivo 718, surgiram questões financeiras do nível federal e demais entes. Das quatro metas insuficientes, três foram de estrutura para atendimento e uma de resultado. Todas de esforço amplo.

Para o Objetivo 721, apontaram-se questões de gestão (vigência de editais) e de adaptação a restrições orçamentárias do nível federal. Das três metas insuficientes, todas foram de processo, duas de esforço amplo e uma, restrito.

Para o Objetivo 724, surgiram questão de não adesão de entes estaduais e municipais ao contrato de gestão. A única meta insuficiente foi de processo e de esforço amplo.

Observa-se que, entre as metas com desempenho insuficiente, houve uma maior concentração de metas de estrutura (47,4%), enquanto, no conjunto das 120 metas, a proporção encontrada desse tipo de meta foi de 36,7%.

A partir das causas relatadas, não foram observados indícios de que a insuficiência de desempenho tenha sido determinada por deficiência de órgãos específicos do Ministério da Saúde. Contudo, foram detectadas referências a restrições orçamentárias, cuja análise será apresentada a seguir.

Os Quadros 7 e 8, com valores absolutos e relativos, mais adiante, apresentam informações de execução orçamentária e financeira das ações orçamentárias relacionadas às metas com desempenho insuficientes do Programa nº 2015 do PPA 2012 – 2015.

Quadro 7. Execução orçamentária e financeira de ações relacionadas a metas com desempenho insuficiente do Programa nº 2015 do PPA 2012 – 2015, por objetivo.

Objetivo	Objeto das metas com desempenho insuficiente	A.O.	Número de metas associadas a A.O.	LOA 2012 a 2015 (x R\$ 1.000)	LOA e Créditos 2012 a 2015 (x R\$ 1.000)	Empenhado 2012 a 2015 (x R\$ 1.000)	Liquidado 2012 a 2015 (x R\$ 1.000)	Pago 2012 a 2015 (x R\$ 1.000)	RAP pago 2012 a 2015 (x R\$ 1.000)	P.E. (Pago + RAP pago) 2012 a 2015 (x R\$ 1.000)
713 - Atenção à Saúde	- Concluir o novo complexo integrado do Instituto Nacional de Câncer;	125H (*)	1	217.100	171.815	117.687	3.665	3.048	38.513	41.560
	- Requalificar serviços de saúde existentes no sistema prisional.	20B1 (*)	2	124.060	109.510	71.221	61.405	61.397	4.200	65.597
714 - Vigilância em Saúde	- Reduzir a taxa de incidência de Aids; - Reduzir a taxa de incidência de Aids;	20YJ/20AL (*)	12 / 18	8.753.332	8.165.607	7.644.592	6.747.811	6.745.554	331.490	7.077.044
	- Ampliar a taxa de cura dos casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera;	20YJ/20AL (*)	18 / 12	8.753.332	8.165.607	7.644.592	6.747.811	6.745.554	331.490	7.077.044
	- Reduzir número de óbitos por dengue.	20YJ/20AC (*)	18 / 1	2.040.832	2.021.241	1.503.714	1.208.918	1.206.938	162.062	1.369.001
715 - Mulher e Criança	- Ampliar o número de gestantes atendidas (com risco fetal) no IFF/FIOCRUZ;	6175 (**)	(***)	118.180	113.800	30.708	8.069	7.247	19.960	27.207
	- Qualificação de profissionais de saúde em técnicas para coleta de vestígios (cadeia de custódia e sexologia forense) em hospitais de referência selecionados no SUS;	Não identificada na PAS	(***)	(***)	(***)	(***)	(***)	(***)	(***)	(***)
	- Garantir a oferta do teste de eletroforese para as gestantes usuárias do SUS;	8585 (*)	6	149.595.629	151.192.654	151.122.785	149.122.708	148.748.403	1.268.901	150.017.304
	- Implantar serviços de referência para o diagnóstico do câncer de mama;	8535 (*)	5	14.672.473	15.245.471	4.088.791	431.814	429.915	1.543.505	1.973.420
	- Reforma/ampliação de ambientes para a implantação/implementação da atenção a pessoas em situação de violência sexual, com cadeia de custódia, em hospitais de referência no SUS.	Não identificada na PAS	(***)	(***)	(***)	(***)	(***)	(***)	(***)	(***)
717 - Rede de Urgência	- Implantar ou expandir centrais de regulação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).	8933 (*)	4	1.544.005	1.743.252	607.545	185.103	185.103	262.565	447.668
718 - Saúde Mental	- Implantar e implementar leitos de atenção integral de saúde mental em hospitais gerais;	8535 (*)	5	14.672.473	15.245.471	4.088.791	431.814	429.915	1.543.505	1.973.420
	- Ampliar o número de beneficiários do Programa de Volta para Casa (PVC);	20AI (*)	1	85.930	84.530	81.260	77.271	77.271	73	77.344
	- Criação/qualificação de Unidades de Acolhimento Infantojuvenil;	20B0 (**)	3	554.336	380.107	180.691	102.554	102.554	34.417	136.971

	- Criação/qualificação de Unidades de Acolhimento Adulto.	20B0 (**)	3	554.336	380.107	180.691	102.554	102.554	34.417	136.971
721 - Profissionais da Saúde	- Beneficiar bolsistas, garantindo a multiprofissionalidade, através do Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde) articulado ao Pró-Saúde;	20YD (**)	(***)	3.422.752	3.231.494	2.975.782	2.666.877	2.651.541	192.853	2.844.394
	- Ampliar o número de egressos com formação técnica de nível médio na Fiocruz, em áreas estratégicas do SUS;	20YD (*)	9	3.422.752	3.231.494	2.975.782	2.666.877	2.651.541	192.853	2.844.394
	- Ampliar a produção de programas veiculados pelo Canal Saúde.	20Q4 (**)	(***)	56.960	56.704	52.723	44.840	44.374	6.943	51.316
724 - Gestão do SUS	- Assinatura de Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) em Regiões de Saúde.	8287 (*)	1	178.010	159.477	99.619	65.225	65.225	12.120	77.345

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do SIOP de acesso público.

