



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

TALITA MARIA BENGZOZI GOZI

**A GESTÃO ORÇAMENTÁRIA DA SAÚDE E O PAPEL DOS
MUNICÍPIOS: UMA PESQUISA-AÇÃO, A PARTIR DA
EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE, EM UMA
MACRORREGIÃO DO ESTADO DO PARANÁ.**

TALITA MARIA BENGZOZI GOZI

**A GESTÃO ORÇAMENTÁRIA DA SAÚDE E O PAPEL DOS MUNICÍPIOS:
UMA PESQUISA-AÇÃO, A PARTIR DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM
SAÚDE, EM UMA MACRORREGIÃO DO ESTADO DO PARANÁ**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito parcial à obtenção ao título de Doutor em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Brígida Gimenez
Carvalho.

Coorientador: Prof. Dr. João Felipe Marques da
Silva

TALITA MARIA BENGZOZI GOZI

**A GESTÃO ORÇAMENTÁRIA DA SAÚDE E O PAPEL DOS MUNICÍPIOS:
UMA PESQUISA-AÇÃO, A PARTIR DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM
SAÚDE, EM UMA MACRORREGIÃO DO ESTADO DO PARANÁ**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito parcial à obtenção ao título de Doutor em Saúde Coletiva.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Brígida Gimenez
Carvalho
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Coorientador: Prof. Dr. João Felipe
Marques da Silva
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Prof.^a Dr.^a Adelyne Maria Mendes Pereira
Escola Nacional de Saúde Pública –
ENSP/FIOCRUZ

Prof. Dr.^a Mariana Alves Melo
Conselho de Secretarias Municipais de
Saúde – COSEMS SP

Prof.^a Dr.^a Fernanda Freitas Mendonça
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Prof.^a Dr.^a Elisabete de Fátima Polo de
Almeida Nunes
Universidade Estadual de Londrina –
UEL

Londrina, 03 de julho de 2025

G725a GOZI, TALITA MARIA BENGZOI .

A GESTÃO ORÇAMENTÁRIA DA SAÚDE E O PAPEL DOS MUNICÍPIOS :
UMA PESQUISA-AÇÃO, A PARTIR DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM
SAÚDE, EM UMA MACRORREGIÃO DO ESTADO DO PARANÁ / TALITA
MARIA BENGZOI GOZI. - Londrina, 2025.
226 f. : il.

Orientador: Brígida Gimenez Carvalho.

Coorientador: João Felipe Marques da Silva.

Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina,
Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva,
2025.

Inclui bibliografia.

1. Financiamento da Saúde - Tese. 2. Orçamento público - Tese. 3. Educação
Permanente em Saúde - Tese. I. Carvalho, Brígida Gimenez . II. Silva, João Felipe
Marques da. III. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da
Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. IV. Título.

CDU 614

*Dedico este trabalho àquele que sempre está ao meu lado e que me apoia incondicionalmente, **Fernando** meu amor. E aos nossos maravilhosos filhos, **Antonella e Benício**.*

E também a todos àqueles que acreditam que podem fazer um SUS melhor a cada dia.

AGRADECIMENTOS

Nossa!!! Não consigo descrever a alegria de escrever essas páginas. Foram anos de muita dedicação e ao mesmo tempo de abdicação, mas de um resultado que nem eu poderia imaginar. Cresci como profissional, amadureci como cidadã e defensora de um SUS que eu acredito. Estudar o federalismo e aprofundar nas políticas públicas foram divisores de água na minha vida.

Primeiramente agradecer a Ele que me protegeu e me sustentou até aqui. Nas angústias e nas madrugadas em silêncio, Ele acalmou meu coração.

Agradecer aos meus, Fernando, Antonella e Benício, pela compreensão nos períodos de ausência.

Agradecer aos meus pais que sempre me apoiaram e acreditaram em mim.

Agradecer a minha querida Brígida, fonte de inspiração, como mestra, como profissional do SUS e amiga. Um exemplo de pessoa do bem, de fé. Que me conduziu com tanta leveza e sabedoria toda esta caminhada, me entendendo e apoiando em todos os percalços do processo.

Ao João, meu brilhante coorientador, pessoa que admiro pela generosidade e inteligência que conduz todos os processos, que privilégio ter você comigo nesta caminhada.

Agradeço ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, pela oportunidade de realizar meu sonho de ser doutora.

Um agradecimento especial as professoras Fernanda Freitas, Elisabete de Fátima e Adelyne Mendes pelas valiosas contribuições para estruturação desta pesquisa.

Ao grupo de pesquisa GestSUS e aos colegas do programa, pelas vivências e estudos compartilhados.

Aos membros da banca, titulares e suplentes, que aceitaram participar deste processo com suas valiosas contribuições.

A minha grande amiga Karla, uma amizade construída neste período, que tanto me fortaleceu e que ainda tenhamos muitas histórias juntas.

Ao meu parceiro de financiamento e orçamento Jorge, juntos aprendemos a paixão pelo financiamento da saúde e enxergamos que podíamos ir além para melhoria do SUS.

Aos meus amigos da secretaria de saúde, que sempre me apoiaram em me motivaram nesta caminhada, com eles divido diariamente os desafios da gestão do SUS.

Não poderia deixar de agradecer aos membros das equipes gestoras dos municípios pesquisados, por disponibilizarem seu tempo durante as entrevistas e por participarem ativamente das oficinas, sem vocês a realização deste estudo não seria possível. Muito obrigada.

APRESENTAÇÃO

Meu nome é Talita Maria Bengozi Gozi, mãe de dois filhos (ainda crianças) enfermeira, atuo na saúde pública municipal e professora. Atuo no SUS há 13 anos e na gestão do SUS há nove anos.

Sempre fui apaixonada pela enfermagem, independente da área em que atuei, mas foi na saúde pública que me encontrei como profissional e atuando na gestão, entendi que ali eu poderia fazer mais pela população.

Em 2017 ingressei na gestão municipal e iniciei meus trabalhos num departamento antes inexistente, a diretoria de Planejamento e Educação em Saúde. O planejamento das aquisições e as prestações de conta ficavam a carga deste departamento e identificando muitos recursos federais nas contas do município que iniciei a jornada de estudos no financiamento da saúde.

Ano após ano, estudando e entendendo mais sobre financiamento, fomos adentrando no orçamento e definindo todas as execuções financeiras da saúde. Iniciamos em três pessoas neste departamento e atualmente conta com nove trabalhadores.

A experiência foi tão exitosa, que havia o desejo em mim de que mais municípios pudessem desenvolver esse trabalho e conquistar essa autonomia financeira na saúde de seus municípios. Foi quando participando de uma oficina do PROGESTÃO (Programa de Qualificação à Gestão) promovido pela UEL, que duas professoras me abordaram, Brígida e Fátima, (que mais tarde seriam minha orientadora e banca da minha tese) me convidando para o programa de doutorado para trabalhar o tem de financiamento.

Aceitei o desafio, e aqui estou lhes apresentando essa pesquisa.

Atualmente sou secretária municipal de saúde do município em que trabalho e tenho a certeza que estes anos estudando o SUS e seu complexo financiamento e orçamento público me preparam para que eu desempenhe um bom trabalho frente ao município.

Hoje me considero uma militante e defensora do SUS e com total clareza que sem dinheiro não fazemos o SUS acontecer, um sistema de saúde

universal e por isso destaco o quão importante é para os gestores e suas equipes entenderem de financiamento e orçamento público, para que possam de fato atender as necessidades da população com compromisso e segurança.

GOZI, Talita Maria Bengozi. **A gestão orçamentária da saúde e o papel dos municípios: uma pesquisa-ação, a partir da Educação Permanente em Saúde, em uma macrorregião do estado do Paraná.** 2025. 227. fls. Tese de doutorado. Departamento de Saúde Coletiva – Universidade Estadual de Londrina.

RESUMO

O financiamento do SUS sempre foi um desafio e gerir este complexo sistema requer conhecimento técnico e ousadia por parte dos gestores. Operacionalizar um dos maiores orçamentos públicos de um governo traz grandes preocupações e responsabilidades. Isso demonstra a necessidade de processos educativos sobre gestão orçamentária para gestores e equipes gestoras municipais da saúde. O objetivo da pesquisa foi analisar o processo de planejamento orçamentário da saúde de municípios da macrorregião norte do Paraná e contribuir para sua qualificação. Trata-se de uma pesquisa-ação, envolvendo dois momentos. O momento 1 compreendeu a fase exploratória e fase da pesquisa aprofundada da pesquisa-ação. A fase Exploratória foi realizada por meio de entrevistas com roteiro semiestruturado, com gestores e contadores de nove municípios da macrorregião norte do Paraná com questões relacionadas ao processo de planejamento e orçamento da saúde. As entrevistas foram gravadas e transcritas e aconteceram de forma presencial nos municípios, no período de junho a setembro de 2022. A fase de pesquisa Aprofundada foi desenvolvida a partir da análise dos resultados da fase exploratória e a partir da análise foram identificadas as necessidades de aprofundamento dos temas emergidos nas entrevistas e definidos os conteúdos/temáticas das oficinas. O momento 2 contemplou as etapas das fases de Ação e de Avaliação da pesquisa-ação. Na fase de Ação foram realizadas oficinas de Educação Permanente em Saúde (EPS). Quatro oficinas foram realizadas com a participação de equipes gestoras de cinco municípios da macrorregião norte. Os sujeitos das oficinas foram 13 participantes, destes, três ocupavam cargo de gestores e quatro deles cargo de diretores, dois administrativos, um enfermeiro, um coordenador, um contador e um tecnólogo. As oficinas aconteceram de forma presencial, com duração de seis horas cada, no período de novembro de 2023 a abril de 2024. A fase de Avaliação aconteceu de três formas. A primeira, por meio da atividade de dispersão, na qual ao final de cada oficina os participantes recebiam uma atividade para realizarem em seus municípios e trazerem no próximo encontro. A segunda, consistia em uma ficha de avaliação aplicada ao final de cada oficina. E a terceira aconteceu por meio de visita aos municípios, onde foram realizadas entrevistas com roteiro temático. O referencial teórico utilizado para análise dos dados foi a hermenêutica crítica, proposta por Paul Ricoeur e interpretados com apoio do referencial do federalismo e da Educação Permanente em Saúde. Os resultados da fase Exploratória demonstraram a necessidade de melhor qualificação das equipes técnicas da saúde para execução orçamentária nos municípios. Esse cenário justificou a intervenção junto aos municípios por meio das oficinas de EPS com foco em temas relacionados ao financiamento da saúde, nas regras dos repasses e execução dos recursos federais; planejamento e instrumentos de gestão; na nova lei de

licitações, que impacta diretamente no planejamento das compras e contratações dos municípios e nos fundamentos essenciais para construção e execução do orçamento. Os resultados revelaram que participantes de modo geral avaliaram de forma positiva as oficinas, alguns enfatizaram a necessidade desses processos serem permanentes, e por serem municípios pequenos, com equipes enxutas, muitas vezes não conseguem acompanhar as atualizações que a gestão pública exige. Durante o processo de formação foi possível verificar que as oficinas provocaram mudanças nos processos de trabalho. Na percepção dos participantes, as oficinas que tiveram conteúdos mais práticos foram as melhores avaliadas, pois trouxeram concretude e aplicação imediata junto às suas equipes. Reconheceram que precisam se apropriar mais de assuntos relacionados ao financiamento e gestão do orçamento. As complexas relações com os demais departamentos da prefeitura e a prática da alternância de cargos que acontece a cada novo governo que instala, interferem diretamente para que os conhecimentos adquiridos em processos de formação em EPS sejam aplicados no serviço. A gestão orçamentária, por mais complexa que seja, se mostrou como uma atividade possível de as equipes gestoras se apropriarem. Faz-se necessário que mais intervenções pela metodologia de EPS sejam ofertadas para gestores de saúde e também para as equipes de contabilidade e financeira das prefeituras.

Palavras-chave: Educação Permanente, Gestão em Saúde, Sistema Único de Saúde, Municípios, Orçamento.

GOZI, Talita Maria Bengozi. **Health budget management and the role of municipalities: an action research project based on Continuing Education in Health in a macro-region of the state of Paraná.** 2025. 227 pages. Doctoral thesis. Department of Public Health – State University of Londrina.

ABSTRACT

Funding the SUS has always been a challenge, and managing this complex system requires technical knowledge and boldness on the part of managers. Operating one of the largest public budgets of a government brings great concerns and responsibilities. This demonstrates the need for educational processes on budget management for municipal health managers and management teams. The objective of the research was to analyze the health budget planning process of municipalities in the northern macro-region of Paraná and contribute to its qualification. This is an action research project involving two stages. Stage 1 comprised the exploratory phase and the in-depth research phase of the action research. The exploratory phase was conducted through semi-structured interviews with managers and accountants from nine municipalities in the northern macro-region of Paraná, with questions related to the health planning and budgeting process. The interviews were recorded and transcribed and took place in person in the municipalities between June and September 2022. The in-depth research phase was developed based on the analysis of the results of the exploratory phase. From this analysis, the need to explore the themes that emerged in the interviews in greater depth was identified, and the content/themes of the workshops were defined. Moment 2 covered the action and evaluation phases of the action research. During the Action phase, Continuing Education in Health (EPS) workshops were held. Four workshops were held with the participation of management teams from five municipalities in the northern macro-region. The subjects of the workshops were 13 participants, of whom three held management positions and four held director positions, two were administrative staff, one was a nurse, one was a coordinator, one was an accountant, and one was a technologist. The workshops were held in person, lasting six hours each, from November 2023 to April 2024. The Evaluation phase took place in three ways. The first was through a dissemination activity, in which at the end of each workshop, participants received an activity to carry out in their municipalities and bring to the next meeting. The second consisted of an evaluation form applied at the end of each workshop. And the third took place through visits to the municipalities, where interviews were conducted with a thematic script. The theoretical framework used for data analysis was critical hermeneutics, proposed by Paul Ricoeur and interpreted with the support of the framework of federalism and Continuing Education in Health. The results of the exploratory phase demonstrated the need for better qualification of technical health teams for budget execution in the municipalities. This scenario justified intervention with municipalities through EPS workshops focusing on topics related to health financing, rules for transfers and execution of federal funds; planning and management tools; the new bidding law, which directly impacts municipal procurement and contracting planning; and the essential foundations for budget construction and execution. The results revealed that participants

generally evaluated the workshops positively, with some emphasizing the need for these processes to be permanent. Because they are small municipalities with lean teams, they are often unable to keep up with the updates that public management requires. During the training process, it was possible to verify that the workshops brought about changes in work processes. In the participants' perception, the workshops with more practical content were the best evaluated, as they brought concreteness and immediate application to their teams. They recognized that they need to take more ownership of issues related to financing and budget management. The complex relationships with other city departments and the practice of alternating positions that occurs with each new administration directly interfere with the application of the knowledge acquired in EPS training processes in the workplace. Budget management, however complex it may be, has proven to be an activity that management teams can take ownership of. It is necessary that more interventions using the EPS methodology be offered to health managers and also to the accounting and financial teams of city halls.

Keywords: Continuing Education, Health Management, Unified Health System, Municipalities, Budget.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Etapas do Processo Orçamentário.....	40
Figura 2 - Ciclo do Planejamento Orçamentário.....	42
Figura 3 – Ilustração dos instrumentos de planejamento do SUS em conformidade aos instrumentos de planejamento do governo.....	44
Figura 4 – Linha do tempo da implantação da PNEPS.....	49
Figura 5 – Relações entre pesquisa, ação aprendizagem e avaliação.....	55
Figura 6 – Distribuição das regiões de saúde que compõem a macrorregião norte do Paraná, 2024.....	58
Figura 7 – Círculo Hermenêutico.....	70

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Normativas que orientam o financiamento do SUS.....	32
Quadro 2 - Instrumentos de Planejamento no SUS e prazos legais.....	43
Quadro 3 – Municípios selecionados para fase exploratória da pesquisa ação	59
Quadro 4 - Conteúdos necessários à qualificação dos gestores sobre Gestão Orçamentária.....	61
Quadro 5 - Matriz didático-pedagógica contendo os princípios teóricos da aprendizagem significativa, propostos por Paulo Freire.....	63
Quadro 6 – Temas e objetivos das oficinas da pesquisa-ação.....	64
Quadro 7 – Distribuição dos municípios interessados em participar da pesquisa-ação e critérios para seleção.....	66
Quadro 8 – Distribuição dos municípios selecionados para participarem da pesquisa ação, número dos sujeitos participantes e porte populacional.....	67
Quadro 9 – Fases da pesquisa ação.....	68
Quadro 10 – Profissionais do perfil 1 – gestores.....	74
Quadro 11 – Perfil dos entrevistados do perfil 2 técnicos relacionados ao planejamento e orçamento da secretaria de saúde.....	75
Quadro 12 – Distribuição dos participantes das oficinas.....	82
Quadro 13 – Sistematização da Oficina 1.....	83
Quadro 14 – Sistematização da Oficina 2.....	89
Quadro 15 – Sistematização da Oficina 3.....	97
Quadro 16 – Sistematização da Oficina 4.....	101
Quadro 17 – Sistematização das atividades de dispersão solicitadas ao final de cada oficina.....	108
Quadro 18 - Síntese dos resultados da pesquisa por dimensão de análise.....	116

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária em Saúde
ASPS	Ações e Serviços Públicos de Saúde
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CF	Constituição Federal
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
COSEMS	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
EC	Emenda Constitucional
EPS	Educação Permanente em Saúde
FPE	Funda de Participação dos Estados
FPM	Fundo de Participação dos Municípios
GM	Gabinete do Ministro
IPI	Imposto sobre Produtos Industrializados
IR	Imposto de Renda
LC	Lei Complementar
LDO	Lei das Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei do Orçamento Anual
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MAC	Média e Alta Complexidade
MS	Ministério da Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PACS	Programa Agente Comunitário de Saúde
PAS	Programação Anual de Saúde
PCA	Plano Anual de Contratações
PEPS	Polos de Educação Permanente em Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PMS	Plano Municipal de Saúde
PPA	Plano Plurianual
PREPS	Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde
PROFAE	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem

RAG	Relatório Anual de Gestão
RDQA	Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamento Público de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEL	Universidade estadual de Londrina

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	19
2.REFERENCIAL TEÓRICO	23
2.1 OS MUNICÍPIOS E O FEDERALISMO BRASILEIRO: o papel dos municípios na saúde e seus desafios.	23
2.2 FINANCIAMENTO E ORÇAMENTO NA SAÚDE: CONCEITOS E CARACTERÍSTICAS	31
2.2.1 Financiamento do SUS.....	31
2.2.2 Orçamento Público e gestão orçamentária no SUS.	37
2.3 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: ESTRATÉGIA PARA MUDANÇAS NO PROCESSO DE TRABALHO	45
3. OBJETIVOS	53
3.1 OBJETIVO GERAL	53
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	53
4. METODOLOGIA	54
4.1 TIPO DE ESTUDO	54
4.2 CAMPO DA PESQUISA	57
4.3 FASES DA PESQUISA.....	58
4.3.1 Momento 1: Fase exploratória e da Pesquisa Aprofundada	58
4.3.1.1 Fase Exploratória.....	58
4.3.1.2 Fase da Pesquisa Aprofundada	60
4.3.2 Momento 2: Fases da Ação e da Avaliação	62
4.3.2.1 Fase da Ação - As Oficinas.....	62
4.3.2.1 Fase de Avaliação.....	68
4.4 PRODUÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	68
4.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	72
5 RESULTADOS.....	73
5.1 Momento 1	73
5.1.1 Caracterização dos Participantes	73
5.1.2 – Contexto do Planejamento e Gestão Orçamentária nos municípios pesquisados	76
5.2 Momento 2	82
5.2.1 Fase da ação.....	82
5.2.1.1 Oficina 1	83
5.2.1.2 Oficina 2	89
5.2.1.3 Oficina 3	96

5.2.1.4 Oficina 4	101
5.2.2 Fase de avaliação	107
5.2.2.1 Visita aos municípios	109
6. DISCUSSÃO	119
6.1 A gestão orçamentária na saúde: o papel dos municípios.....	119
6.2 EPS como estratégia para a gestão municipal	126
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	132
REFERÊNCIAS.....	135
APÊNDICES.....	147
ANEXO 1	204

1. INTRODUÇÃO

Esta pesquisa teve como propósito desenvolver um programa de qualificação, por meio de um processo de Educação Permanente em Saúde (EPS) às equipes gestoras municipais com foco na gestão orçamentária da saúde.

Partiu-se do pressuposto que os gestores municipais do SUS deixam de executar parte dos recursos de transferências fundo a fundo, estaduais e federais, muitas vezes, por desconhecimento das regras e insegurança na aplicação destes recursos, que requerem prestação de contas detalhadas aos gestores superiores do sistema. Também, principalmente os municípios de pequeno porte, não possuem conhecimento técnico suficiente sobre orçamento público, para atuarem com autonomia na execução orçamentária da saúde, o que mantém contadores ou outros profissionais do orçamento da prefeitura como os reais protagonistas desta atividade.

O Sistema Único de Saúde (SUS), desde sua criação, teve seu financiamento previsto pela Constituição Federal (CF) de 1988, de forma tripartite, ou seja, com a participação dos três entes federados: União, Estados e Municípios.

Um dos fatos mais importantes e destacáveis da CF de 1988 foi a descentralização financeira para os entes subnacionais, o que trouxe maior poder e autonomia aos governos e sociedades locais (SOUZA, 2002; SOUZA, 2019).

Frente à descentralização, tanto dos recursos, quanto das ações e serviços, os estados e municípios se tornam a partir de então, os protagonistas na execução das ações e serviços. E na prática, os municípios se tornaram os principais parceiros do governo federal na implementação de políticas sociais, em especial a de saúde, no país (FRANZESSE; ABRUCIO, 2013; SOUZA 2019).

Aos municípios coube a tarefa de execução dos programas de saúde, propostos principalmente pelo governo federal e que ao longo dos anos vem aumentando as despesas municipais com ações e serviços públicos de saúde (ASPS). Somado à perda gradativa de recursos que o SUS vem sofrendo nas

últimas décadas, alguns municípios têm se sentido obrigados a investir mais na saúde com recursos próprios. Diversos estudos demonstram redução proporcional dos gastos em saúde pelo ente federal e concomitantemente aumento dos gastos municipais (PIOLA, BENEVIDES, VIEIRA, 2018; SERVO et al, 2020; FUNCIA, 2019).

Contudo, existe um paradoxo frente às despesas municipais em saúde. Análises considerando médias nacionais, indicam, que os municípios têm aplicado até mais que o dobro do limite mínimo legal com recursos próprios, destarte, os saldos em contas dos fundos municipais de saúde permanecem altos. Dados do Fundo Nacional de Saúde (FNS) (2023), referente ao ano de 2023, demonstram um saldo de aproximadamente dezoito bilhões de reais nas contas dos fundos municipais de saúde de todo país.

Diversas são as causas da não execução destes recursos e consequente aumento dos saldos em contas. No entanto, a quantidade e qualidade do arcabouço normativo do SUS e suas amarrações na execução dos recursos para além das finalidades estabelecidas nos programas orçamentários, estão entre as principais causas da não execução dos recursos pelos municípios (FALEIROS; PEREIRA, 2021). Outra importante razão do empoçamento dos recursos, provavelmente esteja ligado à insegurança provocada pela complexidade das normativas, pois se tornam barreiras frente aos princípios da administração pública: legalidade e eficiência (CONASEMS, 2022).