Legendas: A.O. = ações orçamentárias relacionadas. LOA = lei orçamentária. P.E. = pagamento efetivo.

Notas: (*) Ação orçamentária identificada na PAS.

(**) Ação orçamentária provável.

(***) Dado não disponível.

Os valores orçamentários e financeiros utilizados neste quadro são nominais. O IPCA dos anos entre 2012 e 2015 foram, respectivamente: 5,84; 5,91; 6,41 e 10,67.

Quadro 8. Variações percentuais entre os recursos autorizados, empenhados, liquidados e pagos de ações relacionadas a metas com desempenho insuficiente do Programa nº 2015 do PPA 2012 – 2015, por objetivo.

Objetivo	Objeto das metas com desempenho insuficiente	A.O.	% LOA e Créditos / LOA	% Empenhado / LOA e créditos	% Liquidado / Empenhado	% Pago / Liquidado	% P.E. / LOA	% P.E. / LOA e créditos	% P.E. / Empenhado
713 - Atenção à Saúde	- Concluir o novo complexo integrado do Instituto Nacional de Câncer;	125H (*)	79,1	68,5	3,1	83,2	19,1	24,2	35,31
	- Requalificar serviços de saúde existentes no sistema prisional.	20B1 (*)	88,3	65,0	86,2	100,0	52,9	59,9	92,10
714 - Vigilância em Saúde	- Reduzir a taxa de incidência de Aids; - Reduzir a taxa de incidência de Aids;	20YJ/20AL (*)	93,3	93,6	88,3	100,0	80,8	86,7	92,58
	- Ampliar a taxa de cura dos casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera;	20YJ/20AL (*)	93,3	93,6	88,3	100,0	80,8	86,7	92,58
	- Reduzir número de óbitos por dengue.	20YJ/20AC (*)	99,0	74,4	80,4	99,8	67,1	67,7	91,04
715 - Mulher e Criança	- Ampliar o número de gestantes atendidas (com risco fetal) no IFF/FIOCRUZ;	6175 (**)	96,3	27,0	26,3	89,8	23,0	23,9	88,60
	- Qualificação de profissionais de saúde em técnicas para coleta de vestígios (cadeia de custódia e sexologia forense) em hospitais de referência selecionados no SUS;	Não identificada na PAS							(***)
	- Garantir a oferta do teste de eletroforese para as gestantes usuárias do SUS;	8585 (*)	101,1	100,0	98,7	99,7	100,3	99,2	99,27
	- Implantar serviços de referência para o diagnóstico do câncer de mama;	8535 (*)	103,9	26,8	10,6	99,6	13,4	12,9	48,26
	- Reforma/ampliação de ambientes para a implantação/implementação da atenção a pessoas em situação de violência sexual, com cadeia de custódia, em hospitais de referência no SUS.	Não identificada na PAS							(***)
717 - Rede de Urgência	- Implantar ou expandir centrais de regulação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).	8933 (*)	112,9	34,9	30,5	100,0	29,0	25,7	73,7
718 - Saúde Mental	- Implantar e implementar leitos de atenção integral de saúde mental em hospitais gerais;	8535 (*)	103,9	26,8	10,6	99,6	13,4	12,9	48,3
	- Ampliar o número de beneficiários do Programa de Volta para Casa (PVC);	20AI (*)	98,4	96,1	95,1	100,0	90,0	91,5	95,2
	- Criação/qualificação de Unidades de Acolhimento Infantojuvenil;	20B0 (**)	68,6	47,5	56,8	100,0	24,7	36,0	75,8
	- Criação/qualificação de Unidades de Acolhimento Adulto.	20B0 (**)	68,6	47,5	56,8	100,0	24,7	36,0	75,8

721 - Profissionais da Saúde	- Beneficiar bolsistas, garantindo a multiprofissionalidade, através do Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde) articulado ao Pró-Saúde;	20YD (**)	94,4	92,1	89,6	99,4	83,1	88,0	95,6
	- Ampliar o número de egressos com formação técnica de nível médio na Fiocruz, em áreas estratégicas do SUS;		94,4	92,1	89,6	99,4	83,1	88,0	95,6
	- Ampliar a produção de programas veiculados pelo Canal Saúde.		99,6	93,0	85,0	99,0	90,1	90,5	97,3
724 - Gestão do SUS	- Assinatura de Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) em Regiões de Saúde.		89,6	62,5	65,5	100,0	43,4	48,5	77,6

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do SIOP de acesso público.

Legendas: A.O. = ações orçamentárias relacionadas. LOA = lei orçamentária. P.E. = pagamento efetivo.

Notas: (*) Ação orçamentária identificada na PAS.

(**) Ação orçamentária provável.

(***) Dado não disponível.

Apenas as metas do Objetivo 714 estavam associadas a duas ações orçamentárias. As demais metas estavam associadas a apenas uma ação orçamentária. Salienta-se que as ações orçamentárias não eram necessariamente exclusivas para a meta, como na maioria das metas, particularmente as do Objetivo 714. Essa característica dificulta o estabelecimento de uma relação direta entre o desempenho de meta física e a execução orçamentária, de modo que os achados são interpretados com a devida cautela. Apenas em três situações a meta só estava relacionada a uma ação orçamentária e, por sua vez, esta estava relacionada a apenas uma meta do Programa 2015 (Quadro 7).

O Quadro 8 mostra as variações percentuais entre os recursos autorizados, empenhados, liquidados e pagos de ações relacionadas a metas com desempenho insuficiente do Programa no 2015 do PPA 2012 – 2015. Destacam-se a seguir os principais achados, em cada objetivo.

No Objetivo 713 a meta a respeito do complexo integrado do Instituto Nacional do câncer é a única associada a uma ação orçamentária de projeto, conforme designação no SIOP (todas as demais indicadas no Quadro 8 são identificadas no SIOP como ação orçamentária de atividade). Essa ação orçamentária sofreu redução na revisão da LOA e no empenho, contudo o valor liquidado foi extremamente baixo (3,1%), provavelmente refletindo as dificuldades com as obras referidas no Relatório do PPA (Quadro 6). A outra meta com desempenho insuficiente desse objetivo apresentou razoável proporção de pagamento efetivo (considerando os restos a pagar) em relação ao empenhado, porém isso não ocorreu para a proporção de pagamento efetivo em relação ao autorizado, o que pode ter interferido no desempenho físico da meta.

No Objetivo 714, as proporções de pagamento efetivo em geral são razoáveis. Nas ações orçamentárias da meta relacionada à dengue percebe-se redução no valor empenhado, em relação ao autorizado.

No Objetivo 715, umas das ações orçamentárias apresenta ótima execução orçamentária e financeira, contudo a impossibilidade de associar o gasto relativo à meta em particular não permite maiores inferências. Contudo o Relatório do PPA atribuiu a insuficiência de desempenho à falta de capacidade técnica dos municípios em utilizar o procedimento da eletroforese. As outras duas metas insuficientes desse objetivo apresentaram elevada redução do empenhado em relação ao autorizado e ainda elevada redução de liquidado em relação ao empenhado.

Essa mesma situação repetiu-se na meta insuficiente do Objetivo 717 e na meta sobre leitos hospitalares do Objetivo 718. O relatório do PPA indica causas de gestão municipal para essas metas.

Ainda no Objetivo 718, na meta relativa ao Programa de Volta para Casa, a ação

orçamentária relacionada apresentou ótima execução orçamentário-financeira e nenhuma explicação para insuficiência da execução física estava presente no relatório do PPA. Outras duas metas desse objetivo apresentaram redução considerável do empenhado em relação ao autorizado e também redução de liquidado em relação ao empenhado.

No Objetivo 721, as execuções orçamentárias foram razoáveis e o relatório do PPA menciona questões no âmbito da gestão e modificação nas atividades, as quais poderiam se associar ao insuficiente desempenho físico.

Finalmente, na meta insuficiente do Objetivo 724, houve redução do empenhado em relação ao autorizado e também redução de liquidado em relação ao empenhado. O relatório do PPA mencionou a falta de adesão dos entes federados à atividade. Ainda assim, houve gasto considerável por meio da ação orçamentária associada, o que aparentemente não explica a insuficiência física.

Em síntese, foi observado que um desempenho insuficiente de metas físicas pode estar associado a questões gerenciais e não a falta de recursos orçamentários ou financeiros. Isso ficou aparente na meta do objetivo 713 (o único relacionado a projeto em lugar de atividade).

Em outras situações, a redução dos recursos orçamentários e financeiros autorizados pode ter contribuído para a insuficiência de desempenho. Nos casos com bom desempenho orçamentário, a aparente dissociação entre a execução física e a orçamentária-financeira pode ser produzida por questão metodológica, como a não exclusividade de ações orçamentárias por meta.

De todo modo, maior esclarecimento, sobre a superação das limitações de desempenho de cada meta, demandaria estudos de casos para o detalhamento de cada situação.

Uma vez que as publicações pesquisadas não indicavam as providências adotadas para as metas de desempenho insuficiente,¹⁹ optou-se por observar se tais metas sofreram modificações no PPA 2016 – 2019. Muitos objetivos foram revisados, contudo, foram observados casos em que a meta foi atualizada ou teve seu escopo reduzido ou eliminada (Quadro 6).

¹⁹ Para o PPA 2016 – 2019 esse tipo de informação está disponível por meio do SIOF.

5 CONCLUSÃO

Na busca por maior conhecimento, sobre o nível de execução das metas físicas do Programa de Aperfeiçoamento do SUS, do PPA 2012-2015, particularmente daquelas que apresentavam insuficiência de desempenho, essa pesquisa obteve informações, que estavam pouco sistematizadas, acerca dos instrumentos para planejamento e monitoramento do PPA federal, na área da saúde, e identificou potenciais causas de insuficiência de desempenho.

A respeito dos citados instrumentos, destaca-se que o setor federal saúde empreendeu um movimento em que o PNS, submetido à participação da sociedade, vem se tornando cada vez mais similar ao programa do PPA que aborda o SUS. Isso é relevante, pois permite a inserção no PPA de indicadores, objetivos e metas, que teriam potencial para refletir os relevantes problemas do setor saúde. Além disso, a criação da PAS, em que as metas quadrienais do PPA são convertidas em anuais, para permitir o monitoramento de metas físicas (inclusive associando-as com a execução de ações orçamentárias), amplia a utilização do próprio PPA para o monitoramento de políticas de saúde.

Contudo, toda essa inovação segue praticamente desconhecida da burocracia federal e da sociedade em geral, pois tem sido utilizada, por órgãos do Ministério da Saúde, basicamente em sua interação com o Conselho Nacional de Saúde e com o Congresso Nacional, instituições essas que não têm conseguido difundir as informações de modo mais amplo. Um exemplo dessa situação é a constatação de que as contribuições da Conferência Nacional de Saúde não são elaboradas a tempo de influir, na elaboração do PPA e do PNS para o ciclo seguinte, basicamente por desencontro de cronograma.

A falta de um uso mais extensivo e transparente dos instrumentos de planejamento e monitoramento, por sua vez, dificulta o fortalecimento dos próprios instrumentos e a aprendizagem e o aperfeiçoamento continuados e consistentes, nas ações relacionadas, pois a crítica aos problemas encontrados ao tempo da execução e o oferecimento de indicações, quanto à superação desses problemas, seria de grande valor ao desenvolvimento e à eficiência, à eficácia e à efetividade desses instrumentos.

Também as grandes mudanças conceituais, na estrutura do PPA, têm causado prejuízo à continuidade de séries históricas de monitoramento. Ainda assim, como os grupos de ações de saúde no SUS continuam praticamente os mesmos, percebe-se certa continuidade nos temas presentes nos PPAs e as lições obtidas com o estudo do PPA 2012 – 2015 podem ser úteis para a análise dos seguintes.