O protagonismo que as emendas parlamentares têm ganhado frente ao financiamento da saúde também demonstra preocupação, uma vez que a definição do objeto financiável fica a cargo dos parlamentares, não atendendo muitas vezes a necessidade do município. E as mudanças constantes nas regras para sua aplicação também contribuem para o aumento dos saldos nas contas municipais.

O financiamento do SUS sempre foi um desafio e gerir este complexo sistema requer conhecimento técnico e ousadia por parte dos gestores. Os gestores municipais de saúde, na rotina diária focada prioritariamente na assistência, muitas vezes deixam de participar efetivamente do processo de planejamento orçamentário, assumindo a responsabilidade de executar um

orçamento sem compreensão integral e, sujeitando-se a decisões de outros atores públicos municipais. Operacionalizar um dos maiores orçamentos públicos de um governo traz grandes preocupações e reponsabilidades. Isso demonstra a necessidade de processos educativos sobre gestão orçamentária para gestores e equipes gestoras da saúde. A gestão da saúde municipal necessita de mais conhecimento e autonomia sobre o planejamento e a execução orçamentária, objeto de estudo desta pesquisa

Considerando o exposto acima, as questões que orientam o presente estudo são: Os gestores conhecem e dominam o processo de planejamento e orçamento público? Como estão organizados os setores financeiros e de contabilidade dos municípios? Existe integração entre estas equipes e a gestão da secretaria municipal de saúde para o planejamento e a execução orçamentária?

Para responder as questões de pesquisa, um estudo de caso foi realizado na macrorregião norte do Paraná. A escolha pelos municípios desta região se deu por ser a área de abrangência da Universidade Estadual de Londrina e do Grupo de estudos de apoio à gestão municipal em saúde (GestSus). Este grupo de pesquisa realiza estudos na região e também desenvolve ações de apoio e formação de gestores para atuação no SUS. Além disso, justifica-se a escolha da região pela representatividade do território, que apresenta em sua composição, maioria de municípios de pequeno porte, o que demonstra a realidade do país. A macrorregião norte, é composta por 97 municípios, destes 79 são considerados municípios de pequeno porte, o que corresponde a 81% dos municípios com população menor que 20.000 habitantes.

Trata-se de uma pesquisa-ação, desenvolvida em dois momentos. O primeiro, de cunho exploratório, constitui-se na fase diagnóstica da pesquisa-ação. Foi desenvolvido por meio de entrevistas com roteiro semiestruturado junto às equipes gestoras municipais de saúde. Faz parte de uma pesquisa multicêntrica, em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública/ ENSP – Fiocruz e Universidade Estadual de Londrina, denominada “Mudanças nas regras de transferência de recursos federais do Sistema Único de Saúde:

implicações e desafios para o financiamento e a organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil”.

O segundo momento, contemplou as demais etapas da pesquisa-ação, e foram desenvolvidas a partir de oficinas de Educação Permanente em Saúde (EPS), e integram a pesquisa: “Gestão Orçamentária em Saúde: estratégias para ampliar a eficiência e autonomia dos municípios no uso dos recursos em saúde”. Esta pesquisa é desenvolvida pelo grupo de estudos GestSus, vinculado ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina (UEL) e realiza pesquisas com foco na gestão do SUS.

Os referenciais de análise escolhidos para embasar a análise dos objetivos desta pesquisa foram:

1) Federalismo Municipal, marcado pela descentralização da gestão e dos recursos financeiros, que impacta diretamente no financiamento das ações e serviços públicos de saúde;

2) Financiamento e Orçamento da Saúde, observa-se redução gradativa de repasse federais aos municípios, e ao mesmo, altos saldos em contas federais dos mesmos que podem estar associados a fragilidades na gestão orçamentária dos municípios, tema de estudo desta pesquisa.

3) Educação Permanente em Saúde busca mudanças significativas nos processos de trabalho e neste contexto, qualificação dos processos de gestão orçamentária no SUS.

2.REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 OS MUNICÍPIOS E O FEDERALISMO BRASILEIRO: o papel dos municípios na saúde e seus desafios.

O modelo atual do federalismo no Brasil foi instaurado por meio da publicação da Constituição Federal (CF) de 1988. A estrutura federativa desenhada pela CF de 1988 foi marcada por duas principais características: uma diretriz pró-descentralização e diversas competências compartilhadas entre as esferas de governo (FRANZESE, ABRUCIO; 2013).

O federalismo é considerado uma organização político-administrativa, aplicado geralmente quando se há grandes áreas territoriais e heterogêneas, assim como no Brasil (LIJPHART, 2013; ABRUCIO, 2022).

No federalismo, o poder é dividido entre os diferentes níveis de governo. Assim, o sinônimo de federalismo é a “divisão do poder”, garantida entre governo central e governos subnacionais. É uma divisão espacial ou territorial do poder, em que unidades componentes são definidas geograficamente, essas unidades são chamadas de estados (LIPJPHART, 2013).

Elazar (1991) afirma ainda que, o princípio político do federalismo está na difusão constitucional do poder. E complementa, que basicamente o federalismo se consolida em dois princípios: autogoverno e governo compartilhado (*self rule plus shared rule*).

A gênese das federações pode se diferenciar nos diversos países, ou seja, pode ocorrer mediante um propósito inicial de "unir" [*come together*] ou de "manter a união" [*hold together*], segundo Stepan (1999).

Nos Estados Unidos, a origem do federalismo seu deu em 1787 com propósito de unir, foco em dois objetivos principais: fortalecer o poder central, com capacidade efetiva de implementar ações em todo território nacional e garantir a manutenção da autonomia política aos entes subnacionais, frente às suas diversas competências (SOARES; MACHADO, 2018).

O oposto aconteceu no Brasil, em que a origem do federalismo em 1889, se deu com objetivo de se manter a união, sendo inicialmente estado unitário, que teve início em 1822 e avançou para um processo de descentralização do poder aos estados (SOARES; MACHADO, 2018).

Desta forma, a Constituição não foi o marco exclusivo da descentralização, pois, várias medidas e fatos anteriores a 1988 davam sinais de que a descentralização era fato previsível na nova Constituição, mas era também resultado de um novo regime democrático que se instalava, frente ao longo período de autoritarismo que o país vivia (SOUZA, 2002; ALMEIDA, 2001). Descentralização significaria democratização (FRANZESE, ABRUCIO; 2013).

Outra medida bastante festejada foi a inclusão dos municípios como entes federados, ao lado dos estados e Distrito Federal, tornando o Brasil um país de triplo federalismo (ABRUCIO, 2022; SOUZA, 2019; SOUZA, 2013).

Como ente federado, os municípios obtiveram maior autonomia política, administrativa e financeira. No entanto, os governos locais muitas vezes são administrativamente muito heterogêneos e assim, possuem pouca capacidade de exercer sua autonomia (FRANZESSE, ABRUCIO, 2013).

Ao mesmo tempo, que, a inclusão dos municípios à CF como ente federado trouxe maior poder e autonomia financeira, frente à descentralização de recursos aos municípios, por outro lado, sua atuação e poder decisório como ente da federação são limitados, pelo fato de suas competências, recursos financeiros, áreas de atuação e gastos serem determinados pela Constituição Federal ou por legislação infraconstitucional federal (SOUZA, 2013).

Abrucio (2022) salienta ainda que há um paradoxo junto ao novo papel conferido aos municípios: mesmo tendo ganhado muito poder, a maioria tem baixa capacidade estatal para exercer suas funções constitucionais, pois existem diversos obstáculos relacionados à situação econômico-financeira, ao baixo capital humano e grandes fragilidades na gestão pública.

O grau de descentralização e a forma como aconteceu, foram diretamente afetados pelo arranjo político e social local, uma vez, que, o governo

local sofre pressões exercidas pela sociedade civil e é também influenciado pelo projeto político de cada gestão (FARAH, 2001).

Por outro lado, a mesma autora também chama atenção, que o processo de descentralização por vezes ainda tem demonstrado os padrões antigos da relação Estado-sociedade, estando presente por exemplo, nas práticas clientelísticas em alguns municípios (FARAH, 2001).

No entanto, apesar das diversas fragilidades apontadas pelas novas responsabilidades assumidas pelos municípios, na prática, eles se tornaram os principais parceiros do governo federal na implementação de políticas sociais e de saúde no país (ROCHA, 2013; FRANZESSE, ABRUCIO, 2013; SOUZA 2019).

Farah (2001) descreve que a crescente ação municipal na área social se deve entre outros, aos seguintes fatores:

- transferência de atribuições do governo federal e estadual à esfera municipal;
- resposta a reivindicações da sociedade civil pela descentralização das políticas sociais;
- ênfase à descentralização na agenda de reforma de diferentes correntes políticas;
- aumento da participação dos municípios na partilha dos recursos fiscais;
- proximidade do governo local com relação às demandas da população;
- insuficiência das respostas do mercado, como alternativa a ineficiência do Estado (nível federal) e “necessidade” então de respostas no nível local.

Souza (2013) elucida por sua vez, porque estados e municípios foram os implementadores dos direitos constitucionais como saúde e educação. Destaca que a causa seja evolucionista. Esse argumento explica a melhor capacidade de adaptação, considerando o Brasil, um país de dimensão continental e que a rede de prestação desses dois serviços já estava instalada e distribuída no território, ficou fácil a transformação desses dois direitos em política. Sem contar que estados e municípios já tinham experiência, em parte, na prestação desses serviços.

Rocha (2013) afirma ainda que no início da década de 1990, ocorreu um processo de recentralização e retomada do controle pelo governo central, sobre determinadas políticas públicas e, assim, a implementação de mecanismos de coordenação, baseado em incentivos positivos e negativos, para que os governos subnacionais assumissem encargos e cumprissem metas. Também criou mecanismos de avaliação das políticas descentralizadas, dentre elas, da saúde.

Desta forma, em países de grande extensão territorial como o Brasil e marcado por tantas desigualdades sociais, a descentralização das políticas para o nível municipal, necessitou também de mecanismos de coordenação do sistema, como forma de garantir a busca de projetos regionais e de um projeto nacional (ROCHA, 2013).

Outra justificativa da necessidade da coordenação seria que muitos programas governamentais são contraditórios e outros podem ter lacunas ou serem insuficientes na provisão de serviços, muitas vezes garantidos por lei aos cidadãos (SOUZA, 2019).

Cabe destacar, que o processo de coordenação, sob a perspectiva da política pública se divide em dois momentos: na formulação da política pública e na sua implementação (SOUZA, 2019).

Frente ao fenômeno da municipalização e as novas responsabilidades constitucionais assumidas pelos municípios, necessitaram também da descentralização de recursos, ou melhor, dizendo, distribuição de recursos tributáveis pela união aos municípios (FRANZESSE, ABRUCIO, 2013; SOUZA 2019).

As décadas anteriores à promulgação da CF em 1988 foram marcadas por autoritarismo fiscal centralizado no governo federal. A criação de impostos, tributação e distribuição aos entes subnacionais estavam a cargo exclusivamente da União. Tal concentração foi observada em seu ápice em 1977, ano em que o governo federal arrecadou em torno de 76% dos tributos, mantendo disponíveis para si, após as transferências aos demais entes, 69,1% dele (VARSANO et al., 1998).

Foi a partir de 1984 em que se observou forte processo de desconcentração de recursos e em 1987, mais precisamente no primeiro trimestre, iniciou-se a elaboração da nova CF e em reação a mais de 20 anos de concentração de poder. Para que essa desconcentração de recursos acontecesse, foi necessária, em relação às finanças públicas, aumentar o grau de autonomia fiscal dos estados e municípios, desconcentrar os recursos tributários disponíveis e transferir encargos da União para aqueles entes (VARSANO et al., 1998).

Considerando os recursos pertencentes à União antes da CF 1988, a mesma detinha 44,6% da receita pública, passando posteriormente para 36,5%, já os Estados passaram de 37,2% para 40,7% e os municípios de 18,2% para 22,8% (SOUZA, 2002). O aumento das receitas dos estados e municípios se deu por várias fontes, sendo duas principais: transferências de cinco impostos federais para os estados, aumentando a base do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS), beneficiando assim os estados mais ricos e, aumento dos percentuais de transferências de dois impostos federais, o imposto de Renda (IR) e o Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI), aumentando assim, os recursos dos Fundos de Participação dos Estados e dos Municípios (FPE e FPM), beneficiando estados e municípios de economias mais frágeis (SOUZA, 2002).

Varsano et al. (1998) descreveram que os maiores beneficiários no processo de desconcentração dos recursos foram os municípios, dos quais em 1996 tiveram uma participação de 16,7%, no montante de recursos disponíveis, praticamente o dobro do que recebiam na década de 1970 e nos quatro primeiros anos da de 1980.

Tal característica de divisão das responsabilidades dos encargos e do poder sobre os gastos, entre o poder central e seus entes subnacionais sobre as políticas sociais, tem sido observado em países federativos. A justificativa técnica é de que tal descentralização traria maior eficiência administrativa no uso dos recursos, pois quanto mais próximo das necessidades e demandas da população, maiores seriam os benefícios atingidos e mais efetivos seriam os mecanismos de controle sobre os gastos (LIMA, 2008).

Importante destacar, que o processo de descentralização não foi precedido de discussões e avaliações de como as relações intergovernamentais se dariam. Além disso, a decisão de descentralizar foi tomada pelos constituintes, fato que demonstrou que tal decisão foi um processo muito mais político do que administrativo (SOUZA, 2002).

A mesma autora afirma ainda que o resultado da não negociação prévia com os governos subnacionais, foi o comprometimento da atuação de tais governos, principalmente na área social, devido as suas precárias condições sociais e financeiras. E também por possuírem limitadas oportunidades na provisão de serviços sociais e na promoção do empoderamento da sociedade local.

Desde os anos de 1990 a União implantou uma série de medidas para que os mandamentos constitucionais fossem colocados em prática, com relação às políticas sociais. Uma dessas medidas foram as emendas constitucionais que definiram a participação dos entes federados nas políticas públicas e a vinculação de recursos das três esferas de governo no financiamento da saúde (SOUZA, 2019).

A Emenda Constitucional (EC) 29/2000 definiu os percentuais mínimos a serem aplicados em saúde por cada ente e a sua regulamentação se deu pela Lei Complementar 141/2012, ficando os valores assim distribuídos: Municípios 15%; Estados 12% e União orçamento do ano anterior acrescido do percentual correspondente à variação do Produto Interno Bruto (PIB) (BRASIL, 2000; BRASIL, 2012).

Mesmo com tal definição de patamares mínimos a serem aplicados na saúde, pelos orçamentos descentralizados, isso não resolveu o problema das desigualdades na capacidade de financiamento por meio de recursos próprios dos entes subnacionais (LIMA, 2008).

A proposta de descentralização administrativa e financeira descrita na CF de 1988 aos entes subnacionais, e aqui em se tratando dos municípios, não considerou a heterogeneidade de tais entes. Um dos destaques a diversidade dos entes subnacionais está entre os portes populacionais, que impacta diretamente na sua capacidade administrativa e financeira. No Brasil, os

municípios de pequeno porte, representam, quase metade (45,2%) possuem até 10.000 habitantes, porém representam apenas 7% da população. Quando falamos em municípios de até 20.000 habitantes essa porcentagem salta para quase 70% dos municípios brasileiros e correspondem a 15,5% da população (SOUZA, GRIN, 2021).

Muitos autores descrevem a baixa capacidade, principalmente dos municípios pequenos de ampliar sua arrecadação de impostos e têm dificuldade de desempenhar, com recursos transferidos pela união, as atividades relacionadas à saúde e educação (SOUZA, 2002; SOUZA, GRIN, 2021). Souza (2002) destaca ainda que a maioria dos municípios além de não terem capacidade de expandir sua arrecadação, não conseguem ampliar nenhum tipo de serviço ofertado à sua população com recursos próprios, uma vez que mal conseguem realizar o pagamento dos servidores públicos, muitos com salários abaixo do mínimo.

Desta forma, os municípios de pequeno porte dependem fortemente das transferências de impostos federais, principalmente, via FPM e como se sabe, estes impostos não são gerados nos pequenos municípios, mas sim nos grandes (GOMES e DOWELL, 2000).

Lima (2008) destaca, em pesquisa realizada ao Sistema de Informações de Orçamento Públicos em Saúde (SIOPS) no ano de 2002 que, da receita total dos municípios, cerca de 80% advêm de transferências, sendo que 50% são oriundas do nível central. Isto demonstra quão representativa se faz a participação da União em detrimento dos estados na alocação dos recursos municipais.

As regiões com baixo desenvolvimento econômico e reduzida capacidade de arrecadação tributária apresentam gastos per capita na área social duas vezes menor do que em regiões com maior desenvolvimento econômico (SOUZA, 2002). Por outro lado, a mesma autora destaca que, em regiões onde se encontram as capitais, os governos municipais têm aumentado os gastos com área social, não só devido ao maior volume de recursos investidos, mas também devido à redução relativa dos gastos federais (SOUZA, 2002).

Destarte, apesar do baixo poder de arrecadação dos pequenos municípios, observa-se, a partir dos anos 2000 em diante, um aumento da participação dos entes subnacionais no financiamento de serviços públicos de saúde. Ocorre que esse aumento expressivo se dá pelos municípios, com redução dos valores aplicados pela União (PIOLA, BEVENIDES e VIEIRA, 2018).

Estudo de Servo e colaboradores (2020), sobre evolução histórica e futura do SUS, observou de 2004 a 2019 aumento expressivo da participação municipal no financiamento de ASPS, de 24,8% para 31,4%, e diminuição da participação da União - de 49,1% para 42,1%. Já os estados se mantiveram na média de 26%.

A descentralização da gestão e financeira, fortemente presente no federalismo, se concretiza no SUS, em que as três esferas de governo compartilham a responsabilização e financiamento do sistema. Porém, os municípios, implementadores da política de saúde e pela proximidade com o usuário, se sentem pressionados e tendem a investir mais em saúde, sendo uma das justificativas do aumento da aplicação em saúde pelos municípios.

Outra dificuldade enfrentada pelos municípios está nas transferências referentes a programas de saúde definidos pelo governo federal. A CF de 1988 tornou privativa à União legislar sobre certas matérias e assim, por meio de reformas constitucionais centralizaram o poder decisório sobre políticas públicas e também sobre a definição do sistema tributário das esferas subnacionais mais próximo do modelo adotado pela esfera federal (SOUZA, 2013).

Nessa perspectiva, o ente municipal vê-se obrigado a executar os recursos transferidos pela união vinculados às regras e programas específicos definidos por ele, não possibilitando a realocação dos recursos para outras finalidades (CARVALHO et al, 2018). Também limita o município, no que tange à arrecadação local, que deve adotar o modelo tributário proposto por ele, não considerando as diferenças regionais de cada ente.

Novamente, a coordenação federativa aplicada pela união não considera as diferentes características regionais dos municípios e muito menos seu porte populacional, o que consequentemente compromete o desempenho

administrativo e financeiro desse grupo de municípios. O que impacta diretamente na baixa oferta e baixa qualidade dos serviços de saúde prestados à população.

Frente ao exposto e, considerando o processo de descentralização como característica central do federalismo brasileiro e as responsabilidades municipais outorgadas como ente da federação, proposta na CF de 1988, entende-se que o fenômeno da municipalização, com vistas a descentralização da gestão e de recursos, impacta diretamente no financiamento das ações de saúde implementadas pelos municípios. E por estarem se destacando no aumento gradativo de suas receitas, além dos mínimos constitucionais em saúde, a gestão da saúde municipal necessita de mais conhecimento e autonomia sobre o planejamento e a execução orçamentária, objeto de estudo desta pesquisa.

2.2 FINANCIAMENTO E ORÇAMENTO NA SAÚDE: CONCEITOS E CARACTERÍSTICAS

2.2.1 Financiamento do SUS

O financiamento da saúde, segundo a CF de 1988 deve ser de responsabilidade tripartite, ou seja, os três entes participam: a União, o Estado e Distrito Federal e os Municípios.

A receita que financia o SUS na esfera federal advém das fontes da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido e a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (CONASS, 2024).

Nos Estados, Distrito Federal e Municípios além de recursos próprios, também recebem recursos de transferência federal, muitos de cunho regular e automático, os caracterizados como fundo a fundo (CONASS, 2024).

O arcabouço normativo que norteia o financiamento do SUS é extenso. Muitos são os marcos legais e infralegais que estruturaram e ainda norteiam a gestão orçamentária dos entes subnacionais. O quadro abaixo

sintetiza os principais atos normativos que regulamentam o financiamento do SUS desde que o sistema foi criado:

Quadro 1. Normativas que orientam o financiamento do SUS.