Nesse contexto, apesar de todos os avanços empreendidos na esfera do desenvolvimento de instrumentos, o fato é que o PPA 2012 – 2015 não permitiu uma análise mais profunda de causas de desempenho insuficiente no Programa 2015, num nível agregado, pelas dificuldades técnicas em associar execução de metas físicas e execução orçamentária.

Por isso mesmo, partiu-se para uma focalização nas metas com desempenho insuficiente, para permitir maior aprofundamento, por meio da busca de informações adicionais.

Nessa tarefa, a pesquisa dos vários tipos de relatórios gerados nessa área obteve êxito em identificar: a) indicadores gerais do Programa 2015 com relevantes problemas a serem monitorados; b) os objetivos com as maiores insuficiências, em geral, associadas à natureza da meta (particularmente as de estrutura e de resultado) e a questões pontuais de alteração nas políticas públicas e de restrição orçamentária. As metas de esforço amplo, que dependem da cooperação de entes federados foram as mais frequentes entre as com desempenho insuficiente.

Não foram observados indícios de que a insuficiência de desempenho tenha sido determinada por deficiência de órgãos específicos do Ministério da Saúde e as dificuldades metodológicas, pela insuficiente articulação entre os sistemas de planejamento e de orçamento, não permitem indicar deficiência de execução orçamentária como causa de insuficiência na maioria dos casos. Contudo, foram identificadas situações em que foi possível apontar causas gerenciais e sugerir redução de recursos empenhados em relação ao autorizado como possível justificativa para o desempenho físico insuficiente.

A superação dos problemas identificados pode ser favorecida pela persistência, no movimento já existente e mencionado, de aproximação do PPA e do PNS e de utilização da PAS. Na elaboração de futuros PPA, poderia haver maior esforço para associar a execução de metas físicas à execução do orçamento federal, por meio de clara identificação das ações orçamentárias pertinentes.

A ampliação da transparência dos relatórios produzidos a partir dos instrumentos de monitoramento já existentes, por meio de sua divulgação e maior debate de seus achados, por exemplo no Congresso Nacional, na Conferência Nacional de Saúde e no Conselho Nacional de Saúde, pode aumentar a qualidade das metas e sua utilidade para o monitoramento e avaliação de políticas públicas.

Para a superação dos problemas pontuais de cada meta, seriam necessários estudos particulares de cada caso, com base nas causas já identificadas e no aprofundamento de sua abordagem em PPAs posteriores.

Enfim, a pesquisa confirmou a necessidade de uma ampla agenda de estudo para

aprofundamento, em módulos futuros, sobre o papel de instrumentos de planejamento e monitoramento na área federal da saúde para o desenvolvimento das políticas do setor.

REFERÊNCIAS

ARANTES PAULO, L.F. O PPA Como Instrumento de Planejamento e Gestão Estratégica. Revista do Serviço Público. Brasília, 61 (2): 171 – 187, 2010.

BITTENCOURT, F.M.R. O controle e a construção de capacidade técnica institucional no Parlamento - elementos para um marco conceitual (Texto para Discussão). Senado Federal - Consultoria Legislativa. Brasília, 2009. Disponível em:

<https://www12.senado.leg.br/publicacoes/estudos-legislativos/tipos-de-estudos/textos-para-discussao/td-57-o-controle-e-a-construcao-de-capacidade-tecnica-institucional-no-parlamento-elementos-para-um-marco-conceitual>. Acesso em 10/06/18.

BRASIL. Constituição Federal de 1988. Congresso Nacional, Brasília, 1988.

_____. Relatório do Grupo de trabalho da Comissão de Direitos Humanos e Minorias sobre a situação dos hospitais de urgências médicas do SUS. Câmara dos Deputados, Brasília, 2014. Disponível em:

<http://portal.tcu.gov.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?fileId=8A8182A1497CED940149A5BA1A44432D>. Acesso em 25/01/18.

_____. Programação Anual de Saúde (PAS) de 2015. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Brasília, 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PAS_2015_Final_20141212.pdf. Acesso em 25/01/18.

_____. Relatório da Subcomissão do SUS da Comissão de Seguridade Social e Família. Câmara dos Deputados. Brasília, 2015a. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cssf/conheca-a-comissao/subcomissoes/subcomissoes-2015/subsus/relatorio-final-da-subcomissao-subsus>. Acesso em 25/01/18.

_____. TC nº 002.142/2015-5. Relatório de Levantamento - FiscSaúde. Tribunal de Contas da União. Brasília, 2015b.

_____. Relatório Anual de Avaliação do PPA 2012-2015, Ano Base 2015. Volume II. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Brasília, 2016a. Disponível em: http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/spi/plano_plurianual/avaliacao_ppa/relatorio-de-avaliacao-do-ppa-2012-2015/relatorio-avaliacao-ppa-vol2-programas-tematicos.pdf. Acesso em 25/01/18.

_____. Relatório nº 4, de 2016, da Comissão de Desenvolvimento Regional e Turismo, de Avaliação de políticas públicas relacionadas ao Plano Nacional de Saneamento Básico (PLANSAB). Senado Federal. Brasília, 2016b.

_____. Mensagem ao Congresso Nacional, 2016: 2ª Sessão Legislativa Ordinária da 55ª Legislatura. Presidência da República. Brasília, 2016c.

_____. Prestação de Contas da Presidência da República de 2015. Controladoria-Geral da União. Brasília, 2016d.

_____. 3º Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas: Setembro a Dezembro de 2015. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento, Coordenação-Geral de Planejamento. Brasília, 2016e.

_____. Relatório Anual de Gestão de 2015. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Brasília, 2016f.

_____. Glossário do Portal da Transparência do Governo Federal do Brasil. Brasília, 2018. Disponível em: <http://www.portaltransparencia.gov.br/glossario/>. Acesso em 10/06/18.