N	Documento	Conteúdo	Informações sobre financiamento
1	Constituição Federal	Constituição Federativa do Brasil de 1988	Financiamento do SUS teve sua garantia estabelecida na CF 1988, pelos recursos do orçamento da seguridade social e de participação tripartite com aplicação mínima em Ações e Serviços Públicos de Saúde
2	Lei n.8.080 de 1990	Lei Orgânica do SUS	Determinou que os recursos financeiros seriam provenientes da Seguridade Social ou de outras fontes e seriam depositados em conta especial (Fundos de Saúde) em cada esfera de gestão e sob a fiscalização dos Conselhos de Saúde
3	Lei n.8.142 de 1990	Lei Orgânica do SUS	Determinou que alocações dos recursos do Fundo Nacional de Saúde seriam realizadas como despesas de custeio e de capital do MS, investimento previsto em lei orçamentária anual. Para recebimento dos recursos federais, os estados e municípios deveriam dispor de Fundo de Saúde, Conselho de Saúde, Plano de saúde, Relatório Anual de Gestão, contrapartida de recursos para saúde no respectivo orçamento e Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS).
4	Resolução n.258 (INAMPS) de 07 de janeiro de 1991	Norma Operacional Básica de 1991	Editada pelo Inamps. Definiu critérios para repasses de recursos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais e Municipais. Recursos federais permaneciam repassados por meio de celebração de convênios. Foi implantado o (SIA) para pagamento dos prestadores
5	Portaria SNAS/MS n. 234 de 07 de fevereiro de 1992	Norma Operacional Básica de 1992	Divide os recursos financeiros federais do SUS em custeio e investimento. Instituiu o Índice de Valorização de Qualidade (IVQ), a ser concedido e repassado aos hospitais integrantes do SUS, e o Fator de Estímulo à Gestão Estadual (FEGE) destinado a definir e reajustar os valores repassados

			mensalmente aos estados, com foco na reposição de equipamentos.
6	Portaria GM/MS n. 545 de 20 de maio de 1993	Norma Operacional Básica de 1993	Primeira NOB editada pelo MS. Cria a transferência regular e automática fundo a fundo do teto global da assistência para municípios em gestão semiplena. Cria o Fator de Apoio Município (FAM) caracterizado como recurso de custeio aos municípios enquadrados nas condições de gestão incipiente, parcial e semiplena.
7	Lei nº 8689 de 27 de julho de 1993	Extinção do INAMPS	Todas as atribuições do Inamps serão absorvidas pelas instâncias federal, estadual e municipal gestoras do SUS. Todas as dotações orçamentárias do Inamps foram transferidas para o Fundo Nacional de Saúde,
8	Decreto n.1.232, de 30 de agosto de 1994	Dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal	Regulamentou o repasse regular e automático dos recursos do Fundo Nacional de Saúde para os entes estaduais, municipais e Distrito Federal. Descreveu que a distribuição dos recursos seria feita exclusivamente segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes. A transferência ficaria condicionada à existência de fundo de saúde e à apresentação de plano de saúde, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde
9	Portaria GM/MS n. 2.203 de 05 de novembro de 1996	Norma Operacional Básica de 1996	Os recursos federais transferidos aos fundos estaduais e municipais deverão ser previstos no orçamento e nos planos de saúde. As transferências federais serão divididas segundo duas modalidades: Transferência Regular e Automática (Fundo a Fundo) e Remuneração por Serviços Produzidos. Cria-se o Piso da Atenção Básica (PAB) fixo e variável, por meio do qual se incentivava os Programas Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Cria-se a Fração Assistencial Especializada (FAE) correspondente aos procedimentos ambulatoriais de média complexidade, medicamentos e insumos excepcionais, órteses e próteses ambulatoriais e Tratamento

			Fora do Domicílio (TFD), sob gestão do estado.
10	Emenda Constitucional n. 29 de 13 de setembro de 2000	Define a aplicação mínima tripartite em saúde	Definiu que a união seria responsável em aplicar o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB), os Estados 12% do produto de arrecadação dos impostos e os municípios, 15% também do produto de arrecadação dos impostos
11	Portaria GM/MS 399 de 22 de fevereiro de 2006	Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.	Definiu que o financiamento de custeio federal seria transferido por blocos. As bases de cálculo que formam cada Bloco e os montantes financeiros destinados para os Estados, Municípios e Distrito Federal deveriam compor memórias de cálculo, para fins de histórico e monitoramento. O Bloco Financeiro da Atenção Básica seria dividido em PAB fixo e PAB variável.
12	Portaria 204 MS/GM de 29 de janeiro de 2007	Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.	Estabeleceu blocos de financiamento: Atenção Básica; Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica; Gestão do SUS; Investimentos na Rede de Serviços de Saúde. Os recursos federais serão transferidos aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, fundo a fundo, em conta única e específica para cada bloco de financiamento.
13	Lei Complementar 141/2012	Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo	Regulamentou a EC 29/2000 sobre o mínimo a ser aplicado em Ações e Serviços públicos de Saúde (ASPS) pelas três esferas de governo. Definiu que ASPS são aquelas voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde que atendam, aos princípios estatuídos no art. 7º da Lei nº 8.080/1990. Também instituiu que a prestação de contas deveria conter demonstrativo das despesas com saúde integrante do Relatório Resumido da Execução Orçamentária. O gestor do SUS em cada ente da Federação elaborará Relatório detalhado referente ao quadrimestre anterior e será

			apresentado na casa Legislativa trimestralmente.
14	Emenda Constitucional n. 86 de 17 de março de 2015	Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica.	Tornou obrigatória a execução orçamentária de emendas parlamentares individuais, o limite de 1,2% (um inteiro e dois décimos por cento) da receita corrente líquida prevista no projeto encaminhado pelo Poder Executivo, sendo que a metade deste percentual será destinada a ações e serviços públicos de saúde. Também definiu a aplicação pela União de no mínimo 15% da Receita Corrente Líquida pela União em ASPS.
15	Emenda Constitucional n. 95 de 15 de dezembro de 2016	Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências.	Estabeleceu novo regime fiscal, em que fixou limites individuais para o executivo durante vinte anos, ou seja, até 2036. Ano de base para educação e saúde seria 2017, acrescido apenas da inflação, com início de sua aplicação em 2018.
16	Portaria de Consolidação 6 MS/GM de 28/09/2017	Consolidou as normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do SUS.	Revogou 153 Portarias anteriores sobre financiamento. Definiu as formas de financiamento de todos os programas de trabalho do SUS.
17	Portaria 3992 MS/GM de 28/12/2017	Dispõe sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ASPS do SUS.	Definiu que os recursos repassados do FNS aos demais entes ocorreria por meio de dois blocos e duas contas correntes únicas: Bloco de Custeio e Bloco de investimento. Os recursos que compõem cada bloco devem ser aplicados em ASPS relacionados ao próprio bloco. Deverá ocorrer a vinculação dos recursos, ao final do exercício financeiro com a finalidade definida em cada Programa de Trabalho do Orçamento Geral da União que deu origem aos repasses realizados.
18	Lei Complementar n. 172 de 15 de abril de 2020	Dispõe sobre a transposição e a transferência de saldos financeiros constantes dos Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, provenientes de repasses federais.	Autorizou os estados, o Distrito Federal e os Municípios a transposição (realocação de recursos entre programas) e a transferência (alteração entre as categorias econômicas – custeio e capital) de saldos financeiros remanescentes de exercícios anteriores, desde que o objeto inicial tenha sido cumprido integralmente.

19	Portaria MS/GM 828 de 17 de abril de 2020	Altera a Portaria de Consolidação nº 6/2017/GM/MS, para dispor sobre os Grupos de Identificação Transferências federais de recursos da saúde.	Altera as modalidades de financiamento para Bloco de Manutenção e Bloco de Estruturação. O Bloco de manutenção possibilitou financiar despesas com reparos e adaptações, nos termos da classificação serviço de terceiros.
20	Lei Complementar n. 181 de 6 de maio de 2021	Altera a Lei Complementar nº 172, de 15 de abril de 2020	Concedeu prazo para os Estados, distrito Federal e Municípios para execução dos recursos referente a transferência e transposição dos saldos remanescentes até o final do exercício financeiro de 2021.
21	Lei Complementar n. 197 de 6 de dezembro de 2022	Altera a Lei Complementar nº 172, de 15 de abril de 2020, e a Lei nº 14.029, de 28 de julho de 2020.	Concede prazo aos Estados, o Distrito Federal e os Municípios para que executem atos de transposição e de transferência referentes a LC 172/2020 até final do exercício financeiro de 2023. Também possibilita que os saldos remanescentes em contas correntes abertas antes de 1 de janeiro de 2018 sejam transferidos para entidades privadas sem fins lucrativos.
22	Emenda Constitucional n. 126 de 21 de dezembro de 2022	Altera a Constituição Federal, para dispor sobre as emendas individuais ao projeto de lei orçamentária, e o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para excluir despesas dos limites previstos no art. 107; define regras para a transição da Presidência da República aplicáveis à Lei Orçamentária de 2023; e dá outras providências.	Altera para 2% da receita corrente líquida do exercício anterior o valor das emendas individuais no projeto de lei orçamentária. Sendo que 1,55%
23	Portaria GM/MS Nº 1.063, de 8 de agosto de 2023	Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais destinados a despesas com ASPS no âmbito do SUS	Define que os rendimentos das contas bancárias de recursos provenientes do FNS deverão ser executados obrigatoriamente em ASPS de acordo com o Bloco de Financiamento e apresentado na prestação de contas anual. Os recursos federais destinados a complementariedade do pagamento do piso dos profissionais de enfermagem, serão transferidos em conta corrente específica.

24	Lei Complementar n. 205 de 9 de maio de 2024	Altera a Lei Complementar nº 172, de 15 de abril de 2020, a fim de conceder prazo aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para executar atos de transposição e de transferência.	A transposição e transferência que trata esta lei, aplicam-se até o final de 2024. As transferências realizadas pelo FNS para enfrentamento da pandemia covid 19 poderão ser executados pelos entes federativos até 31/12/2024.
----	--	--	---

Fonte: elaboração própria.

Embora sejam reconhecidos os mecanismos de financiamento do SUS, para que o princípio da universalidade e da cobertura integral sejam preservados, estudos mostram que o Brasil investe pouco em saúde e que historicamente o gasto privado em saúde supera o gasto público (SERVO et al, 2011; PEREIRA, et al., 2022).

2.2.2 Orçamento Público e gestão orçamentária no SUS.

Conceitua-se orçamento público historicamente como instrumento de planejamento, gestão e controle financeiro do Estado, em que se estima a receita e fixa-se a despesa por um determinado período de tempo. (ABRAHAM, 2023; PINTO, 2010; GIACOMONI, 2010)

Abaixo da CF, o orçamento público é o maior conteúdo normativo e de maior importância para administração pública (TORRES, 2014). Tanto que a lei orçamentária que se mantém aplicada ao orçamento brasileiro é datada antes mesmo da CF de 1988, pela Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964 em que “Estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios”.

Em resumo, Abraham (2023, p.275) define o orçamento público como:

“documento de conteúdo econômico, político e jurídico – elaborado segundo normas do Direito Financeiro e conforme as técnicas contábeis e financeiras – que se materializa em uma lei originária do Poder executivo, analisada, votada e aprovada regularmente pelo poder legiferante”.

Giacomini (2019) salienta que o orçamento público, diferente do praticado na iniciativa privada em que os gastos se limitam a receita, nos orçamentos públicos ocorre o inverso: definida a despesa busca-se a receita para devida cobertura. E tal comportamento gera déficits e endividamento pois quase sempre a receita é insuficiente.

Não obstante, o orçamento público tem fundamental participação na administração pública e requer parâmetros para sua elaboração e execução e, desta forma, deve seguir os seguintes princípios (GONTIJO; GREGGIANIN; MENDES, 2020):

- Unidade: o orçamento deve ser único. Apenas um exercício financeiro e para apenas um ente. Constitui-se de modo integrado, e não segmentado. O princípio da unidade é respaldado legalmente por meio do art. 2º da Lei 4.320/64 e pelo § 5º do art. 165 da CF 88.
- Totalidade: um novo conceito ao princípio da unidade, para contemplar novas situações. Contempla a coexistência de vários orçamentos, como por exemplo; orçamento da seguridade social, orçamento fiscal. Mas todos integram o mesmo projeto de lei orçamentário anual.
- Universalidade: deve conter todas as receitas e todas as despesas do Estado, com prévia autorização do legislativo. Este princípio alia-se ao princípio da unidade.
- Anualidade ou Periodicidade: deve ser elaborado e autorizado para um determinado período de tempo, também chamado de exercício financeiro. O § 5º do art. 165 da CF 88 refere-se à existência de uma lei orçamentária anual. Conforme o art. 2º e 34 da Lei nº 4.320, de 1964, o orçamento é anual e o exercício financeiro coincidirá com o ano civil (1º de janeiro a 31 de dezembro).
- Pureza ou Exclusividade Orçamentária: determina que a lei orçamentária não conterá elementos estranhos à previsão da receita e fixação da despesa. Poderá conter apenas matéria orçamentária e financeira.
- Especificação, Especialização ou Discriminação, Clareza, Programação: são princípios que apresentam correlação. As receitas e despesas devem

estar detalhadas, para que se possa identificar sua origem e finalidade. Esta regra inibe que haja dotações genéricas, possibilitando flexibilidade ao executivo. E promove transparência à população.

- Regionalização: refere-se à verificação das necessidades regionais. A distribuição dos recursos no orçamento visa reduzir as desigualdades sociais e regionais.
- Publicidade e Transparência: o conteúdo do orçamento deverá ter ampla divulgação e transparência.
- Não Vinculação ou Não Afetação das Receitas: a receita não pode ter vinculações. Isso reduz a flexibilidade do gestor e compromete o planejamento. Ressalvado as situações de repartição dos impostos, destinação de recursos para saúde e educação.
- Equilíbrio Orçamentário: a Constituição de 1967 trouxe que a despesa autorizada em cada exercício financeiro não poderia ser superior ao total de receitas estimadas no período. Existe dificuldades em se fazer cumprir este princípio, em situações em que há crescimento da economia, pois geralmente as despesas crescem mais que a receita. A CF de 1988 foi mais ponderada, propôs o equilíbrio entre operações de crédito e as despesas de capital. Ou seja, o endividamento é permitido para realização de investimento ou abatimento de dívida.
- Legalidade: obrigatoriamente as receitas e despesas devem estar previstas na lei orçamentária anual e aprovada pelo legislativo. Assim, o Estado não pode executar aquilo que não esteja previamente autorizado.
- Orçamento Bruto: este princípio caminha junto com a universalidade. Determina que tanto as receitas quanto as despesas devem aparecer no orçamento em seus valores brutos, sem deduções.
- Exatidão ou Realismo Orçamentário: as estimativas presentes na Lei Orçamentária devem ser o mais próximo possível da exatidão. Para que o planejamento não seja frustrado no decorrer da execução orçamentária.
- Orçamento Impositivo: um princípio novo, em que há o dever de se cumprir a execução de programas dentro do orçamento. Esse dever é

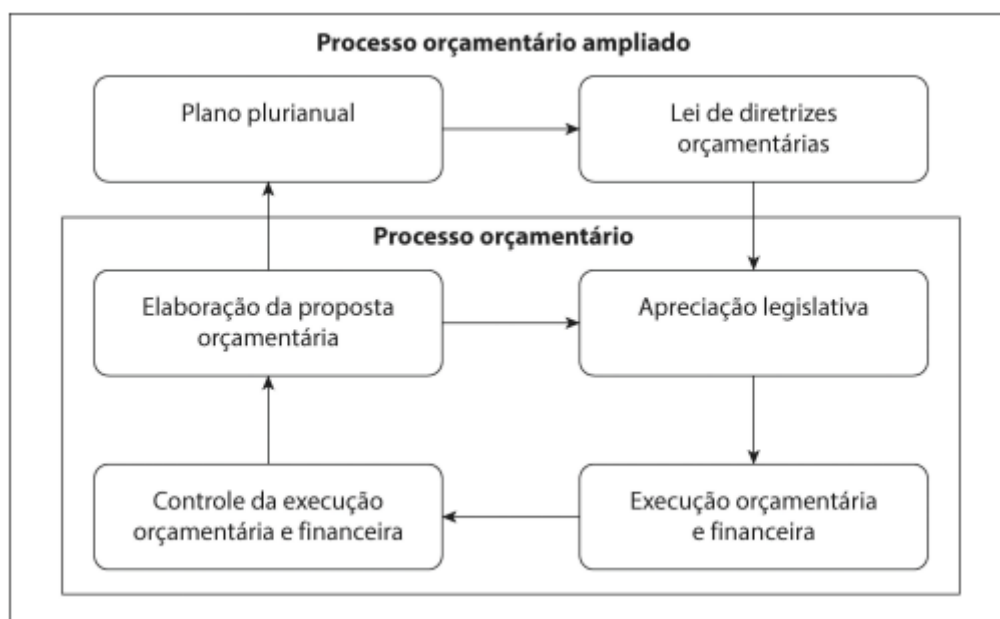
imposto ao gestor, com a garantia que os interesses da sociedade sejam cumpridos.

Para que o orçamento público se constitua, além dos princípios básicos, algumas etapas devem ser cumpridas, o que pode se chamar de processo orçamentário.

O processo orçamentário acontece quando os componentes do orçamento são colocados em funcionamento na seguinte ordem (GIACOMINI, 2019): (a) elaboração da proposta e do projeto de lei orçamentária anual; (b) discussão, votação e aprovação da lei orçamentária; (c) execução orçamentária e financeira; e (d) controle e avaliação da execução orçamentária e financeira.

A figura em seguida ilustra as etapas do Processo Orçamentário:

Figura 1 – Etapas do Processo Orçamentário



Fonte: Giacomoni, 2019.

Ficou conhecido, a partir da CF de 1988, como processo orçamentário ampliado a agregação entre o Plano Plurianual (PPA) e a Lei das Diretrizes Orçamentárias (LDO) (GIACOMONI, 2019).

O PPA, a LDO e a LOA são os três componentes básicos do planejamento orçamentário, acrescido da Lei Complementar nº 101/2000, também conhecida como Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF).

O PPA é um instrumento de planejamento estratégico das ações de governo, devendo prever as obras e os investimentos que serão realizados durante os quatro anos de sua vigência, bem como todas as despesas decorrentes desses investimentos. Define diretrizes, objetivos e metas de médio prazo (quatro anos) da administração pública (BRASIL, 2016a).

A LDO compreende as metas e prioridades da administração pública federal, estabelece as diretrizes de política fiscal e respectivas metas, em consonância com trajetória sustentável da dívida pública, orienta a elaboração da lei orçamentária anual, dispõe sobre as alterações na legislação tributária e estabelece a política de aplicação das agências financeiras oficiais de fomento (BRASIL, 2016a).

O terceiro componente, a LOA, é elaborada pelo poder executivo e seguindo os termos estabelecidos na Lei 4.320/64, estima a receita e fixa a despesa do exercício subsequente. Também detalha toda despesa anual, de forma a garantir o equilíbrio das contas públicas (BRASIL, 2016a).

A Lei Complementar (LC) nº 101/2000 destina-se a regulamentar a CF, no que diz respeito a tributação e orçamento. Tem como principal objetivo “estabelecer normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal” como está descrito em seu Art. 1º.

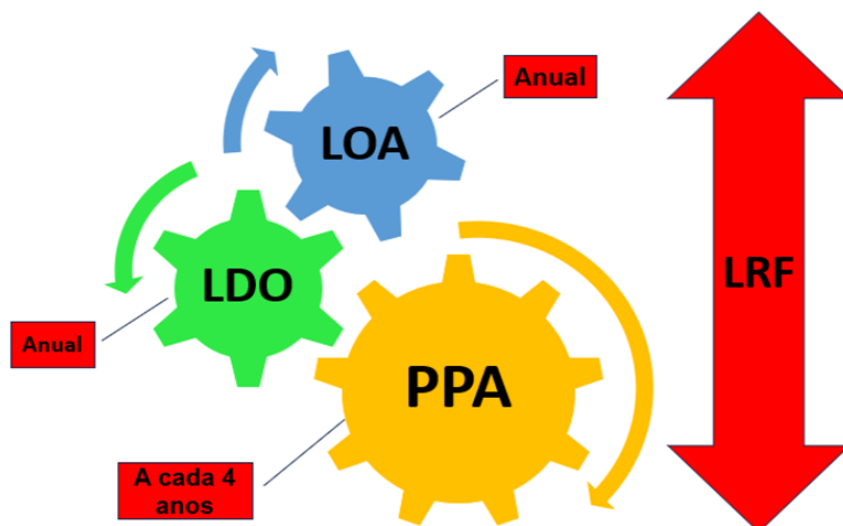
Desta forma, responsabilidade na gestão fiscal pode ser definida como (BRASIL, 2011):

- Ação planejada e transparente;
- Prevenção de riscos e correção de desvios que afetem o equilíbrio das contas públicas;
- Garantia de equilíbrio nas contas, via cumprimento de metas de resultados entre receitas e despesas, com limites e condições para a renúncia de receita e a geração de despesas com pessoal, seguridade,

dívida, operações de crédito, concessão de garantia e inscrição em restos a pagar.

A figura abaixo ilustra o Ciclo do Planejamento Orçamentário:

Figura 2 - Ciclo do Planejamento Orçamentário



Fonte: elaboração própria.

Quanto a gestão orçamentária da saúde, cabe destacar que o Planejamento no SUS é uma responsabilidade conjunta das três esferas de governo. Cada ente, a União, Estados/Distrito Federal e Municípios planejam suas ações e atividades de acordo com as necessidades de seu território, no entanto, deve-se levar em conta as atividades das demais esferas de governo, para que efetivamente tenham resultados (BRASIL, 2016b)

Os principais instrumentos de planejamento do SUS são: o Plano Municipal de Saúde (PMS), a Programação Anual de saúde (PAS), o Relatório Anual de Gestão e o Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA), que estão apresentados no quadro abaixo (BRASIL, 2016b):

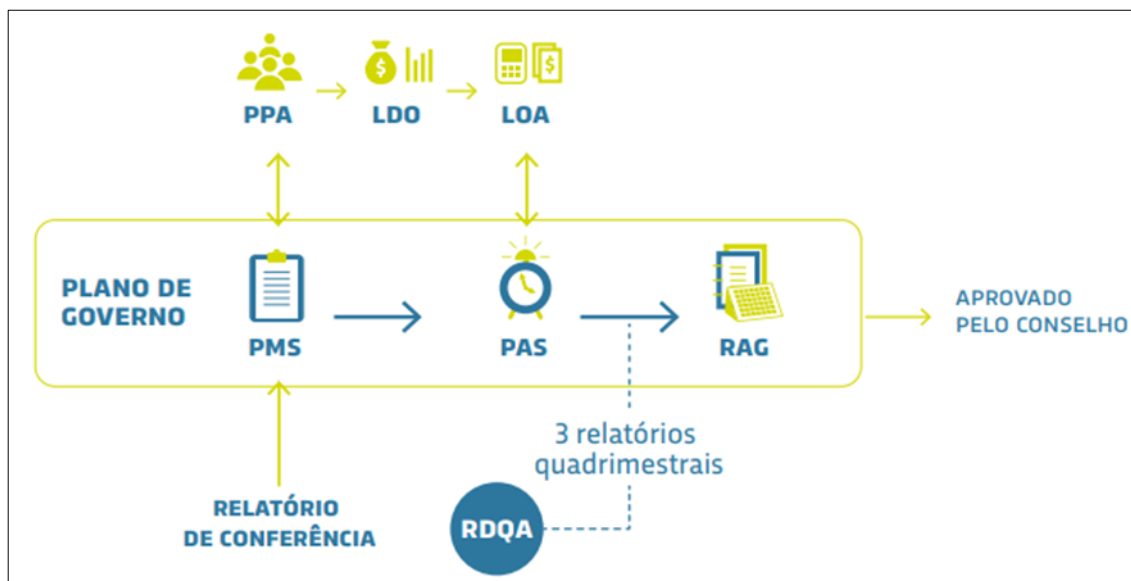
Quadro 2 - Instrumentos de Planejamento no SUS e prazos legais.

INSTRUMENTO	CONTEÚDO	VALIDADE	PRAZO
PMS	Diagnóstico de saúde do município. Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores	4 anos	Agosto do anterior à vigência.
PAS	Ações de saúde, para alcance das metas pactuadas no PMS. Necessita de Previsão e vinculação orçamentária	Anual	Preliminar Até 15/04 do ano anterior. Final dezembro do ano anterior
RAG	Metas previstas e executadas pela PAS. Resultados, prestação de contas (financeira) do montante aplicado em saúde, produção dos serviços.	Anual	Até 30/03 do ano subsequente
RDQA	Resultados parciais da PAS; Prestação de contas do período; Mínimo constitucional aplicado em ASPS Auditorias no período; Oferta e produção de serviços do período	Quadrimestral	Maio, Setembro e Fevereiro.

Fonte: elaboração própria.

Para que a execução dos recursos do SUS ocorra dentro da legalidade, seguindo os preceitos da eficiência e da transparência, seu planejamento e execução devem estar em consonância aos instrumentos de planejamento da administração pública, ilustrado na figura:

Figura 3 – Ilustração dos instrumentos de planejamento do SUS em conformidade aos instrumentos de planejamento do governo.



Fonte: Conasems, 2021.

Desta forma, é importante salientar que as ações planejadas nos instrumentos de gestão do SUS precisam constar de forma expressa na lei orçamentária, como garantia da sua efetivação. E para que a ação se torne legítima, os instrumentos necessitam obrigatoriamente serem aprovados pelo Conselho de Saúde, na esfera correspondente (BRASIL, 2016a).