CAVALCANTE, P L. Orçamento por desempenho: uma análise qualitativa comparada dos modelos de avaliação dos programas governamentais no Brasil e nos Estados Unidos. Revista de Gestão USP, v. 17, n. 1, p. 13-25. São Paulo, 2010.

FÁVERO, L P; Belfiore, P P; SILVA, F L; CHAN, B L. Análise de dados: modelagem multivariada para tomada de decisões. Elsevier. Rio de Janeiro, 2009.

GOMES, F B C. Síntese de indicadores e metas de aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde presentes no Plano Plurianual (PPA) 2012-2015 (com dados de 2015). Estudos e Notas Técnicas da Consultoria Legislativa. Câmara dos Deputados. Brasília, 2016. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/a-camara/documentos-e-pesquisa/estudos-e-notas-tecnicas/areas-da-conle/tema19/sintese-de-indicadores-e-metas-de-aperfeicoamento-do-sus>. Acesso em 25/01/18.

HAIR JR, J F et al. Análise multivariada de dados. 6. ed. Bookman. Porto Alegre, 2009.

MOREIRA, M. Palestra sobre planejamento federal de saúde. Curso sobre Informação Legislativa em Saúde. Centro de formação, Capacitação e Treinamento da Câmara dos Deputados. Brasília, 2017.

PEDERIVA, J H; PEDERIVA, P L M. Responsividade democrática na democracia brasileira. Revista Serviço Público, 67 (Especial) 85-110. Brasília, 2016. Disponível em: <http://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/2945/1/Revista%20Servi%C3%A7o%20P%C3%BAblico%20Bras%C3%ADlia%2067%20%28Especial%29%2085-110%202016.pdf>. Acesso em 10/06/18.

PEDERIVA, J H; RENNÓ, L. Responsividade democrática no Brasil de Lula e na Argentina dos Kirchner. Jundiaí: Paco Editorial, 2015.

PINTO, V C. Qual é o valor jurídico das metas fiscais? O caso da LDO 2014. Instituto Fernand Braudel de Economia Mundial. 2015. Disponível em: <http://www.brasil-economia-governo.org.br/2015/02/02/qual-e-o-valor-juridico-das-metas-fiscais-o-caso-da-ldo-2014/>. Acesso em: 28/04/18.

SANTOS, A R. Monitoramento e avaliação de programas no setor público: a experiência do PPA do Governo Federal no período 2000–2011. Monografia (TCC) - Instituto Serzedello Corrêa. Brasília, 2012.

SANTOS, R C L F. O impacto de decisões orçamentárias na conformação de eventos sociais: um programa de pesquisas a partir da investigação de bases de dados do orçamento.. In: Flavio Tonelli Vaz e Floriano José Martins. (Org.). Orçamento e Políticas Públicas: Condicionantes e Externalidades. Brasília: ANFIP/Fundação ANFIP, 2011, v. , p. 13-29.

APÊNDICE A – Informações sobre o banco de dados da pesquisa

A estrutura das variáveis do banco de dados do estudo é descrita no quadro a seguir.

Variável	Conteúdo	Fonte
ID	Código de identificação da meta, composto pelo número do objetivo do Programa nº 2015 (do PPA 2012-2015), seguido de um ponto e de um número sequencial com dois caracteres.	MPOG
Objetivo	Número do objetivo do Programa nº 2015.	MPOG
Descrição da Meta	Qualitativo. Descrição da respectiva meta.	MPOG
Meta na PAS	Qualitativo. Compara a similaridade da meta na PAS em relação ao PPA.	E.P.
Meta Prevista 2012-2015	Numérico. Meta prevista no PPA 2012 – 2015.	MPOG
Unidade de Medida	Unidade usada para mensurar a meta no PPA	MPOG
Meta Realizada Até 2015	Numérico. Meta alcançada ao final do PPA 2012 – 2015.	MPOG
Nível de desempenho	Numérico. Proporção do alcance da meta do PPA em relação ao previsto.	E.P.
Desempenho	Numérico. Nível de desempenho da meta do PPA, crescente, segundo quartis, variando de 1 a 5.	E.P.
Considerações	Qualitativo. Comentários sobre o desempenho da meta do PPA.	MPOG
Natureza da meta	Qualitativo. Identifica se meta tem natureza de estrutura, processo ou resultado.	E.P.
Detalhe da Natureza	Qualitativo. Detalha natureza das metas como: de atendimento ou outro fim, no caso da estrutura; de capacitação, pesquisa ou outros, nos casos de metas de processo; e de cobertura ou impacto, no caso das metas de resultado.	E.P.
Complexidade / esforço	Qualitativo. Identifica se a meta é de esforço amplo (depende de outros entes federados) ou restrito (depende apenas do nível federal).	E.P.
Produto PAS 2015	Unidade usada para mensurar a meta na PAS 2015.	PAS
Proposta Meta física PAS 2015	Qualitativo. Meta estabelecida para o ano de 2015 na PAS.	PAS
Ação PLOA 2015	Qualitativo. Ações orçamentárias associadas à meta, segundo a PAS 2015	PAS
Valor Total da Ação Orçamentária – PLOA 2015 (R\$1)	Numérico. Valor das ações orçamentárias associadas à meta, para o ano de 2015 na PAS.	PAS
Meta realcionada a quantas ações orçamentárias? PAS	Numérico. Indica o número de ações orçamentárias relacionadas à meta na PAS.	E.P.