Para tanto, a atuação, principalmente do gestor municipal do SUS, merece destaque no que tange seu protagonismo na gestão orçamentária, objeto desta pesquisa. Entende-se que é inerente a função gestora do SUS a identificação das prioridades da população e assim planejar de forma eficiente a alocação dos recursos.

No entanto, tem ocorrido redução do aporte financeiro da união aos demais entes e consequentemente um aumento gradativo da aplicação de recursos próprios pelos municípios em saúde, mas ao mesmo tempo verifica-se altos saldos em contas de repasse federais.

Dados da pesquisa realizada por Pereira e colaboradores (2022) mostram que em 2019 havia mais de R\$ 11,56 bilhões (onze bilhões e cinquenta

e seis milhões de reais) nas contas abertas pelo FNS. Muitas das razões dos altos saldos em contas federais podem estar associados a fragilidades na gestão orçamentária dos municípios, tema de estudo desta pesquisa.

2.3 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: ESTRATÉGIA PARA MUDANÇAS NO PROCESSO DE TRABALHO

A EPS é caracterizada pela aprendizagem no trabalho, com foco na aprendizagem significativa, em que o aprender e ensinar se incorporam no dia a dia das organizações e do trabalho (BRASIL, 2009). Tem como objetivo a mudança nas práticas profissionais e nos processos de trabalho.

Na EPS, os processos de qualificação dos trabalhadores de saúde se baseiam nas necessidades da saúde da população, da gestão setorial e do controle social, priorizando os problemas que acontecem no dia a dia do trabalho referentes a atenção à saúde e à organização do trabalho (BRASIL, 2004a).

A EPS assim como a política pública de saúde no país foi marcada por diversos movimentos históricos para sua construção e consolidação como política. Neste contexto, um breve resumo da sua evolução histórica será apresentado a seguir para elucidação da sua origem.

Os primeiros movimentos relacionados a EPS no Brasil aconteceram em 1973 quando a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e o governo brasileiro, representado pelo MS e pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC) firmaram pela primeira vez um acordo com vistas a implantação de um programa de desenvolvimento de recursos humanos para saúde no país (PIRES-ALVES; PAIVA, 2006).

Em 1976 a cooperação técnica entre OPAS e governo brasileiro se consolidou mediante a proposição do Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PREPS). Esse programa teve como objetivo promover quantitativamente e qualitativamente a promoção da adequada oferta de recursos humanos para as necessidades dos serviços de saúde. Tal iniciativa

viria ao encontro do fortalecimento do recém criado Sistema Nacional de Saúde (PIRES-ALVES; PAIVA, 2006).

A década de 1990 foi marcado pelo intenso movimento da reforma sanitária advindo da construção do SUS, como sistema de saúde universal e pelo conceito de saúde como direito fundamental e dever do estado, garantido pela Constituição Federal de 1988.

Esse novo modelo de sistema de saúde, acarretou outras iniciativas como a criação do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991 e, em 1994 o Programa de Saúde da Família (PSF) em que reorientaram o novo modelo assistencial instituído. Com a criação desses dois novos programas houve a necessidade de formação dos profissionais envolvidos e a EPS foi a base deste processo (SILVA et al. 2019).

Mais tarde em meados dos anos 2000, foi criado o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE), em que mais de 280 mil trabalhadoras/es de saúde se formaram. O PROFAE ofertou cursos de auxiliar e técnico de enfermagem e fortaleceu a EPS com foco na profissionalização (SILVA et al. 2019).

Paralelamente, outras iniciativas baseadas na EPS continuaram a ser difundidas pelo Ministério da Saúde como: o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), em 2001, buscando incentivar a alocação de profissionais da saúde em municípios carentes de recursos sanitários; o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED), em 2002, com o intuito de adequar as/os profissionais à realidade do sistema de saúde e o projeto de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), em 2003 (SILVA et al. 2019).

A implantação destes programas fortaleceu e intensificou a EPS como estratégia responsável pela formação e desenvolvimento de profissionais de saúde e demonstrou o compromisso do SUS na ordenação e formação de recursos humanos (SILVA et al. 2019; CECCIM e FERLA, 2008).

A XII Conferência Nacional de Saúde que aconteceu em 2003 aprovou a proposta do Ministério da Saúde de uma política de formação e

desenvolvimento para o SUS: Caminhos para Educação Permanente em Saúde. Este foi o marco inicial que deu origem as discussões que culminaram na implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS).

Em 2003 também foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES), pelo MS, que assumiu o papel na instância federal de formular e induzir as políticas orientadoras da formação, desenvolvimento, distribuição, regulação e gestão dos trabalhadores da saúde (BRASIL, 2004a). Anteriormente à criação da SGTES, as ações de Educação Permanente (EP), estavam concentradas no Departamento de Atenção Básica (DAB) do MS, seu financiamento e formulação dos processos relacionados à Atenção Básica e principalmente, referente as capacitações em saúde da família (SILVA et al. 2019).

Desta forma, a SGTES assume as ações relacionadas à EPS e se torna referência institucional no MS, destacando a importância que a educação e o trabalho juntos representam no SUS.

Em 2004, a PNEPS foi instituída e regulamentada pela publicação da Portaria GM/MS nº 198/2004 e teve suas diretrizes de implementação publicadas na Portaria GM/MS nº 1996/2007. A política foi instituída como estratégia do SUS para formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor (BRASIL, 2018).

Algumas são as características básicas da EPS, conforme descrito pelo Ministério da Saúde (2009):

- Processo ensino aprendizagem incorporado ao cotidiano dos trabalhadores;
- Conhecimento produzido a partir do conhecimento dos trabalhadores e pautado na problematização;
- As pessoas são atores reflexivos do processo e construtores do conhecimento, não mais meros receptores;
- Foco na interação da equipe e do grupo, evitando a fragmentação disciplinar;
- Ampliação dos espaços educativos para além das salas de aulas, dentro das organizações, na comunidade entre outros.

A descentralização da PNEPS se deu pela implantação de Colegiados de Gestão configurados como Polos de Educação Permanente em Saúde (PEPS), considerados instância interinstitucional e loco regional de gestão e tinham como função (2004b):

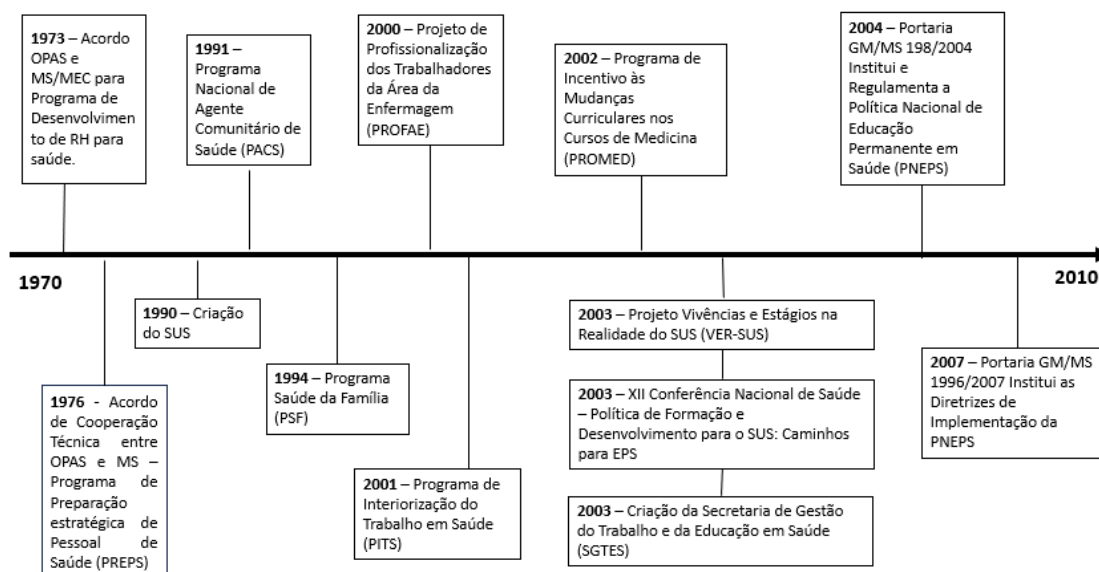
- identificar necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e construir estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde;
- mobilizar a formação de gestores de sistemas, ações e serviços para a integração da rede de atenção como cadeia de cuidados progressivos à saúde;
- propor políticas e estabelecer negociações interinstitucionais e intersetoriais orientadas pelas necessidades de formação e de desenvolvimento e pelos princípios e diretrizes do SUS;
- articular e estimular a transformação das práticas de saúde e de educação na saúde no conjunto do SUS e das instituições de ensino;
- formular políticas de formação e desenvolvimento de formadores e de formuladores de políticas, fortalecendo a capacidade docente e a capacidade de gestão do SUS.

Os PEPS funcionavam como Rodas para Educação Permanente em Saúde, como objetivo de estabelecer diálogos e negociação entre os trabalhadores do SUS e das instituições formadoras, para identificação das necessidades e construção em conjunto das estratégias de formação e desenvolvimento (BRASIL, 2004a).

As Rodas para Educação Permanente em Saúde para dar conta dos objetivos da PNEPS seguiam os princípios do “quadrilátero da formação”, em que procura reunir ensino, atenção, gestão e controle social em saúde. Este quadrilátero foca no encontro entre a saúde e a educação: propriamente dito a EPS - remetendo à uma ligação orgânica entre ensino, trabalho e cidadania (CECCIM; FERLA, 2008).

A figura abaixo ilustra a trajetória histórica da implantação da PNEPS no Brasil.

Figura 4 – Linha do tempo da implantação da PNEPS:



Fonte: elaboração própria.

Feuerwerker (2014, p.90) afirma que, em várias facetas do SUS, existem iniciativas de utilização da EPS, desde trabalhos sobre indicadores até aspectos de humanização. Também parte do pressuposto que:

[...] somente desde a realidade local e da singularidade dos atores é possível construir processos que façam sentido e que sejam efetivamente apropriados pelos trabalhadores em seu cotidiano. Cada local tem produzido certos movimentos a seu modo. Há movimentos interessantes de construção de processos formativos pelos próprios municípios (inclusive de pequeno porte), em que se forjam redes de sustentação com base nas experiências acumuladas.

Para que os trabalhadores reconheçam a necessidade de mudanças nos processos de trabalho, a EPS está amparada em conceitos do campo da pedagogia crítica e do construtivismo, que os impulsionam a buscar alternativas de mudanças em suas práticas (MERHY; FEUERWERKER; CECIM, 2006).

Os mesmos autores afirmam ainda que este é o movimento para educação de adultos, onde os próprios adultos se dispõem a explorar o universo, buscando alternativas para problemas que lhe pareçam relevantes.

Paulo Freire foi um dos maiores educadores na área da educação de adultos no Brasil. Desenvolveu método próprio de ensino, em que se alfabetizava um adulto em 30 dias, com uma hora de estudo por dia, sendo referência para diversos países do mundo (MORAIS et al., 2023)

Muitos autores descrevem que o método de Freire, pautado no método da educação dialógica, somado a proposta da EPS, de transformação da realidade mediante a aprendizagem significativa, produzem resultados positivos quando aplicados no campo da saúde (COSTA et al, 2018; SÁ, FLORINDO, 2012; ACIOLI, 2008).

Para Freire (1987) tudo aquilo que a pessoa tem de sua vivência pessoal deve ser explorada de forma crítica, a favor de sua própria educação. A educação traria “consciência” para aqueles tratados como ignorantes. Porém, para ele não existe ignorante absoluto. Por mais ignorante que alguém possa ser, ele tem em suas experiências algum conhecimento que ultrapassa o conhecimento do outro. E muitas vezes esse outro, pode ser aquele que se diz educador. Assim, quem ensina nunca pode se colocar numa posição superior, mas sim, se comunicar com humildade junto ao grupo em que se relaciona.

Desta forma, a proposta pedagógica de Freire, pautada em questionamentos, na educação libertadora com autonomia e considerando sempre a história de cada ser humano, vem ao encontro das propostas de EPS, ao passo que promove a reflexão crítica e mudanças em seus processos de trabalho (MIRANDA; BARROSO, 2004; COSTA et al, 2018; SÁ, FLORINDO, 2012).

Miranda e Barroso (2004) descrevem alguns conceitos fundamentais do modelo freiriano de ensino que também norteiam o processo de EPS:

- **Problematização:** resulta na ação transformadora. A problematização parte de situação vividas e a partir dela, os educandos passam a refletirem de forma crítica, produzindo conhecimento;
- **Diálogo:** para Freire, é a condição básica para o conhecimento. Num processo de co-intencionalidade entre educador e educando, em que ambos são sujeitos de transformação crítica, com intuito de recriar o conhecimento. Também é considerado para Freire a essência da pedagogia libertadora;

- **Liberdade:** é uma conquista que exige uma busca permanente. Não existe educação sem liberdade. Liberdade de propor mudança ao que já foi aprendido, criando e recriando, transcendendo e discernindo;
- **Conscientização:** o homem assume posição de sujeito transformador do mundo. É um desenvolvimento crítico da tomada de consciência.

Assim como na EPS em que as oficinas de trabalho priorizam os trabalhos em grupo, Freire (1987) propôs um modelo de aprendizagem baseado nos Círculos de Cultura. A partir de reuniões com discussões de assuntos, que muitas vezes estariam relacionados às vivências dos participantes, são revelados os temas geradores. Os temas geradores seriam formados a partir das percepções da realidade do grupo e da visão de mundo dos envolvidos. A próxima etapa seria a Codificação e Descodificação a partir dos temas geradores, desvelando seus significados. A análise de uma situação existencial concreta, seria a codificação. A descodificação da situação existencial implicaria em partir abstratamente até o concreto, que implica numa ida das partes ao todo e numa volta deste às partes. Ou seja, a codificação seria a representação da situação concreta, tal qual ela é, ao passo que a descodificação se daria quando os homens exteriorizariam sua visão de mundo, a sua forma de pensar.

E neste movimento de Codificação e Descodificação parte-se para última etapa dos Círculos de Cultura, em que ocorre o Desvelamento Crítico dos educandos, pois, traz à tona um pensar crítico sobre sua situação como homem, e vai além do pensar criticamente sobre sua forma de estar, mas atua criticamente sobre a situação em que está. Assim, da imersão em que se encontra, emerge para uma nova realidade que se vai desvelando (FREIRE, 1987).

Sendo assim, a EPS norteada pelos pressupostos de Freire, corresponde às necessidades do SUS, uma vez que busca qualificar os profissionais e os processos de gestão com objetivo de mudanças significativas nos processos de trabalho já implantados (COSTA, et al, 2018). Neste processo o indivíduo se sente ator ativo do processo e reconhece a necessidade de melhora no seu campo de atuação.

Frente ao exposto e com objetivo de reflexão e transformação das práticas das equipes gestoras dos municípios estudados, a EPS foi uma das propostas metodológicas escolhida para esta pesquisa.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar o processo de planejamento orçamentário da saúde de municípios da macrorregião norte do Paraná e contribuir para sua qualificação.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar a organização/estruturação da área de planejamento e orçamento em saúde dos municípios;
- Desenvolver um processo de qualificação das equipes municipais de planejamento em saúde sobre seu orçamento, por meio da Educação Permanente em saúde.
- Avaliar o conhecimento das equipes gestoras sobre o orçamento da saúde e sua aplicabilidade.

4. METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

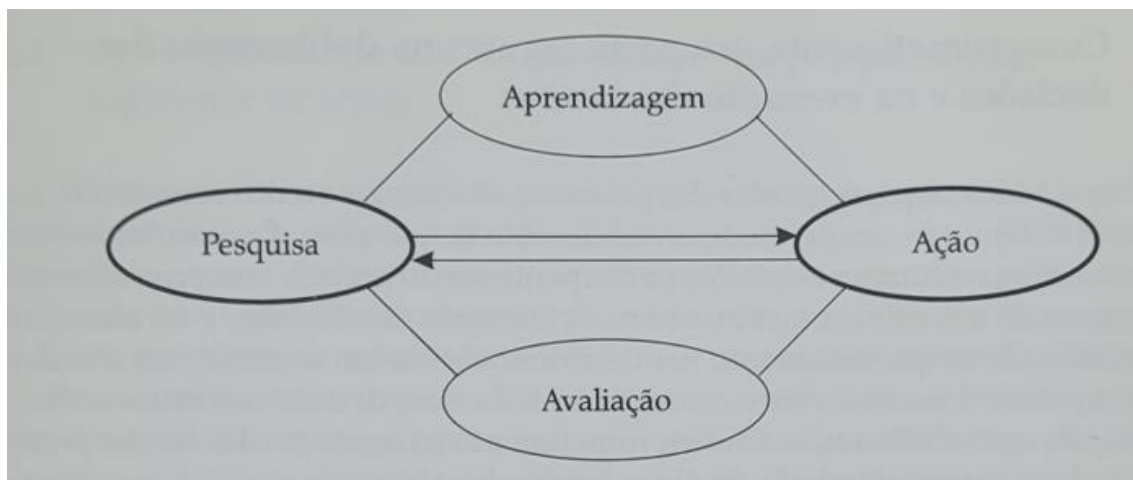
Foi desenvolvida uma pesquisa-ação com equipes gestoras de municípios selecionados da Macrorregião Norte do Paraná, utilizando a EPS como estratégia metodológica para qualificar o processo de planejamento orçamentário da saúde.

A pesquisa-ação é uma modalidade de pesquisa em que os pesquisadores desempenham um papel ativo na resolução dos problemas emanados, no seu acompanhamento e avaliação das ações desencadeadas em função dos problemas (THIOLLENT, 2011). Pesquisadores e participantes envolvidos na situação ou no problema atuam de forma cooperativa e participativa (MINAYO, 2014).

Gil (2008) descreve que há uma postura dialética na pesquisa-ação que enfoca o problema da objetividade de maneira diversa ao positivismo. Complementa ainda que a dialética busca desvendar fenômenos históricos, caracterizados pelo constante devir e privilegia o lado conflituoso da realidade social.

A pesquisa-ação consiste prioritariamente em unir a pesquisa e a ação em um processo conjunto de atores que buscam, junto com os pesquisadores, alcançarem interativamente explicar a realidade em que estão inseridos, identificando problemas coletivos, na busca de soluções reais, como apresentado na figura 2 (THIOLLENT, 1997).

Figura 5 – Relações entre pesquisa, ação aprendizagem e avaliação.



Fonte: Thiollent, 1997

O mesmo autor afirma ainda que a pesquisa-ação se torna possível quando reúne algumas condições como:

- A iniciativa de pesquisa parte de uma demanda de pessoas ou grupos;
- Os objetivos são definidos com autonomia dos autores;
- Todas as pessoas/ grupos têm liberdade de expressão;
- Todas as pessoas/grupos são mantidas informadas no desenrolar da pesquisa;
- As possíveis ações decorrentes da pesquisa são negociadas entre os proponentes;
- As equipes internas que promovem a pesquisa são auxiliadas por consultores externos.

De modo geral, a pesquisa-ação se torna ferramenta adequada em contextos em que os pesquisadores não querem limitar suas investigações aos aspectos acadêmicos de pesquisas convencionais, querem pesquisas em que as pessoas tenham algo a dizer e não a fazer, que não precisem seguir um padrão cartorial, mas sim livres para dizerem o que de fato pensam (THIOLLENT, 2011).

É neste contexto que a EPS se apresenta como metodologia adequada para processos de qualificação de equipes gestoras, como proposta nesta pesquisa. Tem como estratégia pedagógica central, a aprendizagem de adultos, e se baseia na aprendizagem significativa e transformação nas práticas cotidianas do trabalho. Ela se pauta nos problemas identificados no trabalho e busca, junto às experiências e conhecimento prévio dos trabalhadores, a solução dos problemas (BRASIL, 2009).

Thiollent (1997) afirma ainda que, durante a pesquisa-ação, ocorre o efeito da aprendizagem, que pode ser também chamado de conscientização. Participantes e pesquisadores aprendem juntos a identificar e resolver problemas da situação vivenciada.

A conscientização, segundo Paulo Freire (1979) é estabelecida quando há um desenvolvimento crítico da tomada de consciência e permite desvelar a realidade à consciência, num nível de conhecimento que demonstra uma postura epistemológica.

Nessa perspectiva, a pesquisa-ação se encaixa nessa modalidade de pesquisa, pois buscou trabalhar problemas em comum de uma organização ou grupo social da administração pública, neste caso, as equipes gestoras da saúde dos municípios trabalharam problemas referentes ao planejamento orçamentário da saúde municipal.

A pesquisa – ação é desenvolvida pela interação entre pesquisador e participantes, seguindo quatro fases, propostas por Thiollent (1997):

- Fase Exploratória ou Diagnóstica: pesquisadores e membros da investigação detectam os problemas e ações possíveis.
- Fase da Pesquisa Aprofundada: a situação é pesquisada e dados são coletados para posteriormente serem interpretados pelo grupo.
- Fase da Ação: compreende a difusão dos resultados e propostas de intervenções concretas.
- Fase da Avaliação: redireciona o acontecido e retoma o conhecimento produzido.

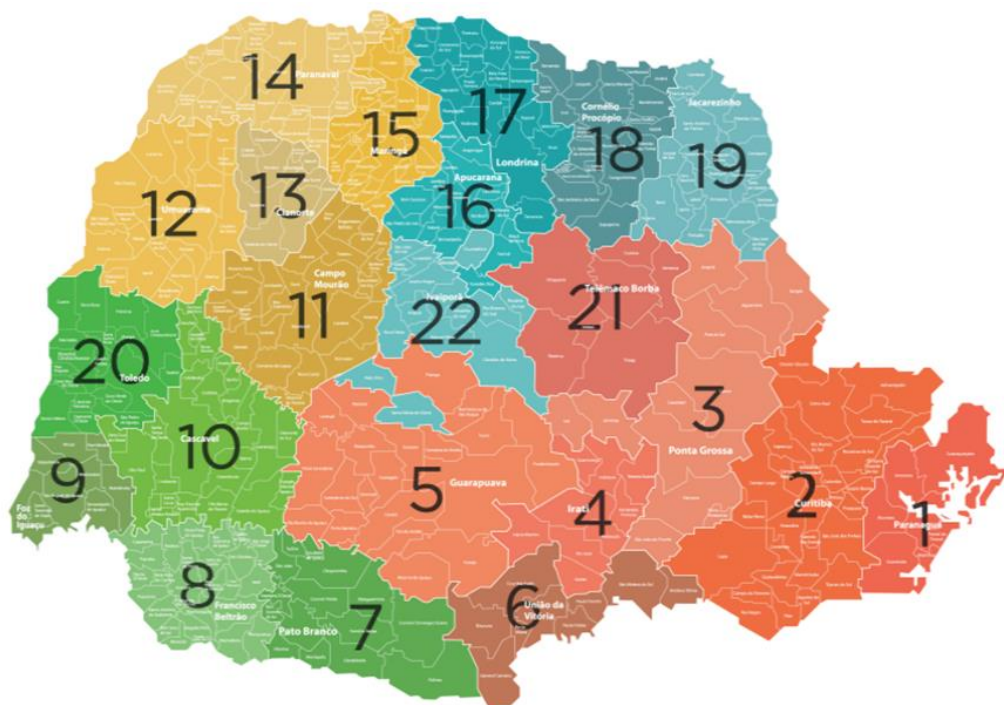
Nesse contexto, a pesquisa – ação mostra-se como estratégia coerente frente ao objetivo principal da pesquisa, e que buscou, na troca de experiências entre as equipes gestoras, resolver problemas comuns na execução orçamentária dos recursos da saúde municipal. Assim, a aprendizagem é contínua ao longo do processo não sendo considerada uma fase propriamente dita (THIOLLENT, 1997).