Ação orçamentária financia quantas metas? PAS	Numérico. Indica o número de metas financiadas pela ação orçamentária, que se associa à meta em análise na PAS.	E.P.
Ação orçamentária provável	Qualitativo. Indicação da ação orçamentária que provavelmente financia a meta, uma vez que a informação não estava disponível no MPOG, na PAS, nem no SIOP (acesso público).	E.P.
Ação orçamentária PAS+Provável	Qualitativo. Indicação da ação orçamentária que financia a meta, com base em dados do MPOG, da PAS, do SIOP e, se necessário, da avaliação do pesquisador.	E.P.
Meta realcionada a quantas ações orçamentárias? PAS+Provável	Numérico. Indica o número de ações orçamentárias relacionadas à meta, considerando a lista de correspondência da PAS e, se necessário, a elaborada na pesquisa.	E.P.
Ação orçamentária financia quantas metas? PAS+Provável	Numérico. Indica o número de metas financiadas pela ação orçamentária, que se associa à meta em análise, considerando a lista de correspondência da PAS e, se necessário, a elaborada na pesquisa.	E.P.
LOA 2012	Valor estabelecido na LOA de 2012 para as ações orçamentárias associadas à meta. (*)	MPOG e SIOP
LOA e Créditos 2012	Valor estabelecido na LOA de 2012 para as ações orçamentárias associadas à meta adicionado aos créditos extraordinários. (*)	MPOG e SIOP
Empenhado 2012	Valor empenhado referente ao autorizado em 2012 para as ações orçamentárias associadas à meta. (*)	MPOG e SIOP
Liquidado 2012	Valor liquidado referente ao autorizado em 2012 para as ações orçamentárias associadas à meta. (*)	MPOG e SIOP
Pago 2012	Valor pago em 2012 referente ao autorizado em 2012 para as ações orçamentárias associadas à meta. (*)	MPOG e SIOP
RAP pago 2012	Valor pago referente aos restos a pagar de 2012 para as ações orçamentárias associadas à meta. (*)	SIOP
Pgmto efetivo 2012	Valor pago referente autorizado para 2012, incluindo os restos a pagar de 2012 para as ações orçamentárias associadas à meta. (*)	SIOP
LOA 2013	Valor estabelecido na LOA de 2013 para as ações orçamentárias associadas à meta. (*)	MPOG e SIOP
LOA e Créditos 2013	Valor estabelecido na LOA de 2013 para as ações orçamentárias associadas à meta adicionado aos créditos extraordinários. (*)	MPOG e SIOP
Empenhado 2013	Valor empenhado referente ao autorizado em 2013 para as ações orçamentárias associadas à meta. (*)	MPOG e SIOP

Liquidado 2013	Valor liquidado referente ao autorizado em 2013 para as ações orçamentárias associadas à meta. (*)	MPOG e SIOP
Pago 2013	Valor pago em 2013 referente ao autorizado em 2013 para as ações orçamentárias associadas à meta. (*)	MPOG e SIOP
RAP pago 2013	Valor pago referente aos restos a pagar de 2013 para as ações orçamentárias associadas à meta. (*)	SIOP
Pgmto efetivo 2013	Valor pago referente autorizado para 2013, incluindo os restos a pagar de 2013 para as ações orçamentárias associadas à meta. (*)	SIOP
LOA 2014	Valor estabelecido na LOA de 2014 para as ações orçamentárias associadas à meta. (*)	MPOG e SIOP
LOA e Créditos 2014	Valor estabelecido na LOA de 2014 para as ações orçamentárias associadas à meta adicionado aos créditos extraordinários. (*)	MPOG e SIOP
Empenhado 2014	Valor empenhado referente ao autorizado em 2014 para as ações orçamentárias associadas à meta. (*)	MPOG e SIOP
Liquidado 2014	Valor liquidado referente ao autorizado em 2014 para as ações orçamentárias associadas à meta. (*)	MPOG e SIOP
Pago 2014	Valor pago em 2014 referente ao autorizado em 2014 para as ações orçamentárias associadas à meta. (*)	MPOG e SIOP
RAP pago 2014	Valor pago referente aos restos a pagar de 2014 para as ações orçamentárias associadas à meta. (*)	SIOP
Pgmto efetivo 2014	Valor pago referente autorizado para 2014, incluindo os restos a pagar de 2014 para as ações orçamentárias associadas à meta. (*)	SIOP
LOA 2015	Valor estabelecido na LOA de 2015 para as ações orçamentárias associadas à meta. (*)	MPOG e SIOP
LOA e Créditos 2015	Valor estabelecido na LOA de 2015 para as ações orçamentárias associadas à meta adicionado aos créditos extraordinários. (*)	MPOG e SIOP
Empenhado 2015	Valor empenhado referente ao autorizado em 2015 para as ações orçamentárias associadas à meta. (*)	MPOG e SIOP
Liquidado 2015	Valor liquidado referente ao autorizado em 2015 para as ações orçamentárias associadas à meta. (*)	MPOG e SIOP
Pago 2015	Valor pago em 2015 referente ao autorizado em 2015 para as ações orçamentárias associadas à meta. (*)	MPOG e SIOP
RAP pago 2015	Valor pago referente aos restos a pagar de 2015 para as ações orçamentárias associadas à meta. (*)	SIOP

Pgmto efetivo 2015	Valor pago referente autorizado para 2015, incluindo os restos a pagar de 2015 para as ações orçamentárias associadas à meta. (*)	SIOP
LOA 2012 a 2015	Valor estabelecido nas LOA de 2012 a 2015 para as ações orçamentárias associadas à meta. (*)	E.P.
LOA e Créditos 2012 a 2015	Valor estabelecido nas LOA de 2012 a 2015 para as ações orçamentárias associadas à meta adicionado aos créditos extraordinários. (*)	E.P.
Empenhado 2012 a 2015	Valor empenhado referente ao autorizado em 2012 a 2015 para as ações orçamentárias associadas à meta. (*)	E.P.
Liquidado 2012 a 2015	Valor liquidado referente ao autorizado em 2012 a 2015 para as ações orçamentárias associadas à meta. (*)	E.P.
Pago 2012 a 2015	Valor pago em 2012 a 2015 referente ao autorizado em 2012 a 2015 para as ações orçamentárias associadas à meta. (*)	E.P.
RAP pago 2012 a 2015	Valor pago referente aos restos a pagar de 2012 a 2015 para as ações orçamentárias associadas à meta. (*)	E.P.
Pgmto efetivo 2012 a 2015	Valor pago referente autorizado para 2012 a 2015, incluindo os restos a pagar de 2012 a 2015 para as ações orçamentárias associadas à meta. (*)	E.P.
% Pgmto efetivo 2012 a 2015/Empenhado 2012 a 2015	Proporção do pagamento efetivo em relação ao empenhado entre 2012 a 2015 para as ações orçamentárias associadas à meta. (*)	E.P.
% Pgmto efetivo 2012 a 2015/LOA+Créditos	Proporção do pagamento efetivo em relação ao disponibilizado pelas LOA e créditos extraordinários entre 2012 a 2015 para as ações orçamentárias associadas à meta. (*)	E.P.