4.2 CAMPO DA PESQUISA

A pesquisa teve como campo de estudo municípios pertencentes a macrorregião norte do estado do Paraná. A macrorregião norte, é composta por 97 municípios, distribuídos em cinco regiões, representadas pelas seguintes regionais de saúde: 16ª regional de saúde sede Apucarana, 17ª sede Londrina, 18ª sede Cornélio Procopio, 19ª sede Jacarezinho e 22ª sede Ivaiporã. Essa região possui uma população de 2.007.572 habitantes (IBGE, 2022), sendo o município de Londrina, sede da macrorregião e segundo município mais populoso do estado do Paraná (DATASUS, 2021).

A pesquisa foi desenvolvida em dois momentos, no Momento 1 participaram nove municípios da macrorregião norte e no Momento 2, participaram cinco municípios.

Figura 6 – Distribuição das regiões de saúde que compõem a macrorregião norte do Paraná, 2024.



Fonte: Paraná, 2024

4.3 FASES DA PESQUISA

4.3.1 Momento 1: Fase exploratória e da Pesquisa Aprofundada

O Momento 1 da pesquisa contemplou as etapas de Fase Exploratória e Fase da Pesquisa Aprofundada da pesquisa-ação.

4.3.1.1 Fase Exploratória

Para obtenção dos dados da fase exploratória, foram realizadas entrevistas com roteiro semiestruturado com dois tipos de perfis profissionais: perfil 1 - gestores (tomadores de decisão) e perfil 2 - profissionais técnicos relacionados ao planejamento e orçamento da secretaria de saúde (Apêndice 1

e 2). O roteiro de questões teve como objetivo explorar como acontecia a gestão financeira e orçamentária da secretaria ou autarquia de saúde.

Os sujeitos da primeira etapa da pesquisa, a fase exploratória da pesquisa-ação, foram gestores e contadores de nove municípios da macrorregião. Os municípios desta etapa foram selecionados mediante dois indicadores principais: primeiro, referente à despesa municipal em APS *per capita*, de modo a destacar a **importância do gasto dos municípios com APS**; o segundo indicador trata da participação das transferências por emendas para a APS na transferência total do Ministério da Saúde para a APS, que expressa **a importância das emendas nas transferências federais para a APS aos municípios**. Com objetivo de selecionar municípios de diversos perfis, a seleção dos municípios participantes considerou seu posicionamento na associação entre a alta ou a baixa importância da APS no gasto municipal em saúde e a alta ou baixa importância das emendas nas transferências federais para APS. Também foi critério de inclusão a escolha de pelo menos um município por regional de saúde e o município sede da macrorregião. Desta forma, a amostra final totalizou nove municípios. Houve a recusa de três municípios em participar, sendo os três substituídos.

Os municípios selecionados foram: Apucarana (16ªRS), Arapuã (22ªRS), Cândido de Abreu (22ªRS), Cruzmaltina (22ªRS), Conselheiro Mairinck (19ªRS), Pinhalão (19ªRS), Porecatu (17ªRS) e Santo Antônio do Paraíso (18ªRS), além de Londrina (17ª RS), município sede da macrorregião norte do Paraná. Os participantes do estudo foram nove gestores e nove técnicos ligados ao planejamento e orçamento da secretaria de saúde.

Quadro 3 – Municípios selecionados para fase exploratória da pesquisa ação.

MUNICÍPIOS SELECIONADOS	REGIONAL DE SAÚDE	PORTE MUNICIPAL	PARTICIPANTES
Apucarana	16ª	médio	Secretário de Saúde Contador da saúde
Londrina	17ª	grande	Diretor de Saúde Diretor Financeiro da Saúde
Porecatu	17ª	pequeno	Secretário de Saúde

			Contador prefeitura
Santo Antonio do Paraíso	18 ^a	pequeno	Secretário de Saúde Contador prefeitura
Conselheiro Mairinck	19 ^a	pequeno	Secretário de Saúde Contador prefeitura
Pinhalão	19 ^a	pequeno	Secretário de Saúde Contador prefeitura
Arapuã	22 ^a	pequeno	Secretário de Saúde Contador prefeitura
Cândido de Abreu	22 ^a	pequeno	Secretário de Saúde Contador da saúde
Cruzmalina	22 ^a	pequeno	Secretário de Saúde Contador prefeitura

Fonte: Elaboração própria..

A entrevista semiestruturada, parte de questionamentos básicos, de interesse da pesquisa, mas que possibilitaram que o informante conduzisse espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências, com foco principal colocado pelo pesquisador (TRIVIÑOS, 1987).

Ao total, foram entrevistados nove profissionais do perfil 1 e nove profissionais do perfil 2. As entrevistas foram agendadas mediante contato telefônico ou e-mail e realizadas de forma presencial pelos integrantes do grupo da pesquisa na própria secretaria de saúde ou em local de escolha do entrevistado. As entrevistas aconteceram no período compreendido entre junho e setembro de 2022 e tiveram duração média de 60 minutos.

O material produzido foi utilizado na Fase Exploratória/ Diagnóstica e também subsidiou a fase da pesquisa aprofundada da pesquisa-ação.

4.3.1.2 Fase da Pesquisa Aprofundada

A fase de pesquisa aprofundada foi desenvolvida a partir da análise dos resultados da fase exploratória, ou seja, a partir da análise foram identificadas as necessidades de aprofundamento dos temas emergidos nas entrevistas. E assim foram definidos os conteúdos/temáticas que seriam

necessários para qualificar os gestores com vistas a adquirirem maior autonomia no planejamento e gestão orçamentária da saúde em seus municípios.

A partir desta análise os conteúdos identificados foram sistematizados em um quadro de conjunto de conteúdos (Quadro 3):

Quadro 4. Conteúdos necessários à qualificação dos gestores sobre Gestão Orçamentária.

Conteúdos necessários à qualificação dos gestores	Proposta de sistematização das oficinas
Legislação sobre Planejamento e Gestão Pública; Instrumentos de planejamento público e da saúde; Monitoramento e avaliação dos instrumentos de planejamento da saúde	Oficina 1: Introdução ao Financiamento e Orçamento Público <i>versus</i> Instrumentos de Planejamento
Legislação sobre financiamento da saúde Conhecimento sobre fontes de recursos municipais Sistemas de informações sobre financiamento da saúde Regras gerais sobre aplicações de recursos saúde Participação das emendas parlamentares na saúde	Oficina 2: Financiamento da Saúde e Orçamento Público
Contratações públicas municipais Planejamento das contratações públicas Definição do orçamento nas contratações públicas Nova Lei de Licitações n.14.133/2021.	Oficina 3: Contratos, Licitações e Orçamento Público.
Legislação sobre Orçamento Público Linguagem técnica contábil e execução orçamentária Construção orçamento municipal da saúde	Oficina 4: Construindo Orçamento Municipal da Saúde

Fonte: Elaboração própria.

A partir dessa sistematização foram organizadas quatro oficinas, bem como pensadas as estratégias metodológicas e pedagógicas para que os objetivos fossem alcançados. Também foram identificados profissionais experts que poderiam apoiar o desenvolvimento de temas específicos.

Thiollent (2011) afirma que a participação de convidados ou especialistas contribuem para a aprendizagem dos participantes do grupo, uma vez que partilham de conhecimentos técnicos do interesse de todos.

Materiais teóricos também foram construídos, tanto para apresentações durante as oficinas, como também elaborados cadernos para

consultas durante as oficinas e que serviram como material de apoio aos gestores para consultas futuras (Apêndice 4).

4.3.2 Momento 2: Fases da Ação e da Avaliação

O momento da 2 da pesquisa contemplou as etapas das fases de Ação e de Avaliação da pesquisa-ação.

4.3.2.1 Fase da Ação - As Oficinas

A Fase da ação aconteceu por meio de Oficinas de Educação Permanente em Saúde (EPS). A escolha desse modelo-pedagógico se deu estrategicamente para alcançar os objetivos propostos pela pesquisa-ação

Com relação à definição das opções pedagógico-metodológicas, com foco na aprendizagem significativa¹ para um grupo de gestores do SUS, que desenvolve uma gama de atividades diversas diariamente, dois temas fundamentais foram alicerce desta escolha: as metodologias ativas e aprendizagem de adultos, baseado na proposta de Paulo Freire.

A primeira opção metodológica foi utilizar de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, em que o participante é o protagonista do processo, sendo este capaz de autogerenciar ou autogovernar seu processo de formação (MITRE, et al.; 2008; LOVATO, et al.; 2018). O professor, ou melhor chamado de facilitador nesta pesquisa, possui papel de articulador no processo, em que promove a participação ativa dos envolvidos, acolhe suas ideias e sentimentos e apoia o desenvolvimento motivacional (MITRE, et al.; 2008; BERBEL, 2011). Assim, as principais estratégias de metodologias ativas utilizadas foram: as “Questões Norteadoras”, “Problematização”, “Tempestade de Ideias”, “Teorização” e “Sala de Aula Invertida” (MITRE, et al.; 2008; BERBEL, 2011; LOVATO, et al.; 2018).

¹ A aprendizagem significativa é uma teoria proposta pelo psicólogo cognitivo David Ausubel no final dos anos 1960 em que a aprendizagem se concentra em como os professores podem ajudar seus alunos a aprender de forma mais eficaz, conectando o que eles já sabem a novos conhecimentos e promovendo a geração de modelos mentais (COSTA JUNIOR, et al; 2023).

A segunda opção pedagógica foi focada no modelo proposto por Freire (1980) que, na atividade de ensino-aprendizagem, possa ficar claro que ensinar não é transferir conhecimento, mas criar possibilidades para sua produção ou construção, ao ponto que se adquira a conscientização, outro grande pilar da proposta do autor. Para Freire (1979) a conscientização vai além do estado de consciência em que há apenas a espontânea apreensão da realidade. Conscientização, implica chegar numa esfera crítica, sobre algo conhecido, em que se aprofunda na essência fenomênica do objeto, levando em consideração sempre a história, o compromisso histórico em que o homem está inserido. Para o desenvolvimento das oficinas de EPS, foi utilizado como base uma matriz contendo princípios teóricos Freirianos para aprendizagem significativa dos participantes:

Quadro 5 - Matriz didático-pedagógica contendo os princípios teóricos da aprendizagem significativa, propostos por Paulo Freire.

Princípios teóricos	Objetivo
Exploração dos saberes prévios	Valorizar os saberes prévios dos participantes
Contato com um saber sistematizado	Apresentar ao participante a temática de uma forma elaborada
Interação crítica com a temática	Permitir que o participante tenha uma ação concreta sobre o saber que lhe foi apresentado
Aplicação dos saberes à realidade	Oportunizar que os saberes sejam implementados no seu cotidiano

Fonte: elaboração própria.

Nas quatro oficinas, foram utilizados, como referência, um caderno teórico que continha o conteúdo proposto em cada encontro. Iniciava-se com a leitura dos objetivos e questões norteadoras para adentrarem ao tema principal. Textos de apoio, com conteúdo sobre gestão e planejamento do SUS, além de legislações e normativas relacionadas com o tema da oficina, eram lidos e intercalados com discussões entre os participantes, sobre suas dúvidas e

vivências. Também houve momentos de apresentação e discussão de conteúdos teóricos pelos facilitadores.

As oficinas foram realizadas de forma presencial com temas predeterminados e com foco central no orçamento público da saúde e demais temas interligados à execução orçamentária. Os temas foram definidos pela pesquisadora, de forma intencional frente às necessidades apresentadas ou vivenciadas pelas equipes gestoras municipais, com base na fase diagnóstica da pesquisa-ação.

Os temas e objetivos das oficinas estão apresentados no quadro abaixo:

Quadro 6 – Temas e objetivos das oficinas da pesquisa-ação.

TEMAS	OBJETIVOS
1- Introdução ao Financiamento e Orçamento Público <i>versus</i> Instrumentos de Planejamento.	<ul style="list-style-type: none"> ● Conhecer os marcos legais de planejamento da gestão pública; ● Revisar os instrumentos de planejamento; ● Entender a importância da integração dos instrumentos de planejamento junto ao orçamento; ● Discutir como estão organizadas as equipes de planejamento e como ocorre a construção e avaliação/ monitoramento dos instrumentos de planejamento da saúde.
2 - Financiamento da Saúde e Orçamento Público.	<ul style="list-style-type: none"> ● Revisar a legislação sobre o financiamento da saúde; ● Identificar quais as fontes de financiamento municipal; ● Conhecer e acessar sistemas de informações sobre financiamento (FNS);

	<ul style="list-style-type: none"> • Discutir regras gerais de aplicação dos recursos em saúde; • Entender a participação das emendas no financiamento da saúde.
3 – Contratos, Licitações e Orçamento Público.	<ul style="list-style-type: none"> • Discutir como as contratações públicas acontecem nos municípios e a participação dos técnicos da saúde nesse processo; • Entender a importância do planejamento das contratações públicas; • Entender como ocorre a definição do orçamento para as contratações; • Compreender a Nova Lei de Licitações n.14.133/2021.
4 – Construindo o Orçamento Municipal de Saúde.	<ul style="list-style-type: none"> • Rever a legislação referente ao orçamento público; • Conhecer termos técnicos do orçamento; • Entender a execução orçamentária; • Apresentar proposta de como construir orçamento aplicável no município.

Fonte: elaboração própria.

Para construção da proposta e realização das oficinas e por se tratar de temas específicos, a pesquisadora convidou profissionais com *expertise* nos temas definidos para que participassem de algumas oficinas. Os profissionais convidados atuavam na administração pública municipal da região, em áreas correlatas às desenvolvidas na oficina.

As oficinas ocorreram no período de novembro de 2023 a abril de 2024, em uma sala de aula do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UEL, e teve duração média de seis horas cada encontro. A pesquisadora também foi participante da pesquisa, um dos princípios da pesquisa-ação. Além dos participantes e da pesquisadora, participaram mais três pessoas, integrantes

do grupo de pesquisa, que atuaram no registro e apoio das oficinas e três convidados, que atuaram como especialistas em temas específicos. Desta forma, as oficinas contaram com a participação de 13 participantes e mais sete apoiadores.

A seleção dos participantes da segunda etapa da pesquisa (as oficinas de EPS) se deu durante a oficina do Programa de Qualificação e Apoio às equipes Municipais de Planejamento e Gestão em Saúde (Progestão), ministrado pela UEL, em que foi abordado o tema “Gestão Orçamentária”, realizado nas 17ª e 18ª regionais de saúde, e vários gestores presentes demonstraram a necessidade de maior aprofundamento da temática. Nestes encontros foi apresentada aos participantes a proposta da Pesquisa-ação e oito municípios interessados preencheram um Termo de Manifestação de interesse e compromisso pela pesquisa (Apêndice 1). Neste termo minimamente os gestores se comprometiam em indicar preferencialmente servidores, para não se ter descontinuidade no processo de aprendizagem, que tivessem o mínimo de conhecimento em planilhas do *Microsoft Excel®*, que não houvesse troca dos participantes e que os contadores ou equipe de orçamento estivessem disponíveis para fornecer as informações necessárias para condução das oficinas.

O quadro abaixo apresenta os municípios interessados em participar da Pesquisa-ação e os critérios aplicados para seleção dos mesmos.

Quadro 7 – Distribuição dos municípios interessados em participar da pesquisa-ação e critérios para seleção.

	Saldo atual R\$(ago 23)	Saldo R\$ ago 23 (Lei 197)	% saúde 2022	Portal Transparencia LOA	Transparencia Instrumentos Gestão	nº habitantes	Selecionado para pesquisa ação	Observações
Alvorada do Sul	42.316,66	283,59	19,63	sim	sim	10.326	Não	portal da transparencia bem completo
Guaraci	1.534.741,49	13	25,07	não	não	4.748	Não	é possível encontrar o orçamento, mas não pela lei
Ibiporã	9.630.725,88	206.677,14	28,03	sim	sim	51.603	Sim	portal da transparencia bem completo
Jaguapitã	1.141.219,28	32.873,62	34,93	sim	sim	15.122	Sim	
Lupionópolis	1.431.840,60	1.800,00	26,64	sim	sim	4.813	Sim	
Porecatu	2.143.074,42	107.589,15	28,12	não	não	11.624	Sim	
Sertãoópolis	6.355.066,88	0	27,08	sim	sim (RAG não)	15.930	Sim	autarquia
São Sebastião da Amoreira	3.872.283,60	119.723,31	19,39	não	somente PAS	8.063	Sim	
Fonte	FNS	FNS	Conasems	site município	site município	fonte IBGE 2022	autor	autor

Fonte: Elaboração própria.

Após essa fase, realizou-se uma busca por dados secundários nos portais da transparência dos municípios e no site do FNS, com objetivo de obter informações relacionadas aos instrumentos de gestão e saldos em conta de recursos de transferências federais. A partir destas informações, os municípios com maiores saldos em conta e com menos informações sobre os instrumentos de gestão publicados nos portais da transparência foram os selecionados, além de, intencionalmente, selecionar municípios de diferentes portes populacionais. Desta forma, foram selecionados seis municípios (Quadro 2).

Quadro 8 – Distribuição dos municípios selecionados para participarem da pesquisa ação, número dos sujeitos participantes e porte populacional.

MUNICÍPIO	Nº PARTICIPANTES	PORTE POPULACIONAL
Ibiporã	05	Porte Médio
Jaguapitã	02	Porte Pequeno
Lupionópolis	02	Porte Pequeno
São Sebastião da Amoreira	03	Porte Pequeno
Sertanópolis	02	Porte Pequeno
Porecatu	Não participaram	Porte Pequeno

Fonte: Elaboração própria.

No entanto, houve uma perda devido a não participação da equipe gestora do município Porecatu, nas oficinas, sendo o processo concluído com cinco municípios. E a visita a um município para entrevista da fase de avaliação também não foi realizada, devido a troca de participantes em praticamente todas as oficinas, o que a inviabilizou, sendo esta etapa realizada em 4 municípios.

Entre os sujeitos participantes da pesquisa-ação, encontram-se gestores e membros da equipe gestora municipal atuantes na área de planejamento e financiamento ou orçamento.

4.3.2.1 Fase de Avaliação

O monitoramento e avaliação dos resultados foi verificado mediante visita aos municípios e entrevistas com os participantes sobre os temas abordados nas oficinas e mudanças ocorridas em seu processo de trabalho pós participação nas oficinas. Também foi aplicado um formulário de avaliação ao final de cada oficina. E uma atividade de dispersão relacionado ao tema trabalhado na oficina, em que os participantes levariam para ser realizada em seu município de origem e trariam na próxima oficina para ser discutido no grupo.

As respectivas fases da pesquisa, bem como as quatro oficinas e seus respectivos temas e objetivos estão apresentados no quadro abaixo:

Quadro 9 – Fases da Pesquisa – ação.

PESQUISA-AÇÃO	Fases		Método	Tema
	Momento 1	Fase Exploratória/ Diagnóstica	Entrevistas	
		Fase da Pesquisa Aprofundada	Planejamento e Construção das Oficinas de Trabalho	
	Momento 2	Fase da Ação	Oficina 1	Introdução ao Financiamento e Orçamento Público versus Instrumentos de Planejamento.
			Oficina 2	Financiamento da Saúde e Orçamento Público.
			Oficina 3	Contratos, Licitações e Orçamento Público.
			Oficina 4	Construindo o Orçamento Municipal de Saúde.
		Fase da Avaliação	Entrevistas	

Fonte: Elaboração própria.

4.4 PRODUÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Houve a gravação e transcrição das entrevistas, bem como o registro das oficinas (falas, discussões, dúvidas dos participantes). Foi realizada a leitura e conferência de todo o material produzido, buscando sanar alguma incorreção.

Para análise dos resultados, foram adotados os seguintes procedimentos:

- inicialmente releitura e conferência de todos os registros realizados em cada entrevista e oficina, associando as falas de acordo com o conteúdo abordado em cada encontro;
- em seguida leitura flutuante, para maior apropriação dos temas emergidos;
- na sequência, os registros foram agrupados pela temática discutida.

Quanto a análise dos registros das entrevistas e das oficinas, foi utilizada a abordagem crítico-hermenêutica, considerando a complexidade dos fatores envolvidos na temática em questão, pois a hermenêutica é considerada a disciplina básica da arte de compreender (RICOEUR, 1990; MINAYO, 2002).

A escolha deste método também é justificada pelas interações e vivências em que os participantes da pesquisa estão inseridos. Gadamer (1997, p.686) em sua obra *Verdade e Método* descreve que a hermenêutica é guiada pela ideia de que *“a linguagem é um centro em que se reúnem o eu e o mundo, ou melhor, em que ambos aparecem em sua unidade originária”*. Assim, a fala, a linguagem é repleta de significados e deve ser compreendida. Afirma ainda que o modelo especulativo da linguagem demonstra seu significado ontológico universal, o que vem da fala é diferente da própria palavra falada pois, por trás da fala existe um ser sensível que preenche de fato o que foi dito.

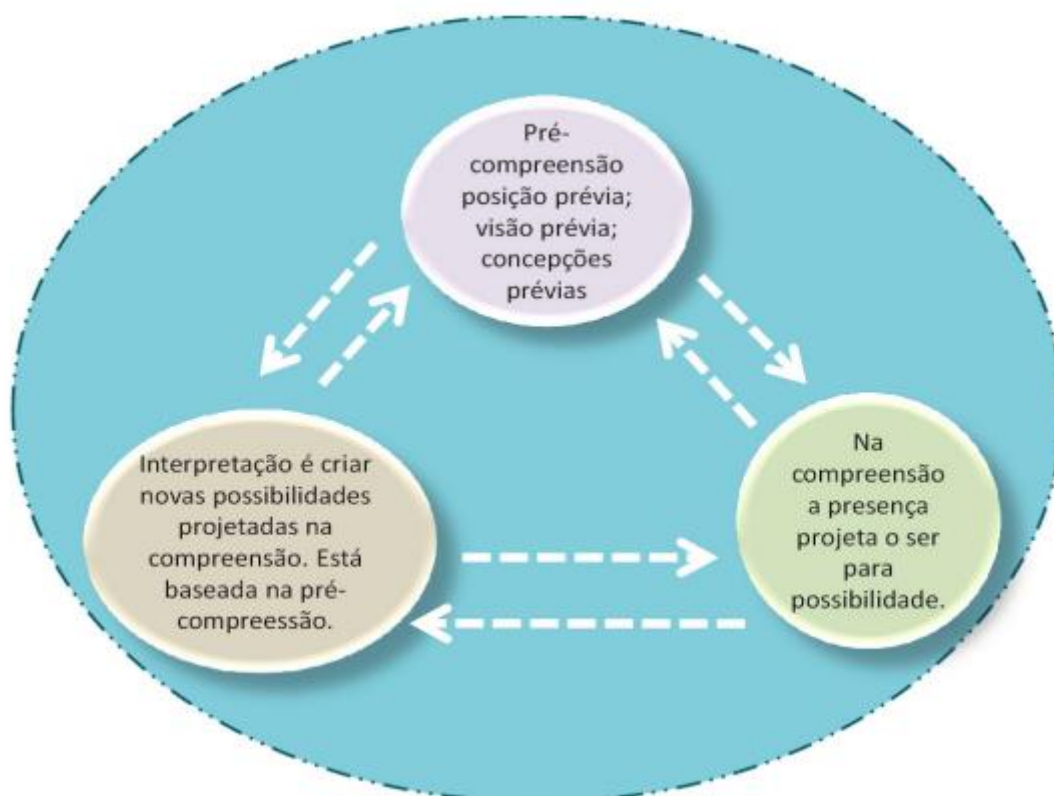
Para Ricoeur (1990), a interpretação da língua exige o mais profundo nível de explicação como da conversação, pois a língua com seu caráter polissêmico pode apresentar diversos significados quando analisados fora de determinado contexto. Afirma ainda que a mensagem transmitida, frente a polissemia das palavras, sempre está inserida num contexto e que o manejo dos contextos, por sua vez, põe em jogo uma atividade de discernimento entre as mensagens trocadas pelos interlocutores. Esta atividade de discernimento é propriamente a interpretação, que consiste em entender de forma irrefutável a mensagem transmitida pelo locutor.

A compreensão como gênese singular da hermenêutica é proposta por Heidegger com uma pré estrutura de compreensão. Assim, o filósofo propõe

uma estrutura circular de compreensão, chamado Círculo Hermenêutico (Figura 3), que não pode ser definido como círculo vicioso, por ser dinâmico, pois perpassa a autocompreensão da compreensão exercida constantemente e corrigida e adaptada num processo que prioriza a arte do compreender (GADAMER, 1997).

Gadamer (1997) enfatiza ainda que para se compreender um texto existe um projetar, em que primeiramente um sentido aparece no texto e tem-se uma ideia de sentido do todo. Mas o sentido somente se manifesta, pois quem lê um texto, lê a partir de determinadas expectativas e na busca de um determinado sentido. Já a compreensão advém deste projeto prévio, que constantemente é revisado conforme se avança na penetração do sentido. Todo este movimento constante de se reprojeter é o que define o sentido de compreender e interpretar, processo descrito por Heidegger.

Figura 7 – Círculo Hermenêutico.



Fonte: Sebold et al, 2017.

Por sua vez, Ricoeur (1973) descreve o círculo hermenêutico como um processo de adivinhação e validação, num movimento circular de

aproximação do subjetivo e objetivo para compreensão do texto. O círculo dá início pela relação entre a formação de palpites e sua validação. O procedimento de validação também passa pelo processo de invalidação, similar aos critérios de falseabilidade, que descrevem o conflito entre as interpretações concorrentes.

O mesmo autor destaca ainda outra etapa do círculo em que o significado das ações humanas, de acontecimentos históricos e dos fenômenos sociais podem ser interpretados de várias formas diferentes e interferem na compreensão do texto. E conclui que a correlação entre a explicação e a compreensão, entre compreensão e explicação é propriamente dito o conceito de círculo hermenêutico (RICOUER, 1973).

Gadamer (1997) vem destacar também na análise hermenêutica o conceito de horizonte, quem tem a ver com seu campo de visão. Ter horizontes significa não estar limitado ao que está próximo, mas sim poder ver para além disso. Enfatiza ainda que aquele que tem horizontes sabe valorizar o significado das coisas corretamente.

Compreender a mensagem que um autor deseja transmitir vai além do horizonte limitado da sua própria existência, destaca Ricoeur (1973). Quando se aplica a consciência pensante, há um estreitamento neste horizonte possibilitando uma ampliação de horizontes e também abertura de novos horizontes (GADAMER, 1997).

Neste contexto, Ricoeur (1973) afirma que não vivemos em horizontes fechados e nem em horizontes únicos, a compreensão se concretiza de fato quando o horizonte de significado daquele que quer passar a mensagem se funde com o nosso. A fusão dos horizontes ocorre na medida em que se compreende que não há um saber total e único, esse conceito diz respeito em trazer ao senso comum o jogo das diferenças, fundir os horizontes entre o próprio e o estranho, entre o próximo e o longínquo, por exemplo.

Na análise hermenêutica dos resultados, esta pesquisa utilizou-se das balizas descritas por Minayo (2002), que propõem um comportamento frente aos discursos, composto pelos seguintes fundamentos:

- a busca de dados históricos e do contexto em que foram produzidos os discursos e fatos analisados (tendo em vista que os discursos são marcados pela tradição, cultura e conjuntura);
- a adoção pelo pesquisador de uma postura de respeito aos discursos e demais materiais de análise, tendo o cuidado de, na análise, não cometer os desvios de sentido;
- a não busca por uma verdade essencialista e absoluta, mas a apresentação da verdade expressa e produzida pelos envolvidos nesta pesquisa;
- a interpretação adequada deve acontecer como se o autor estivesse presente. Refere ainda que Gadamer vai além, quando afirma que a interpretação deve ir além de quem escreveu o texto, pois o autor não tinha consciência de tudo o que poderia ser compreendido.

4.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa respeitou às exigências éticas referente as normas relativas à pesquisa com seres humanos, conforme Resolução nº 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo o projeto da etapa da fase exploratória submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, CAAE 30675420.6.0000.5240 (Anexo 1).

O projeto das demais fases da pesquisa ação também foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos, da Universidade Estadual de Londrina e CAAE 5545546 (Anexo 2).

Os entrevistados foram informados e orientados quanto ao objetivo da pesquisa e sobre o direito de recusar-se a participar da mesma, em qualquer fase de sua execução, bem como a garantia do sigilo em relação as informações fornecidas, mediante assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1 e Apêndice 2).

5 RESULTADOS

Os resultados estão organizados em dois momentos, assim como a pesquisa foi desenvolvida. O Momento 1 descreve os achados da Fase Exploratória e Fase da Pesquisa Aprofundada da pesquisa ação, em que se tece o diagnóstico dos municípios referente a gestão orçamentária. Durante as entrevistas desta etapa em que os temas emergiram e que subsidiaram a construção das oficinas de EPS. O Momento 2 apresenta os resultados da Fase de Ação e Avaliação. E descreve os achados das quatro oficinas de EPS e das etapas de avaliação do estudo.

5.1 Momento 1

5.1.1 Caracterização dos Participantes

Ao total foram entrevistados nove profissionais do perfil 1 gestores e nove profissionais do perfil 2 técnicos relacionados ao planejamento e orçamento da secretaria de saúde.

Os quadros abaixo apresentam os perfis dos profissionais entrevistados. Usou-se a letra M para identificação do município e G para gestor e C para identificar o contador ou o técnico relacionado ao planejamento e orçamento da saúde. Esta codificação dos entrevistados também será utilizada nas falas dos participantes na próxima sessão dos resultados.

Dentre o quadro de gestores entrevistados, eram em sua maioria do sexo feminino, com idade que variou de 35 a 76 anos. Com relação a formação, apenas dois não possuíam nível superior. O vínculo empregatício mais prevalente foi servidor de carreira, sendo seis ao total. Sobre experiência na gestão, apenas dois não possuíam, porém outros dois atuavam há apenas um ano no cargo. E chamou atenção que o secretário com maior idade e maior tempo de gestão, atuava no cargo desde a emancipação do município.

Quadro 10 - Profissionais do perfil 1 – gestores:

Identificação	Cargo	Sexo	Idade	Formação	Experiência gestão	Vínculo empregatício
M1G1	secretário	M	76	Fundamental	20 anos	Comissionado
M2G2	secretário	F	48	Pedagoga	não	Servidor Aux. Adm.
M3G3	secretário	M	56	Médio	9 anos	Servidor motorista
M4G4	secretária	F	45	Pedagoga especialista educação especial	não	Comissionado
M5G5	secretária	F	41	Enfermeira Mestre em enfermagem	2 anos	Servidora enfermeira
M6G6	secretária	F	Não informado	Enfermeira	1 ano	Comissionada
M7G7	secretária	F	35	Farmacêutica	1 ano	Servidora farmacêutica
M8G8	secretário	M	46	Odontólogo Especialista saúde coletiva	6 anos	Servidor odontólogo
M9G9	Diretor geral de saúde	F	56	Enfermeiro Mestrado Profissionalizante Gestão em saúde	8 anos	Servidor enfermeira

Fonte: Elaboração própria.

Os profissionais entrevistados no perfil 2 técnicos relacionados ao planejamento e orçamento da secretaria de saúde eram na sua grande maioria homens na faixa etária de 30 a 50 anos. Dos nove entrevistados, oito possuíam graduação em ciências contábeis. Um referiu ter curso técnico em contabilidade. Vários dos entrevistados possuíam outros cursos, como de especialização em administração pública, auditoria e um deles referiu ter mestrado em educação. Só um dos entrevistados referiu ter o cargo de diretor financeiro da SMS. Os contadores que atuavam nos municípios menores, eram responsáveis pelo setor financeiro da saúde e das outras secretarias do município, com exceção de um

município pequeno em que o contador era exclusivo da saúde e exercia o cargo de controlador interno da saúde (Quadro 11).

Quadro 11 – Perfil dos entrevistados 2 – técnicos relacionados ao planejamento e orçamento da secretaria de saúde.

Identificação	Cargo	Sexo	Idade	Escolaridade	Experiência no cargo	Vínculo empregatício
M1C1	Contador município	M	31 anos	Contador especialização auditoria, controladoria e gestão financeira	5 anos	Servidor contador
M2C2	Contador município	F	43 anos	Contadora Especialização em contabilidade pública, cursando mestrado	7 anos	Servidora Contadora
M3C3	Contador município	M	38 anos	Contador	13 anos	Servidor Contador
M4C4	Contador município	M	47 anos	Contador Especialização Administração Pública	19 anos	Servidor Contador
M5C5	Contador município	M	33 anos	Contador Especialização Gestão Pública	6 anos	Servidor Contador
M6C6	Contador município	M	Não informado	Contador	Não informado	Servidor Contador
M7C7	Controladora da Saúde	F	35 anos	Contadora	8 anos	Servidora Controladora Interna
M8C8	Contador Saúde	M	47 anos	Contador	9 anos	Servidor Contador

M9C9	Diretora Financeira	F	56 anos	Técnico em Contabilidade e Tecnóloga em Gestão Pública	10 anos	Servidora Assistente Administrativo
------	---------------------	---	---------	--	---------	-------------------------------------

Fonte: Elaboração própria.

5.1.2 – Contexto do Planejamento e Gestão Orçamentária nos municípios pesquisados

Dos municípios pesquisados no Momento 1, os de grande porte possuíam contador próprio e exclusivo que compreendiam a complexidade das receitas e despesas da saúde e também o gestor participava ativamente da execução orçamentária.

Já nos municípios de pequeno porte, apenas um município possuía contador exclusivo na secretaria, com cargo de controlador interno da saúde e era servidor de carreira, e neste município observou-se maior organização orçamentária. Nos demais municípios, os contadores eram responsáveis pelo setor financeiro da saúde e do restante do município e na maioria, construíam e executavam o orçamento da saúde sem a participação dos gestores. As falas de um contador demonstram essa prática:

Então, ele (o gestor) tem a definição do que quer comprar. "Eu quero comprar X medicamentos". De onde vai ser gasto, onde vai ser registrado, aí nós (o contador) registramos. "Foram 10 mil reais em determinados medicamentos. Vamos pagar com essa fonte que tem esse valor". Ele (o gestor) só vem, concorda (M3C3).

Quando questionado sobre a participação do secretário de saúde na construção da Lei do Orçamento Anual (LOA), a resposta do contador foi: *"Ficam a cargo nosso, aham. Não é separado. Eles não vêm aqui "Coloca isso na LOA". Nós nos reunimos aqui. Porque na realidade, eles não vão ter o conhecimento de orçamento..." (M3C3).*

Nos municípios em que o gestor era servidor de carreira e da área da saúde, verificou-se que estes possuíam maior interesse e domínio sobre o planejamento dos recursos e a execução orçamentária. Em um município de

pequeno porte, em que a gestora era enfermeira, e servidora de carreira no município, é exemplo disso. Ela detinha autonomia de toda a execução orçamentária, relatado pelos contadores que, por ser enfermeira, "entende" as necessidades de como planejar e gastar os recursos, e na experiência deles é a primeira vez que isto acontecia. Tal afirmativa fica clara na fala do contador de um município, em que a secretária era servidora de carreira e enfermeira e na segunda fala em que o secretário era farmacêutico:

Como a saúde tem vários programas e a secretária tem o conhecimento maior do que pode ser gasto em cada recurso, ela está fazendo um ofício, direcionando para a gente o que pode ser comprado, de acordo com a fonte (M5C5).

Ele era concursado farmacêutico e estava de secretário. Ele era uma pessoa da saúde. Isso é uma coisa que eu sempre falo, quer ser secretário, assistência, saúde, agricultura, tem que ser da área (M2C2).

Outra contadora fez uma crítica importante sobre o gestor de saúde não ser da área da saúde e ainda ser cargo de comissão, que isto dificultaria a gestão orçamentária da secretaria de saúde. Quando questionado a contadora sobre dúvidas na execução de recursos federais e se seria a secretária quem definiria como empenhar, ela respondeu de forma incisiva:

Não, a secretária nunca sabe para o que usa o recurso, ela sempre vem aqui. "Maria (contadora), chegou o recurso, o que eu vou fazer?". O que eu faço? Eu entro lá, baixo a portaria, recurso federal é mais fácil, entra lá, identifica... o secretário não dá conta, a gente tem que fazer isso, a secretária é cargo político e não é da saúde (M2C2).

Ainda sobre o conhecimento do financiamento e orçamento dos gestores, quando questionado uma secretária de saúde, que era comissionada, sobre as mudanças dos últimos anos no financiamento dos repasses federais, a mesma relatou que ainda está se familiarizando, que ainda tem dificuldade em falar sobre o assunto. Relatou que as oficinas do Progestão a ajudaram a entender um pouco, mas que ainda estava tentando organizar, separar e levantar os gastos. A fala da secretária descreve esse movimento:

O Progestão e aquelas que falam mesmo de financiamento, porque na verdade é a única... que eu sabia disso era na auditoria, mas era teórico, a prática é tudo muito diferente. Então, na verdade, hoje a gente está levantando gastos e não consegue ter, porque era tudo centralizado, por exemplo, não tinha essa divisão de atenção básica e hospital, era tudo em um lugar só. Então, agora que eu consegui fazer uma licitação da atenção básica, uma licitação para o hospital para a gente poder conseguir dividir. Eu não tinha... não tenho como fazer, eu preciso organizar a estrutura de licitação (M6G6)

Em outro município de pequeno porte, o contador acabou “subestimando” a equipe da saúde em relação à autonomia e conhecimento dos recursos e sua execução orçamentária, uma vez que o gestor não possui curso superior na área da saúde. Assim, o contador relata que as equipes da saúde “*não dão conta*” de entender os recursos e por isso há muito recurso de transferência estadual e federal em conta ainda para ser executado. Em outro município, também de pequeno porte, a contadora demonstrou muito conhecimento nos recursos da saúde e sua aplicação, relatou a vontade de ensinar a equipe da saúde a controlar seus recursos e a execução, porém afirmou não obter êxito, uma vez que a gestora é cargo comissionado de nível médio e não tem conhecimento da área da saúde, o que na sua interpretação atrapalhava o processo.

Os contadores também manifestaram durante as entrevistas a dificuldade em controlar o recebimento e execução dos recursos federais após a unificação dos blocos, divididos anteriormente em cinco blocos, mas a partir de 2017 e apenas dois grandes blocos: manutenção e estruturação. Criticaram o novo modelo, o que pode ser percebido pelas falas:

[...] é bagunçado mesmo. Devia fazer um só. Vir na 494 e vai cobrir tudo. Claro, baseado em uma estimativa que dê, que o recurso dê para cobrir esse todo, entre aspas. Aí separa entre agente, vigilância, farmacêutico, mas tudo dentro da mesma fonte, do mesmo código de receita. Depois, exige na prestação de contas que seja separado. Como vai visualizar essa separação? (M3C3).

Isso, as receitas, para a gente saber onde tem dotação, onde pode usar, onde não pode usar, porque sinceramente, para mim dificultou um pouco, porque era mais fácil vir o bloco fechado e

saber que o valor X era aquele lá e foi para lá, e agora depois disso não mais, a gente não sabe [...] (M7C7).

Outra informação bastante presente nas entrevistas, foi a questão de o orçamento ser gerenciado e construído pelos contadores, sem a participação ativa dos secretários. Os contadores definiam a execução dos recursos de acordo com a necessidade e tipo de recurso. Alguns relataram que quando possuíam dúvida, não executavam, e assim, o recurso ficava “parado” em conta. Afirmaram muitas vezes que repetiam o orçamento do ano anterior e assim o orçamento teria sido executado todos os anos. As falas dos contadores demonstram essa prática:

E também, o que é, o que é orçado no ano anterior. Então você já vem com um rol de conhecimento, com o passado dos orçamentos anteriores. O que eu orcei nesse ano é baseado no orçamento anterior (M3C3).

Ela passa as necessidades e mediante isso, a gente faz a aplicação no orçamento. Mas geralmente, o orçamento... que nem, aqui na cidade X, que é cidade pequena, geralmente é a mesma coisa. Ele é repetitivo (M9C9).

Uma informação que chamou muito a atenção, foi que os entrevistados em sua maioria, relataram dificuldades na identificação de repasses realizados pelo fundo estadual de saúde. Os municípios pertencentes à 22ªRS relataram apoio importante de uma pessoa específica na regional que os auxilia neste acompanhamento, além do auxílio do apoiador do Cosems. Um contador relatou que já teve que devolver recursos por não identificar a regra da execução, como descrito na fala:

Eu tento identificar para saber o que é. Primeiro a gente procura o estado (Regional de Saúde), eu procuro o estado, porque muitas vezes nem aqui eles (equipe da saúde) sabem para o quê veio. Daí a gente procura o estado para ver o que está vindo desse recurso, para quê e como utilizar. Porque não adianta utilizar de outra maneira sendo que já aconteceu no município também de ter que devolver recurso pela má utilização. Então, por isso, até que a gente tenta identificar da onde veio e para que veio (M1C1).

A dificuldade em acompanhar as publicações de portarias, pelas constantes mudanças nos modelos de financiamento dos programas federais e as regras para sua execução também apareceu em várias falas dos contadores. Afirmaram ainda que o secretário não executa os recursos de transferências federais por terem dificuldade em compreender suas regras de execução. Algumas falas demonstram estas fragilidades:

Então, a gente tenta (controlar as receitas), só que é difícil, porque cada ano muda o programa, a cada ano muda o programa. Por exemplo, eu vou criar o do agente comunitário de saúde, no outro ano vem ponderação não sei do que. Meu Jesus, não tem como a gente controlar, porque cada governo quer mudar o nome do programa para dizer que é seu. Daí a gente fala bem assim, "Vamos só fazer só atenção básica, o que é vigilância epidemiológica ou sanitária e a gente tenta destinar um valor para essas funções, essas subfunções". A gente tenta nesse sentido, mas agora dizer que a gente consegue fazer um por um, eu estaria mentindo para você (M1C1).

Porque as vezes o recurso... passa o ano e eles (equipe da saúde) não gastam, eles vão acumulando, então, eles têm um pouco de dificuldade para gastar (M4C4).

Pela dificuldade da maioria dos gestores dos pequenos municípios em compreender a gestão orçamentária, estes também não participavam da elaboração da LOA. Assim, a construção da LOA era realizada pela administração da prefeitura sem a participação do gestor de saúde, ou quando o mesmo participava pouco contribuía devido à complexidade da gestão orçamentária. No entanto, para que o gestor conseguisse participar ativamente da construção e execução do orçamento da saúde que era de fato legalmente de sua responsabilidade, necessitava de se apropriar minimamente do conhecimento sobre o universo da gestão orçamentária. O próprio gestor ou membros de sua equipe de gestão necessitam de conhecimento básico sobre orçamento para assim, subsidiar e respaldar suas decisões.

As entrevistas com gestores e contadores demonstraram grande fragilidade da equipe gestora da saúde frente a gestão orçamentária dos recursos da saúde. Muitos foram os relatos de muitas vezes não executarem os recursos de transferências federais por não entenderem as regras de aplicação dos recursos, o que impacta diretamente em altos gastos municipais com

recursos próprios e repasse de recursos de transferências intergovernamentais.

Também ficou explícito que, na maioria dos municípios pesquisados, a gestão orçamentária da saúde é gerenciada centralmente no setor de contabilidade das prefeituras, e assim, não há participação dos gestores da saúde nem na construção e muito menos na execução do orçamento. Acaba que, pelos gestores não terem conhecimento sobre orçamento, não se apropriam da gestão dos recursos, ficando toda esta atividade a cargo dos contadores. E por não haver manifestação dos gestores da saúde, os contadores apenas atualizam o valor do orçamento e praticamente repetem a distribuição das despesas realizadas no ano anterior.

Outro assunto emanado nas entrevistas foi sobre o cargo de gestor da saúde por vezes ser ocupado por profissionais sem formação na área da saúde e ainda cargo de comissão, o que fragilizaria ainda mais a gestão orçamentária dos municípios, pela falta de conhecimento técnico para direcionamento das ações e tomada de decisão.

Destarte, as entrevistas da fase exploratória e as vivências e proximidade da pesquisadora junto das equipes gestoras dos municípios da 17ª região de saúde demonstraram a necessidade de melhor qualificação das equipes técnicas da saúde para execução orçamentária nos municípios. Esse cenário justifica a intervenção junto aos municípios por meio das oficinas de EPS com foco em temas relacionados ao financiamento da saúde, nas regras dos repasses e execução dos recursos federais; planejamento e instrumentos de gestão; na nova lei de licitações, que impacta diretamente no planejamento das compras e contratações dos municípios e nos fundamentos essenciais para construção e execução do orçamento.

5.2 Momento 2

5.2.1 Fase da ação

O **segundo Momento** da pesquisa foi iniciado pela Fase da ação, nesta etapa ocorre a difusão das ações levantadas. Esta fase foi desenvolvida por meio das oficinas de EPS, em que participaram profissionais secretários de saúde, diretores, coordenador, enfermeiro, contador, auxiliares administrativos, recepcionistas e tecnólogo. Foram 13 participantes, destes, três ocupavam cargo de gestores e quatro deles cargo de diretores, dois administrativos, um enfermeiro, um coordenador, um contador e um tecnólogo (Quadro 12). As oficinas contaram também com a participação de quatro convidados *experts* nos temas discutidos nas oficinas, além da pesquisadora, sua orientadora e um relator.

As falas dos participantes apresentadas nas próximas sessões foram codificadas pela letra M para identificação do município e P para participante.

Quadro 12 – Distribuição dos participantes das oficinas.

Participantes	N
Secretários de Saúde (02 enfermeiros e 01 contador)	03
Diretores (Saúde, Atenção Básica, Vigilância em Saúde e de Fazenda)	04
Auxiliares/Técnicos Administrativos ou Recepcionistas	02
Enfermeiro	01
Coordenador de APS	01
Contador	01
Tecnólogo	01
Total	13

Fonte: Elaboração própria.