Fonte: MPOG (BRASIL, 2016a), MS (BRASIL, 2014) e consulta ao mecanismo de busca de acesso público do SIOP em abril de 2018.

Legenda: E.P. - elaboração própria; PAS – Programação Anual de Saúde.

(*) Se a meta for associada a mais que uma ação, os valores representam a soma.

A planilha completa contendo o banco de dados desse estudo está disponível no repositório do GitHub, no seguinte endereço:

https://github.com/DataBrazil/PPA_2012_2015.

APÊNDICE B – Roteiro de questões para entrevista

As questões usadas na entrevista realizada estão descritas no quadro a seguir, em que, para cada questão, há indicação de sua utilidade para a pesquisa e síntese das respostas.

Questões	Utilidade para pesquisa	Síntese das respostas
1) Qual a função que ocupa no MS e há quanto tempo?	Caracterizar o perfil do entrevistado.	Coordenador geral de planejamento da SPO / Secretaria Executiva do Ministério da Saúde há 4 anos.
2) Qual o nível de desempenho das metas do Programa nº 2015 no PPA 2012 – 2015? Esses níveis refletem de modo substantivo sua percepção sobre metas com desempenho insuficiente? Adicionaria ou retiraria alguma meta da lista de insuficientes?	Confirmação de dados já obtidos e validação da fonte.	Informações são as mesmas já apresentadas no quadro 6, uma vez que a SPO é quem fornece os dados para os relatórios.
3) Quais critérios o MS adota para avaliar tendências dos indicadores gerais do Programa nº 2015 do PPA 2012 - 2015? Estão presentes na ficha de qualificação para o indicador?	Complementação de informações sobre indicadores gerais do Programa nº 2015.	Metas para indicadores gerais não estão compreendidas na sua área de atuação no MS. Não há fichas de qualificação para o PPA desse período, apenas para o posterior.
4) Que ações orçamentárias estão associadas às metas do Programa nº 2015? Particularmente as ações orçamentárias de desempenho insuficiente que não estavam mencionadas na PAS de 2015. Há lista que vincule iniciativas às metas no Siop? Essa informação está presente nas fichas de qualificação de metas?	Complementação de informações sobre ações orçamentárias de desempenho insuficiente do Programa nº 2015.	Indicou como acessar essas informações por meio do Siop para usuários cadastrados. Confirmou que cada iniciativa se relaciona a apenas um objetivo de programa de PPA.
5) Por que há ações orçamentárias citadas em relatório do MPOG (principalmente nos objetivos 713 e 714), como sendo associadas ao Programa nº 2015, mas que não estão listadas na PAS de 2015?	Complementação de informações sobre ações orçamentárias de desempenho insuficiente do Programa nº 2015.	Nem todas ações orçamentárias estão identificadas na PAS.
6) Há listas com a classificação de cada meta do Programa nº 2015 do PPA 2012 - 2015, segundo características de natureza (estrutura, processo ou resultado), complexidade (esforço amplo ou restrito) e órgão responsável pelas execuções física, orçamentária e financeira, conforme estudo já realizado pelo MS para o PPA 2016-2019?	Complementação de informações sobre ações orçamentárias de desempenho insuficiente do Programa nº 2015.	Não há lista para esse período, apenas para o posterior.
7) Há relatórios sobre o alcance das metas do Programa nº 2015 do PPA 2012 - 2015, que contenham esclarecimentos sobre as causas de desempenho insuficiente e sobre providências	Complementação de informações sobre causas de desempenho insuficiente em metas do Programa nº 2015 e também sobre providências adotadas.	Há relatórios encaminhados regularmente ao Conselho Nacional de Saúde. Para o PPA de 2016 – 2019, o SIOP possui variável específica para

adotadas? Essas providências estariam na alçada apenas do órgão responsável?		registro de providências.
8) Você apontaria outras causas de desempenho insuficiente das metas indicadas no quadro 6 (particularmente as relacionadas à natureza, à complexidade das ações e serviços de saúde, à capacidade de planejamento de áreas técnicas e ao nível de execução orçamentária e financeira) e as providências adotadas ou recomendadas no caso, além das já indicadas pelos eventuais relatórios?	Complementação de informações sobre causas de desempenho insuficiente em metas do Programa nº 2015 e também sobre providências adotadas.	Causas específicas estão registradas nos relatórios apresentados no quadro 6.
9) Algum Relatório de Gestão à CGU ou ao TCU já abordou o desempenho insuficiente em metas do Programa nº 2015 e as providências pertinentes?	Complementação de informações sobre causas de desempenho insuficiente em metas do Programa nº 2015 e também sobre providências adotadas.	O TCU elaborou recente acórdão a respeito das metas para o PPA de 2016-2019.
10) Há relatórios de avaliação da execução orçamentária e financeira do Programa nº 2015 do PPA 2012 - 2015 ao nível de metas (relatório de monitoramento e avaliação do PPA)? Com sugestões de providências? E sobre PPAs anteriores e posterior? Esses relatórios impactaram a execução física?	Complementação de informações sobre causas de desempenho insuficiente e providências indicadas em metas do Programa nº 2015.	Relatórios mensais são enviados ao Conselho Nacional de Saúde com detalhamento por ação orçamentária.

ANEXO A – Evolução dos resultados de indicadores gerais do Programa nº 2015, entre 2012 e 2015.