5.2.1.1 Oficina 1

A **Oficina 1**, teve como tema: Introdução ao Financiamento e Orçamento Público *versus* Instrumentos de Planejamento. E teve como objetivos: conhecer os marcos legais de planejamento da gestão pública; Revisar os instrumentos de planejamento; entender a importância da integração dos instrumentos de planejamento junto ao orçamento e discutir como estão organizadas as equipes de planejamento e como ocorre a construção e avaliação/ monitoramento dos instrumentos de planejamento da saúde.

Quadro 13 – Sistematização da Oficina 1.

OFICINA 1 INTRODUÇÃO AO FINANCIAMENTO E ORÇAMENTO PÚBLICO X INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO	
1º Momento (30min) – Acolher os participantes, rodada de apresentações (nome, cargo/função, quanto tempo atuando) e apresentar os objetivos da Oficina 1:	
2º Momento (30min) - Discussão com as equipes - questões norteadoras: <ul style="list-style-type: none"> • Por que cabe ao município a execução das políticas de saúde? • Como o município se organiza para o planejamento e execução destas políticas (quem faz, como acompanha)? • E sobre os instrumentos de gestão orçamentária, existe alguém da saúde que realiza e acompanha? 	
3º Momento (30min) - Vídeo Marta Arretche Questão norteadora pós vídeo: <ul style="list-style-type: none"> • Considerando o federalismo tripartite, qual o real papel dos municípios na área da saúde? 	
4º Momento (30min) – Leitura do Texto 1 : O ente municipal. Questão norteadora após a leitura do texto: <ul style="list-style-type: none"> • Como você entende o papel dos municípios como executor de políticas de saúde? 	
5º Momento (1h30min) – Aula expositiva dialogada (texto 2): Instrumento de Planejamento da Gestão Pública.	
6º Momento (1h30min) - Leitura Texto 3: Planejamento no SUS	

Colocamos em nosso PMS a construção de uma nova UBS daqui há 2 anos.

Em grupos (3 grupos) discuta as seguintes questões:

- Como se dá o planejamento desta construção? Projeto, licitação, disponibilidade orçamentária?
- E também teremos que mobiliar e equipar a nova UBS, como ocorre o planejamento de tais aquisições? Quem mapeia as necessidades? Quantitativos? Descritivos? Orçamentos? Processos licitatórios? Foi colocado no PCA?

7º Momento (15min) – Orientação da Atividade de dispersão

- Existe revisão do PMS anualmente?
- Após a finalização do RAG, faz-se uma análise dos gastos e comparando com o planejamento do próximo ano?
- Quais serviços estão gastando mais? Quais precisam de mais investimentos no próximo exercício?

8º Momento (30min) – Avaliação da Oficina

Fonte: Elaboração própria.

Esta oficina aconteceu em novembro de 2023 e contou com a participação de 10 pessoas. Primeiramente os participantes foram acolhidos com uma rodada de apresentações, em seguida explicado como ocorreria a pesquisa-ação, número e periodicidade dos encontros, além de leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2).

Logo após a explanação sobre a pesquisa ação, que se tratava de uma Programa de Qualificação Orçamentária da Saúde para Gestão Municipal, muitos comentários já vieram à tona, referentes a responsabilização dos gestores na execução dos recursos, sobre a insegurança em gastar errado e ser punido, sobre o cargo de gestor ser um cargo político e sobre as dificuldades enfrentadas com as equipes da administração. As falas de um secretário demonstram essas dificuldades:

[...] há uma fala de que dinheiro acumulado é má gestão e isso é triste, que a saúde está cheia de dinheiro (M3P5).

[...] secretário tem que ser tudo, advogado, médico, etc... (M3P5)

Em seguida foi realizado a leitura dos objetivos e das questões norteadoras. Por que é o município que faz a gestão da Atenção Primária em Saúde?

Uma secretária respondeu: *Porque descentralizou e os municípios assumiram todas as responsabilidades (M3P5).*

A primeira discussão que surgiu foi sobre o processo de descentralização aos municípios. Sob as responsabilidades assumidas pelo ente subnacional. Comentaram sobre o dever do município frente as demandas dos munícipes e a interferência política nesse processo. Os gestores demonstraram insatisfação frente as interferências e a velha prática do “assistencialismo” pelos prefeitos, como demonstrado na fala:

“Sim, fica difícil trabalhar, o político não cobra gestão ele cobra o assistencialismo e depois cobra porque você gastou tanto. Depois não tem jeito, se faz para um tem que fazer para todos” (M1P1).

A outra questão norteadora foi sobre orçamento: E sobre os instrumentos de gestão orçamentária, existe alguém da saúde que realiza e acompanha?

Uma secretária de saúde relatou a dificuldade em conseguir realizar a função de ordenadora de despesa, que lhe é conferida legalmente. Ela referiu que não assinava os empenhos, e esta atividade era realizada, desde que assumiu o cargo, pelo departamento de contabilidade, mas relatou que após muita insistência (quase os quatro de uma gestão) conseguiu mudar essa prática:

“[...] conseguir assinar um empenho demorava dois meses, agora eu consigo assinar, antes não conseguia, depois de muita briga consigo (M2P3)”.

Outro gestor, com mais anos de experiência já descreveu o contrário, que conseguia controlar todas as despesas que estavam sob sua gestão e que a equipe respeitava seu papel de ordenador das despesas, como apresentado na fala:

“Lá é tudo manual, eu olho um por um e assino, a hora que está errado eu falo, esse empenho está com a fonte errada (M1P1)”.

Na discussão, foi ressaltado ainda sobre a dificuldade em gerir o orçamento frente às demandas políticas, e sobre a interferência do executivo na gestão orçamentária da saúde. Relataram que o executivo ainda estava baseado na política assistencialista e não na gestão. Sentiam dificuldades em gerir os

recursos desta forma, pois a despesa, com a prática assistencialista exigida pelo executivo, mais tarde iria recair sob a responsabilidade deles.

“Entra político que tem que fazer o assistencialismo e a política (de saúde) tem que fazer gestão. Tem que mudar o “toma lá dá cá (M3P5)”.

Após este primeiro momento inicial de problematização junto às questões norteadoras, os participantes assistiram um vídeo de uma entrevista com a cientista política Marta Arretche em que é apresentado o movimento de municipalização na década de 80, fortemente marcado pela descentralização da gestão e das políticas públicas. A apresentação deste vídeo buscou provocar nos participantes a discussão sobre como ocorreu a descentralização da gestão aos municípios e seu real papel como implementadores das políticas públicas.

A discussão foi retomada entre os participantes após o término do vídeo provocada pela seguinte questão: “Considerando o federalismo tripartite, qual o real papel dos municípios na área da saúde?”

Os participantes responderam que mesmo os municípios tendo assumido muito a execução das políticas públicas, a gestão ainda permanecia fortemente centralizada na União. Citaram como exemplo o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) que, por mais que o Ministério da Saúde estivesse disponibilizando recursos aos municípios, quem definiria para qual objeto seria destinado cada recurso seria o próprio Governo Federal. E assim, não atendiam a necessidade do município.

O próximo momento da oficina foi realizado a leitura do Texto 1: **O ente municipal**, em que se descreveu o papel do município como ente da federação e o processo de descentralização e municipalização frente a constituição federal. A leitura deste texto teve a intenção de estimular a discussão sobre o federalismo como modelo de organização administrativo do país e a participação dos municípios como ente federado responsável pela implementação de importantes políticas públicas, como da saúde.

Após a leitura do texto, outra questão foi discutida entre os participantes: Como vocês entendem o papel dos municípios como executores de políticas de saúde? As respostas centraram-se na responsabilidade municipal

frente a execução das políticas de saúde e quanto isso tem custado caro aos municípios. Relataram que aplicavam mais que o dobro definido legalmente e que a população cobra do município a oferta de todos os serviços de saúde.

O problema fica com o município, você não pode deixar a população desassistida, assim de 15% já está em 30% (o percentual do orçamento municipal gasto em saúde). A gente tem que dar conta de tudo que a população precisa (M1P1).

O próximo momento da oficina contou com a apresentação de uma aula expositiva e dialogada com tema **“Instrumentos de Planejamento da Gestão Pública”**. Foi apresentado o conceito de planejamento, a responsabilidade de planejar como dever do Estado previsto na CF de 1988 e sua ligação íntima com o processo orçamentário.

Também foi apresentado os três principais instrumentos de planejamento orçamentário na gestão pública: PPA, a LDO e a LO.

A LRF também foi apresentada e bastante discutida desde a justificativa da sua criação e sua aplicação na atualidade junto aos órgãos de controle. Muitos dos participantes não conheciam todo o teor da lei.

Durante a discussão sobre os conteúdos apresentados, foi possível verificar diferentes níveis de conhecimento e participação na construção e/ou execução dos instrumentos de planejamento orçamentário. Enquanto um gestor dizia não entender como se constrói o PPA e como funciona sua execução nos quatro anos, outro participava ativamente da execução do orçamento, mas não da sua construção, fato que ficou evidenciado quando observou a ausência de previsão da receita de custeio referente a Atenção Básica pela fonte estadual.

O texto 2, intitulado: Instrumento de planejamento da Gestão Pública, presente no caderno da Oficina 1, não foi lido durante a oficina pois continha todo material teórico usado na aula expositiva descrita acima, e assim, foi disponibilizado para leitura complementar aos participantes.

No próximo momento da oficina, os participantes realizaram a leitura do Texto 3, intitulado: **“Planejamento no SUS”**. O texto trouxe conteúdos específicos sobre atos normativos referentes a organização e planejamento no

SUS. Também discorreu sobre os instrumentos de planejamento do SUS: o PMS, a PAS, RAG e os RDQA.

Por último, foi discutido sobre o sistema de informação Digisus, principalmente sobre o preenchimento da parte orçamentária. Foi acessado a página do sistema no momento da oficina e demonstrado, passo a passo, como deve ser feito o seu preenchimento.

Durante a discussão, a maioria das equipes gestoras informaram que elaboravam os instrumentos de gestão nos seus municípios nos prazos legais e alimentavam o Digisus. Sempre que havia mudança de indicadores, realizavam alteração e aprovavam a mudança no Conselho Municipal de Saúde (CMS). Um exemplo bastante discutido foi sobre os indicadores do Previner Brasil, a dificuldade de alcançar determinados indicadores e na transmissão dos dados.

Após a leitura do texto 3 uma atividade foi proposta: De que simulassem como planejar a construção de uma nova UBS, daqui há dois anos. Como colocar nos PMS a construção da UBS, como deveria se dar o planejamento desta construção, projeto, licitação, mobiliário, disponibilidade orçamentária? As respostas referentes ao projeto e dotação orçamentária em sua maioria ficaram a cargo de outras secretarias ou departamentos, como de obras, planejamento e contabilidade. Dois municípios se queixaram de não terem equipe de planejamento na secretaria de saúde, relataram ser somente o secretário e mais um servidor para definirem licitações, provimento de pessoal, compras e demais atividades administrativas.

O momento seguinte da oficina foi apresentado sobre a atividade de dispersão, em que os participantes precisariam identificar em seus municípios se existe revisão anual do PMS, se após a finalização do RAG, fazem uma análise dos gastos, quais serviços gastam mais, se precisam de mais recursos para o próximo ano. Essas informações seriam verificadas nos municípios e discutidas na próxima oficina.

Em seguida foi realizada a avaliação da oficina por meio de um instrumento de avaliação (Apêndice 6) e pactuado a data da próxima oficina.

A primeira oficina demonstrou inseguranças e fragilidades das equipes junto a execução do orçamento e interferências que tornam a função gestora resiliente frente às demandas políticas. Entendem o papel municipal como executor das políticas públicas de saúde e que os municípios têm aplicado muito acima do limite mínimo constitucional em saúde para dar conta das demandas da população. No entanto, por outro lado, referem ainda o papel fortemente centralizador do governo federal frente aos municípios. Com relação aos instrumentos de planejamento orçamentário, muitos conhecem, mas não participam ativamente da sua construção, alguns atuam ativamente na execução. Quanto aos instrumentos de gestão da saúde, todos conhecem e realizam, mas não monitoram periodicamente, como ferramenta de planejamento e tomada de decisão.

5.2.1.2 Oficina 2

A Oficina 2 teve como tema: Financiamento da saúde e orçamento público. Os objetivos foram: revisar a legislação sobre o financiamento da saúde; identificar quais as fontes de financiamento municipal; conhecer e acessar sistemas de informações sobre financiamento (FNS); discutir regras gerais de aplicação dos recursos em saúde; entender a participação das emendas no financiamento da saúde.

Quadro 14 – Sistematização da Oficina 2:

OFICINA 2 FINANCIAMENTO DA SAÚDE E ORÇAMENTO PÚBLICO	
1º Momento (30min) – Retomar a atividade de dispersão.	
2º Momento (30min) - Discussão com as equipes - questões norteadoras: <ul style="list-style-type: none"> • Como são providos os recursos da Saúde (financiamento)? • Qual o principal objetivo de se entender o financiamento da saúde? • Quanto o município recebe de recursos vinculados? E quanto em média tem aplicado em saúde? 	

<p>3º Momento (30min) – Leitura Texto 1: Histórico do Financiamento.</p> <p>Questão norteadora após a leitura do texto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • As mudanças ocorridas para o financiamento da saúde pelos diferentes entes propiciou avanços para o SUS?
<p>4º Momento (30min) – Leitura e discussão Texto 2 : Financiamento Municipal da Saúde.</p> <p>Questão norteadora após a leitura do texto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Como acontece o acompanhamento das receitas da saúde?
<p>5º Momento (60min) – Texto 3: Aula expositiva dialogada – Regras gerais das transferências</p> <ul style="list-style-type: none"> • Discussão guiada pelo assessor técnico do Cosems João Felipe Marques
<p>6º Momento (30min) – Texto 4: Acessar o site do FNS (momento prático)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entrar no site do FNS e buscar pelo seu município os repasses consolidados por bloco; • Acessar demais ferramentas do FNS
<p>7º Momento (1h30min) – Emendas parlamentares: Aula expositiva dialogada</p> <ul style="list-style-type: none"> • Discussão guiada Diretora de Planejamento em Saúde de Rolândia.
<p>8º Momento (15min) – Atividade de dispersão e Avaliação da Oficina</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifique em seu município as receitas mensais de recursos vinculados de 2023 e quantifique o total anual. Se possível também avalie se esses recursos estão sendo executados.

A **Oficina 2** aconteceu em dezembro de 2023 e no início foi retomada a atividade de dispersão proposta na oficina anterior. Todos relataram que não realizaram atividade, a pesquisadora afirmou que seria importante que ainda a fizessem, para que quando ocorresse a visita ao município a atividade pudesse ser retomada.

Ainda que os participantes não tivessem realizado a atividade de dispersão, a pesquisadora retomou o assunto pela seguinte questão: Vocês fazem alguma análise orçamentária pelos instrumentos de gestão? Responderam de forma unânime que focam somente nas metas e que a análise orçamentária não fazem:

[...] não faz análise orçamentária (M3P5)

[...] fica muito focado em atingir metas e não orçamentária (M4P7)

[...] fica mais focado em atingir metas e análise orçamentária não faz (M1P1)

[...] isso acontece porque o gestor não participa tanto do planejamento, mas a equipe de enfermagem, o secretário tem outros afazeres, não tinha noção que tinha que fazer essa análise orçamentária (M3P5).

Após a leitura dos objetivos, outra questão foi apresentada aos participantes: Quais as principais despesas vocês têm na saúde?

As respostas na grande maioria estavam relacionadas aos serviços de média complexidade, que não possuem financiamento de forma regular aos municípios pelo governo federal, ou quando o tem, é insuficiente. Os municípios acabam aplicando altos volumes de recursos próprios para prover esses serviços. As falas confirmam a afirmação:

[...] a média complexidade fica toda para o município (M1P1).

[...] tem um grande volume de folha de pagamento e do hospital quem tem que pagar quase tudo é a prefeitura (M4P7).

[...] agora tem um dinheiro para exames, mas exames é um saco sem fundo, mesmo que a gente fale com os médicos, tenha protocolos, não tem jeito (M4P7).

Outra questão que foi apresentada aos participantes, era relativa ao objetivo de se entender o orçamento. Os participantes têm clareza da importância de se conhecer o orçamento e do planejamento do mesmo, para que sua aplicação aconteça de forma adequada e para que também não haja dúvidas sobre a finalidade de cada recurso. Existiam ainda muitas dúvidas quanto a aplicabilidade dos recursos de transferências regulares.

[...] às vezes estamos gastando em um lugar e depois vemos que não pode (M4P8).

[...] tem muito dinheiro que não vem identificado qual a finalidade do seu gasto (M4P9).

[...] a gente compra, mas tem medo se está gastando direito o dinheiro (M1P2).

As equipes gestoras tinham dificuldade em executar os recursos pela insegurança sobre a finalidade de cada recurso. São muitos atos normativos publicados frequentemente, que não expressavam com clareza como se devia aplicar os recursos. Essa falta de clareza, trazia muita preocupação ao gestor em ser penalizado, caso executasse o recurso de forma diversa à sua destinação. Essa situação era a principal responsável pelo alto volume de saldos em conta.

Também foi discutido na oficina a publicação da Portaria GM/MS nº 885 de 4 de maio de 2021 que regulamenta os procedimentos de cobrança administrativa e de instauração de tomada de contas especial em casos de desvio de objeto, desvio de finalidade, dano ou prejuízo ao erário referente a recursos de transferências fundo a fundo, no âmbito do Ministério da Saúde. Desta forma, pelo receio de gastar o recurso de forma incorreta e ser punido, muitos acabavam não executando os recursos federais, aumentando assim os saldos nas contas destes recursos. Em consequência, executavam mais recursos municipais, pela facilidade em aplicar, visto que os mesmos não possuem vinculação alguma, o que aumenta a participação legal do município que de 15% passa muitas vezes a dobrar esse percentual.

Uma secretária verbalizou que somente agora, com a participação nas oficinas, tem conseguido entender como ocorre a distribuição dos recursos, para executá-los adequadamente.

Se não souber as fontes [orçamento], como vai colocar no plano municipal as subfunções [ações], como vai distribuir o dinheiro, esse ano que estou conseguindo fazer isso com vocês, não adianta só os técnicos entenderem (M3P5).

O terceiro momento da oficina se deu por meio da leitura do texto 1: **Histórico do financiamento da saúde**. O texto tratava dos marcos legais sobre as regras do financiamento do SUS, desde o que está garantido pela CF de 1988 até os dias atuais. A intenção de adotar este tema no texto 1, foi de que os participantes entendessem como iniciou o financiamento do SUS e como se dá a participação tripartite para que pudessem refletir sobre aplicação de cada ente na saúde.

A discussão centrou-se sobre a participação de cada ente no financiamento do SUS. Uma gestora manifestou desconhecer que a união deve aplicar 15% de sua receita corrente líquida em saúde. Outra enfatizou que os municípios ficam sobrecarregados, pois estados e a União não cumprem com sua aplicação mínima e legal, a fala a seguir demonstra sua insatisfação:

O estado e a União não cumprem com seu percentual, o que sobrecarrega os municípios (M5P10).

No momento 4 da oficina foi realizado a leitura do Texto 2 intitulado: **Financiamento Municipal da Saúde**. Este texto abordou sobre como os fundos de saúde foram implantados, seu conceito e sua finalidade. Também abordou a origem da formação da receita dos estados e municípios.

Terminado a leitura do texto, muito se discutiu sobre as receitas dos recursos de transferências da União e do estado. Sobre a preocupação em segregar estes recursos, principalmente aqueles de parcela única, que possuem muitas vezes regras e prestação de contas específicas, diferentes dos recursos fundo a fundo de repasse regulares. A maioria dos municípios faz esse controle manual por meio de planilhas de *Excel*® e ainda assim se queixaram sobre dúvidas na aplicação do recurso.

O quinto momento da oficina foi marcado por uma aula expositiva dialogada, realizada por *expert* convidado com tema: Regras gerais das transferências. Foi abordado sobre a mudança nos blocos de financiamento fundo a fundo, de cinco para apenas dois grandes blocos: custeio e investimento mediante a Portaria GM/MS nº3992 de 27 de dezembro de 2017. Posteriormente, houve nova alteração, para bloco de manutenção e investimento, pela Portaria GM/MS nº 828 de 17 de abril de 2020. Também foi apresentado sobre a Portaria GM/MS nº 1063 de oito de agosto de 2023 que trata do financiamento e transferências dos recursos federais destinados a despesas com ações e serviços públicos de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Engloba também vedações e regras sobre rendimentos financeiros e movimentações das contas correntes.

A discussão após a apresentação centrou-se na possibilidade de aplicar recurso da conta de manutenção em substituição de equipamentos. Os participantes entendiam que a conta de manutenção seguia as mesmas regras das despesas de custeio. Durante a discussão foi esclarecido que não, que há momentos em que este recurso pode ser aplicado para compra de equipamentos, por exemplo, uma vez que estejam substituindo outro que era usado para a manutenção de serviços. Ou seja, é importante justificar que estes equipamentos são necessários para a manutenção do funcionamento do serviço.

[...] se eu precisar fazer uma substituição posso usar aquele elemento de despesa? (M1P1)

No sexto momento da oficina, os participantes realizaram a leitura do Texto 3: **Os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS)** e também a pesquisadora acessou o site do FNS e apresentou as diversas opções de identificação dos repasses de recursos por município. Logo após a apresentação, a pesquisadora questionou se os participantes acessavam o site frequentemente e as respostas foram diversificadas. Alguns acessavam muito esporadicamente, enquanto outros acessavam com frequência. A intencionalidade desta temática foi para que os participantes conhecessem as receitas fundo a fundo da união para seus municípios e pudessem planejar futuramente sua execução no orçamento.

De vez em quando (M1P2).

A cada dois meses (M1P1).

Acessamos frequentemente (M4P7).

A discussão também avançou sobre a necessidade de os participantes conhecerem qual a receita anual dos recursos federais para planejarem sua execução. Foi discutido que a equipe da saúde precisa ter este entendimento para então levar para o contador os valores e o planejamento para a LOA.

O sétimo momento da oficina foi uma aula expositiva dialogada ministrada por *expert* sob o tema: Emendas Parlamentares. Este tema foi proposto devido ao aumento expressivo que as emendas parlamentares têm

representado no financiamento da saúde e para que os participantes tenham conhecimento do panorama nacional.

A apresentação trouxe o conceito das emendas parlamentares, seus tipos, as alterações na CF 1988 com a EC 86, sobre a impositividade das emendas, as emendas de incremento e também discorreu sobre resultados de um estudo sobre a aplicação dos recursos de emendas parlamentares na atenção primária em municípios e seus desdobramentos. Também apresentou a cartilha de emendas parlamentares e objetos financiáveis. Demonstrou no site do fundo como se cadastra as emendas parlamentares e onde encontrar mais informações sobre a temática.

Logo após a apresentação, uma secretária salientou que mesmo com os grandes repasses realizados aos municípios, como demonstrados no resultado da pesquisa, concluiu que [...] *mesmo assim os municípios não conseguiram diminuir os gastos com saúde (M3P5)*.

Outro secretário chamou a atenção sobre o baixo repasse em emendas parlamentares de incremento de média e alta complexidade e os altos valores investidos pelos municípios.