Objetivos associados	Indicador	Unid. Medida	Referência		Valor Apurado 2012		Valor Apurado 2013		Valor Apurado 2014		Valor Apurado 2015	
			Data	Índice	Data	Índice	Data	Índice	Data	Índice	Data	Índice
713	Cobertura das equipes de agentes comunitários	%	01/01/2010	63,17	30/11/2012	65,04	31/12/2013	64,7	31/12/2014	64,01	31/12/2015	63,73
713	Cobertura das equipes de saúde bucal	%	01/01/2010	34,3	31/12/2012	37	31/12/2013	38	31/12/2014	38	31/12/2015	38
713	Cobertura das equipes de saúde da família	%	01/01/2010	52,75	30/11/2012	54,84	31/12/2013	56,4	31/12/2014	60,17	31/12/2015	60,95
717/713	Índice de estruturação de redes de urgência e emergência	%	01/01/2010	44	31/12/2012	45	31/12/2013	66,7	31/12/2014	91,7	31/12/2015	110
718/713	Índice de implantação de Centros de Atenção Psicossocial (CAP)	%	31/12/2011	58	31/12/2012	67	31/12/2013	72	31/12/2014	76	31/12/2015	80,8
713	Índice de realização de transplantes	1/1.000.000	01/01/2010	122,7	31/12/2012	128,3	31/12/2013	120,5	31/12/2014	121,71	31/12/2015	116,85
713	Índice implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)	%	31/12/2011	67,95	31/12/2012	72,7	31/12/2013	76,1	31/12/2014	79,51	31/12/2015	79,7
714	Cobertura do Programa Saúde na Escola	%	01/01/2010	33	31/12/2012	39,67	31/12/2013	51,7	31/12/2014	49,14	31/12/2015	49,14
714	Cobertura vacinal contra gripe	%	01/01/2010	82,77	31/12/2012	82,14	31/12/2013	87,96	31/12/2014	86,07	31/12/2015	88,99
714	Coeficiente de prevalência de hanseníase	1/10.000	21/12/2011	1,54	31/12/2012	1,51	31/12/2013	1,42	31/12/2014	1,27	31/12/2015	1,08
714	Esperança de vida ao nascer	ano	01/01/2008	73	31/12/2010	73,4	31/12/2013	74,5	31/12/2014	75,14	31/12/2015	75,44
715/714	Incidência de Sífilis Congênita	Unidade	31/12/2009	5.093	31/12/2012	11.609	31/12/2013	13.705	31/12/2014	16.172	31/12/2015	19.083
714	Índice de Municípios desenvolvendo ações de vigilância da qualidade da água para consumo humano	%	31/12/2010	0	21/12/2012	67	31/12/2013	67,22	31/12/2014	46,1	31/12/2015	64,3
714	Índice parasitário anual (IPA) da malária	1/1.000	01/01/2008	18,7	31/12/2012	9	31/12/2013	6,3	31/12/2014	5,1	31/12/2015	5,5

(...) continuação

Objetivos associados	Indicador	Unid. Medida	Referência		Valor Apurado 2012		Valor Apurado 2013		Valor Apurado 2014		Valor Apurado 2015	
			Data	Índice	Data	Índice	Data	Índice	Data	Índice	Data	Índice
714	Número de Academias da Saúde implantadas	unidade	01/01/2010	0	31/12/2012	155	31/12/2013	305	31/12/2014	332	31/12/2015	563
715/714	Razão de mortalidade materna	1/100.000	31/12/2009	72	31/12/2010	68,2	31/12/2011	64,8	31/12/2012	61,6	31/12/2013	60,9
714	Taxa de incidência de Aids	1/100.000	31/12/2009	20,6	31/12/2011	21,1	31/12/2012	20,1	31/12/2013	20,88	31/12/2014	19,7
714	Taxa de incidência de tuberculose	1/100.000	31/12/2009	38,07	31/12/2011	37,89	31/12/2012	36,01	31/12/2013	35,35	31/12/2014	34,05
714	Taxa de mortalidade específica por neoplasias malignas	1/100.000	01/01/2007	84	31/12/2010	92,4	31/12/2011	94,4	31/12/2012	96,8	31/12/2013	96,4
715/714	Taxa de mortalidade infantil	1/1.000	31/12/2009	16,8	31/12/2010	16	31/12/2011	15,3	31/12/2012	14,9	31/12/2013	14,41
715/714	Taxa de mortalidade neonatal precoce	1/1.000	01/01/2007	11	31/12/2010	8,5	31/12/2011	8,1	31/12/2012	7,8	31/12/2013	7,49
715/714	Taxa de mortalidade neonatal tardia	1/1.000	01/01/2007	3,3	31/12/2010	2,6	31/12/2011	2,5	31/12/2012	2,5	31/12/2013	2,4
714	Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório	1/100.000	01/01/2007	162,9	31/12/2010	171,1	31/12/2011	174,2	31/12/2012	171,8	31/12/2013	168,9
714	Taxa de prevalência de excesso de peso	%	01/01/2003	42,7	31/12/2009	48,6	31/12/2012	50,6	31/12/2013	50,8	31/12/2014	52,5
714	Taxa incidência de dengue	1/100.000	01/01/2009	293,35	31/12/2012	304,56	31/12/2013	722,35	31/12/2014	290,48	31/12/2015	766,08
724	Regiões de Saúde com Contratos Organizativos de Ação Pública – COAP assinado	%	01/01/2010	0	31/12/2012	5,5	31/12/2013	5,5	31/12/2014	5,5	31/12/2015	5,9
726	Cobertura de municípios ao Programa Farmácia Popular -Aqui tem farmácia popular	unidade	01/01/2010	2.467	31/12/2012	3.730	31/12/2013	4.119	31/12/2014	4.345	31/12/2015	4.446
728	Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS)	%	01/01/2010	60	31/12/2012	68,46	31/12/2013	65,86	31/12/2014	69,09	31/12/2015	73,02

Fonte: Adaptado de GOMES (2016).