A maioria dos municípios da região são pequenos e não possuem a gestão do teto de Média e Alta Complexidade (MAC), não possuem série histórica de produção e tão pouco recebimento regular de recursos fundo a fundo, deste grupo. Como o repasse financeiro por meio das emendas parlamentares de incremento usam como critério o teto financeiro municipal dos recursos, ou seja, o valor limite a ser repassado pelos parlamentares em emendas de incremento não pode ser superior ao recebimento de recursos federais fundo a fundo anual aos municípios. Porém em 2024 houve um acréscimo de até 30% no teto para municípios considerados vulneráveis. Desta forma, como os municípios recebem muito pouco repasses de recursos regulares de MAC, seu teto financeiro de MAC é muito baixo, impossibilitando o repasse de emendas de incremento para este grupo de serviços.

Outra participante relatou que o repasse de recursos por meio de emendas parlamentares não respeita os princípios do SUS, o que prejudica os municípios.

O momento oito da oficina foi realizado a leitura da atividade de dispersão, em que os participantes precisariam levantar os valores anuais de recebimentos de recursos federais e estaduais e se os mesmos estavam sendo executados. Deveriam trazer esta informação para o próximo encontro.

Em seguida foi realizada a avaliação da oficina por meio de um instrumento de avaliação (Apêndice 6) e pactuado a data da próxima oficina.

A oficina 2 foi marcada por muitas dúvidas referentes as regras de aplicações dos recursos transferidos pelo governo federal. Reconheceram que ainda possuem fragilidades no que tange o conhecimento sobre o orçamento, mas entendem com clareza que o município tem aplicado mais que estabelecido legalmente e que uma das consequências dessa alta aplicação está na insegurança em aplicar os recursos federais de forma inadequada e serem punidos. Quando discutido sobre o FNS, todos conheciam, mas nem todos acessavam regularmente o site e muitos não tinham clareza da regularidade quantidade dos repasses.

Outro tema bastante discutido foi sobre a aplicação dos recursos do bloco de manutenção. Os gestores apresentaram muitas dúvidas sobre esse bloco, que foram sanadas junto ao expert presente na oficina.

Sobre o tema das emendas parlamentares, os gestores se queixaram muito sobre não possuírem teto para recebimento de emendas de custeio de MAC, uma vez que não são gestores desses recursos e ainda possuem despesas muito altas referentes a procedimentos de MAC.

5.2.1.3 Oficina 3

A **Oficina 3**, Contratos, Licitações e Orçamento Público, teve como objetivo geral: compreender a importância de planejar as contratações juntamente com orçamento. Nesta oficina discutiu-se sobre a nova lei de licitações n.14.133/2021 e teve como objetivos específicos: discutir como as contratações públicas acontecem nos municípios e a participação dos técnicos da saúde nesse processo; entender a importância do planejamento das

contratações públicas; entender como ocorre a definição do orçamento para as contratações; compreender a nova lei de licitações n.14.133/2021.

O tema desta oficina foi proposto pois mesmo sendo uma lei publicada em 2021, com a publicação da LC nº198/2023, ficou terminantemente proibido a utilização de legislações anteriores após 30/12/2023. Ou seja, a Lei nº14.133/2021 passou a ser obrigatória aos órgãos públicos a partir de janeiro de 2024.

Quadro 15 – Sistematização da Oficina 3:

OFICINA 3 CONTRATOS, LICITAÇÕES E ORÇAMENTO PÚBLICO	
1º Momento (30min) – Retomar a atividade de dispersão.	
2º Momento (30min) - Discussão com as equipes - questões norteadoras: <ul style="list-style-type: none"> • Como estão organizados os processos licitatórios em sua secretaria/autarquia? • Como são definidas as contratações públicas? Existe algum planejamento anual e como ocorre? • Como é definido o orçamento para abertura das licitações? Há um planejamento prévio das contratações X orçamento? 	
3º Momento (30min) – De que contrato estamos falando? Qual sua relação com a legislação do SUS? <ul style="list-style-type: none"> • Discussão dialogada e expositiva quanto à diferença entre contrato e contratualização no SUS. 	
4º Momento (2h) – Aula expositiva dialogada: Nova Lei de Licitações n.14.133/2021 <ul style="list-style-type: none"> • Discussão dialogada e expositiva com servidora pública da Secretaria Municipal de Saúde Cambé. 	
5º Momento (60min) – Leitura Texto 1: Planejamento das Contratações. Questão norteadora após a leitura do texto: <ul style="list-style-type: none"> • As mudanças ocorridas pela nova Lei de Licitações impactaram de alguma forma o processo de trabalho da equipe gestora da secretaria de saúde? • Como está acontecendo a construção e execução do PCA? 	
6º Momento (60min) – Roda de conversa sobre desafios nas contratações públicas <ul style="list-style-type: none"> • Discussão guiada: o caso da APAC da licitação de insumos médico hospitalares de Cambé 2023; • Definição de orçamento para as contratações; • O papel do fiscal de contrato; 	

<ul style="list-style-type: none"> • Riscos para o gestor nas contratações públicas.
7º Momento (15min) – Atividade de dispersão e Avaliação da Oficina <ul style="list-style-type: none"> • Identifique em seu município o PCA e avalie como está ocorrendo sua execução. Se não tiver PCA, identifique no orçamento como estão previstas as compras. • Traga a cópia atualizada do Orçamento 2024 de sua secretaria

Fonte: Elaboração própria.

A Oficina 3 aconteceu em março de 2024. Ao serem questionados sobre a tarefa de dispersão, a maioria dos participantes demonstrou conhecimento sobre e apresentou os valores recebidos anualmente. Chamou a atenção o valor de saldo em conta, apresentado por um município. A gestora deste município justificou que possui dificuldades na relação com o contador, mas que atualmente essa relação tem melhorado, após a participação nas oficinas e tem conseguido indicar a fonte para execução dos recursos federais. Disse ainda que já está planejando como se dará o uso desse recurso.

O saldo está parado e não gasta nada, o contador não lança o saldo no orçamento e agora vai pagar folha. O total de R\$3.508.000,00 (três milhões e quinhentos reais) está misturado com emenda. Esse é tudo custeio e tem pouco de capital, o dinheiro da enfermagem (transferência federal para o pagamento do piso) está parado também (M3P5).

Em seguida foi realizada a leitura dos objetivos pela pesquisadora e foi dado início ao segundo momento da oficina, com as questões norteadoras: Como estão organizados os processos licitatórios em sua secretaria? Como estão definidas as contratações públicas? Existe algum planejamento anual, como ocorre? Como é definido o orçamento para abertura das licitações? Há um planejamento prévio das contratações e orçamento?

De modo geral, a resposta foi que a secretaria monta o processo licitatório, justificativa, estudo técnico preliminar, até cotação de preços fazem, depois encaminham para administração dar andamento ao processo.

Relataram dificuldades em planejar as contratações e quantidades, frente ao aumento dos preços e consumo. Quando questionado sobre se estão trabalhando com Plano de Contratações Anual (PCA), ainda não realizam, alguns até desconhecem, como apresentado nas falas:

[...] em processo (M1P1).

[...] ainda não (M4P7).

[...] como faz esse PCA? (M3P5)

No terceiro momento da oficina, um dos convidados fez uma apresentação sobre: Contrato e contratualização. Discorreu sobre o conceito e a diferença entre contrato e contratualização. Em que contrato é um instrumento jurídico e contratualização um modelo de acordo entre as partes, mediante contrato e metas pactuadas, muito utilizado entre gestores municipal/estadual do SUS e prestadores de serviços, e que se faz necessário respeitar a legislação do SUS.

A discussão avançou sobre a interferência política em atender todas as demandas da população independente do valor e do modo de contratação. E que esta prática, em que não se há critérios para o atendimento das demandas, impossibilita o provisionamento e controle dos gastos. O convidado ressaltou que o município está estrangulado com tantas demandas para se atender, mas que as contas bancárias de recursos federais possuem altos saldos. Uma secretária justificou sobre os altos valores em conta, pela falta de conhecimento sobre a lei orçamentária, mas relata que o curso a tem ajudado muito neste entendimento, pois tem conseguido discutir melhor o orçamento com o contador.

É ingerência (do gestor), mas o problema é que a gente não sabe a lei orçamentária, o curso está ajudando muito, o próprio contador está vendo isso quando falo com ele (M3P5).

Em seguida, deu-se início ao quarto momento da oficina, em que outra convidada, expert no tema de licitações iniciou sua aula expositiva dialogada intitulada: Licitação e Contratos Administrativos. A apresentação focou nas novas regras da Nova Lei de licitações e Contratos, Lei nº 14.133 de 1 de abril de 2021. Destacou as principais mudanças, comparado à Lei nº 8.666 de 21 de junho de 1993, e detalhou os principais documentos exigidos na nova lei.

Ao adentrar o tema da nova lei de licitações, a maioria dos participantes relatou que os municípios ainda estão em processo de transição

para nova lei, mas já reconhecem que as exigências da nova lei têm gerado economia, principalmente no consumo de material.

[...] fizemos um estudo da lavanderia, terceirizou. Os enxovais vêm tudo embaladinho (M4P7).

O consumo de material diminui muito (M1P2).

A discussão continuou e outro gestor relatou sobre a preocupação em ter que atender às necessidades do momento para manter o atendimento à população e nem sempre conseguirem que os órgãos de controle, tanto internos quanto externos, entendam a real necessidade daquela aquisição. Sua fala demonstra essa fragilidade nos processos de compras:

Fomos notificados pelo Tribunal de Contas porque compramos caro os termômetros na época da pandemia do Covid-19. Tivemos que explicar. Temos um jurídico da prefeitura e uma assessoria jurídica e, às vezes, falam coisas diferentes (M1P1).

No quinto momento da oficina, aconteceu a leitura do texto 1: Planejamento das Contratações. O texto abordou basicamente sobre o PCA, que é um instrumento de planejamento para todas as contratações da administração pública do próximo exercício. Também descreveu os objetivos da realização do PCA, suas etapas e também descreve sobre o documento de formalização de demanda.

Os participantes tinham dúvidas quanto ao preenchimento do PCA, se era necessário colocar a justificativa da contratação para cada licitação informada no PCA e sobre a necessidade de conter vinculação orçamentária.

O sexto momento da oficina seria uma roda de conversa sobre desafios nas contratações públicas, mas devido ao avançar do horário esta etapa não foi realizada, no entanto diversas conversas durante a oficina abordaram os desafios.

O sétimo momento foi solicitado que os participantes preenchessem a ficha de avaliação e também foi orientado sobre a atividade de dispersão em que os participantes deveriam identificar em seus municípios se havia PCA, caso não, que identificassem no orçamento como as compras estavam previstas.

Também foi solicitado que trouxessem para a próxima oficina uma cópia do orçamento da saúde do ano de 2024.

A oficina 3 demonstrou que a maioria dos gestores ainda não aplica todas as regras da nova lei de licitações. Mas relataram que com as novas regras, pode se haver economia. Discutiram sobre a dificuldade de provisionar quantidades e valores frente à alta dos preços que vêm ocorrendo. Outra queixa, foi relacionada a demandas do executivo, que muitas vezes não seguem critérios e nem protocolos, o que onera as despesas e o planejamento de comparas da secretaria. Também demonstraram muitas dúvidas quanto a construção do PCA e que nenhum dos municípios ainda realizava.

5.2.1.4 Oficina 4

A Oficina 4, teve como objetivos: rever legislação referente ao orçamento público; conhecer termos técnicos do orçamento; entender a execução orçamentária; apresentar proposta de como construir orçamento aplicável no município. Foi discutido toda legislação e conceitos a respeito do orçamento público.

Quadro 16 – Sistematização da Oficina 4:

OFICINA 4 CONSTRUINDO ORÇAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE	
1º Momento (30min) – Retomar a atividade de dispersão.	
2º Momento (30min) - Discussão com as equipes - questões norteadoras: <ul style="list-style-type: none"> • Como é construído o orçamento da saúde? Como é a participação da equipe de saúde neste processo? • Como são definidas as contratações públicas? Existe algum planejamento anual e como ocorre? • Como é definido o orçamento para abertura das licitações? Há um planejamento prévio das contratações X orçamento? 	
3º Momento (30min) – Leitura do Texto 1 : Orçamento Público. <ul style="list-style-type: none"> • Leitura dialogada, responder as questões: 	

<ul style="list-style-type: none"> • Qual conceito de orçamento público? • Qual é a relação entre as categorias de despesa – custeio e capital, a categorização dada pela Portaria 448/12 entre material de custeio e material permanente e, os blocos de financiamento da saúde – manutenção e estruturação?
4º Momento (2h) – Aula expositiva dialogada: Construindo Orçamento Municipal de Saúde <ul style="list-style-type: none"> • Discussão dialogada e expositiva com a técnico municipal servidor público SMS Cambé.
5º Momento (60min) – Roda de conversa sobre desafios para construção do orçamento da saúde <ul style="list-style-type: none"> • Discutir em grupo (por município) quais maiores fragilidades identificadas no seu orçamento; • Quais mudanças o grupo propõe para o orçamento ser melhor executado; • Cada grupo, por município, apresentará quais propostas tentará levar ao seu município para melhorar a execução orçamentária atual, frente ao discutido nesta oficina.
7º Momento (15min) – Avaliação da Oficina e Visita aos Municípios <ul style="list-style-type: none"> • Propor agenda de visita aos municípios.

Fonte: Elaboração própria.

A Oficina 4 aconteceu em abril de 2024 e contou com a participação de um convidado expert em orçamento municipal, atuante em um dos municípios da região. A oficina teve início com a retomada da atividade de dispersão, em que os participantes deveriam trazer para o encontro cópia do orçamento de 2024 e identificar em seus municípios se o PCA havia sido implantado.

A maioria dos municípios relatou que ainda não possuíam PCA, apenas dois municípios estão com esse processo em fase de implantação.

Em seguida, foi dado início ao segundo momento da oficina, por meio da leitura das questões norteadoras pela pesquisadora: Como é construído o orçamento da saúde? Como é a participação da equipe da saúde neste processo?

A maioria dos participantes respondeu que existe participação da secretaria e que a cada ano participam mais do processo.

Neste ano, estão chamando os responsáveis de cada setor para que eles informem a previsão de cada serviço sobre os materiais necessários (odontologia, materiais e medicamentos) (M4P7).

Quando estão elaborando o PPA, o município solicita para secretaria de saúde o que será programado para cada secretaria, a curto, médio e longo prazo. Daí, anualmente fazem ajustes (M1P1).

A prefeitura, há dois anos vem solicitando o que está programado para o próximo ano, daí tem conseguido realizar o que tem programado, por exemplo: Pró Vigia (M2P3).

O terceiro momento da oficina começou pela leitura do Texto 1: **Orçamento Público**. O texto abordou o conceito de orçamento público. O ciclo do planejamento orçamentário que contempla PPA, LDO, LOA e a Lei nº 101 de 4 de maio de 2000, também chamada de LRF. Ainda tratou de diversas terminologias e conceitos referentes ao orçamento, presentes na Lei nº 4.320 de 17 de maio de 1964, a lei geral do orçamento público. E por último abordou o conceito de receita e despesa municipal, conceito de material de consumo e permanente, segundo a Portaria nº 448 de 13 de setembro de 2012, as subfunções mais utilizadas na saúde e classificação orçamentária.

O conteúdo proposto no texto 1 teve a intenção de demonstrar aos participantes o respaldo legal dos instrumentos de planejamento da administração pública. Pois tanto a LRF quanto o orçamento fazem parte da rotina da gestão pública, no entanto, nem sempre os gestores estão apropriados do conteúdo legal de ambos.

Os participantes discutiram muito sobre o conceito de superávit e como poderia ser utilizado. Também voltaram a discutir sobre o conceito de material de consumo e material permanente, segundo a Portaria nº 448 de 13 de setembro de 2012, e não ser confundido com a Portaria GM/MS nº 828 de 17 de abril de 2020, que trata dos grupos de identificação de transferências federais do SUS, o grupo de manutenção e estruturação. Foi frisado que quando usado recurso do grupo de manutenção para substituir algum equipamento que seja estritamente necessário para a manutenção e continuidade de algum, que fique

bem justificado no texto do empenho que se trata de “substituição” do equipamento anterior danificado.

O quarto momento da oficina foi marcado por uma apresentação dialogada pelo técnico *expert* em orçamento público intitulada: **Construindo Orçamento Municipal de Saúde**. Este convidado iniciou a apresentação ressaltando a importância da construção do orçamento em conjunto com os demais órgãos da prefeitura. Referiu que o primeiro passo é analisar como estão distribuídas as despesas na LOA, quais e quantos projetos atividades são contemplados. Salientou que quanto menos projeto atividade estiver contido na LOA, maior flexibilidade os técnicos terão para trabalhar com orçamento e maior agilidade na execução dos recursos. Também destacou a necessidade de acompanhar todas as receitas, identificar principalmente as receitas dos recursos federais e executá-los primeiramente, para que se execute menos os recursos próprios do município.

Destacou ainda, quanto a necessidade de analisar frequentemente se o que está sendo arrecadado condiz com a despesa planejada, caso haja sobra de recursos, já solicitar abertura da receita no orçamento por excesso de arrecadação e executá-lo. Assim, os saldos não “ficarão parados em conta”, como frequentemente os gestores são alertados pelas equipes do Ministério da Saúde, Cosems e Secretaria de Estado da Saúde.

A apresentação teve a intenção de demonstrar aos participantes os elementos básicos para se operacionalizar o orçamento municipal, com controle das receitas e eficiência na execução das despesas. Foi apresentado também ações práticas de alterações no orçamento, como suplementação e abertura de excesso de arrecadação, dentre outras possibilidades.

Os municípios tinham como tarefa trazer seu orçamento para realizarem a comparação e identificarem possíveis “falhas”. Algumas falhas identificadas estavam relacionadas a subfunções não contempladas no orçamento, como por exemplo subfunção 303 Suporte Profilático e Terapêutico, que acabavam por colocar toda despesa relacionada a esta subfunção na Atenção Primária. Outra situação identificada foram as despesas de alguns programas que estavam vinculados a subfunções erradas, como por exemplo

despesas do SAMU vinculadas à Atenção Básica. Também foi identificado a não abertura da fonte de manutenção do recurso estadual no orçamento.

Os participantes demonstraram muito interesse quando discutido como usar recursos de superávit e que precisam se apropriar das regras de como executar este recurso. Um dos questionamentos de um gestor sobre execução de superávit foi:

[...] sobre superávit, existe um tempo previsto para que esse recurso que sobrou do ano anterior possa ser executado (M1P1)?

Outra demanda bastante discutida foi a dificuldade muitas vezes de reconhecer a origem dos recursos e as regras de como gastar. As planilhas apresentadas pelo convidado geraram muito interesse dos participantes e foram disponibilizadas como modelo, para que os participantes conseguissem construir esses controles em seus municípios. Outro assunto muito discutido foi a dificuldade dos gestores na relação com os contadores das prefeituras, questão que já tinha sido destacada na primeira oficina. A grande queixa junto aos contadores foi sobre não ouvirem as demandas do gestor e acabarem por executar o orçamento como sempre o fazem.

Nossa relação com contador da prefeitura é bem difícil [...] (M3P5)

Apesar das dificuldades citadas, os participantes reconheceram que a oficina trouxe subsídios para conseguirem ter mais autonomia para questionar e participar da execução orçamentária, que muitas vezes tem ficado nas mãos dos contadores.

[...] mas agora o contador está “aceitando” eu dizer a fonte e o código reduzido (M3P5).

Alguns estudos de caso foram apresentados (Apêndice 5) e ficou nítido o interesse das equipes em aplicar situações ali apresentadas na prática diária dos municípios, demonstrando que os casos tinham relação com a realidade dos participantes, o que era esperado nesta fase de ação.

Foram cinco estudos de caso (Apêndice 5), o primeiro tratava de recursos de superávit, discutido como utilizar. O segundo, dizia respeito a receita extraordinária na fonte de recursos federais, que seria necessário cadastrar a receita por excesso de arrecadação. O terceiro estudo de caso tratou de

cancelamento e suplementação orçamentária. O quarto caso apresentado se tratava de saldo na conta de manutenção federal, sem cadastro da receita, discutido como identificar sua origem. O quinto caso apresentava uma situação referente a substituir a fonte de recurso em empenho de equipamento. Utilizar fonte de emenda para empenhar despesas correntes que seriam executadas com fonte própria municipal e liberar a fonte municipal para empenhar o equipamento, uma vez que a fonte de recurso municipal não tem regra específica para sua aplicação. O sexto e último caso foi relativo a um empenho estimativo em que se considerou uma receita de recurso federal que teve seu repasse suspenso, discutido com os participantes que o adequado seria solicitar o estorno do empenho e empenhá-lo novamente em outra fonte de recurso.

No sexto caso os participantes discutiram a importância da equipe técnica ter conhecimento e domínio do recebimento das receitas, pois, no caso em que, por qualquer motivo, o município deixe de receber uma receita, e assim, deixe de arrecadar determinado valor naquela fonte, faz-se necessário que se comunique o contador ou tesouraria para que não se empenhe mais despesas nesta fonte. E esta informação deve partir da equipe da saúde, que conhece os programas em que foram aderidos e em quando há vinculação de repasse de recursos.

A oficina 4 trouxe elementos práticos sobre a operacionalização e construção do orçamento municipal que chamou muito a atenção dos participantes. Demonstraram muito interesse sobre a execução de recursos de superávit e na identificação de recursos federais e na sua execução. Ainda demonstraram muitas dúvidas nas regras de aplicação dos recursos federais e na diferenciação de recursos de manutenção e estruturação em comparação aos recursos de custeio e capital. Relataram também dificuldades na operacionalização do orçamento devido à relação conflituosa com os departamentos financeiros das prefeituras, principalmente com os contadores.

Essa parte dos resultados, percebo que você ainda opta por fazer uma apresentação no formato de descrever o que foi ocorrendo da medida em que as oficinas eram operacionalizadas, permeadas pelas falas dos participantes.

Creio que na tese esse formato pode até ser mantido. Porém no artigo, creio que seja mais estratégico apresentar as oficinas, do ponto de vista que como foram pensadas, porque tais temas, pq esse método, como os textos foram produzidos? Quais os conteúdos dos textos?

5.2.2 Fase de avaliação

Fase de observação e redirecionamentos. Esta fase aconteceu em de três formas:

A primeira, aconteceu ao final de cada oficina, em que os participantes preencheram uma ficha de avaliação, com enfoque nos objetivos da oficina e se os mesmos teriam sido alcançados (Apêndice 6).

A ficha de avaliação era composta por uma parte objetiva relacionada aos conhecimentos anteriores a oficina e quanto ao objetivo pessoal de participante. Outra parte da avaliação era de preenchimento por escore, com questões relacionados aos objetivos de cada oficina, em que o participante poderia assinalar entre: Fraco ou 1, Regular ou 2, Bom ou 3 e até o máximo de Muito Bom ou 4. E por último havia um campo em branco para descrição de comentários, caso fosse de interesse do participante.

A Oficina 2 foi a que obteve melhor avaliação. Alguns relatos anônimos dos participantes demonstraram satisfação e alcance do objetivo principal da pesquisa ação:

Muitas ideias para planejamento e execução orçamentária.

A participação nos encontros está sendo ótimo para meu aprendizado na gestão.

A segunda ocorreu por meio da participação nas atividades de dispersão. Uma tarefa era encomendada ao final de cada encontro e os participantes traziam para o próximo encontro a atividade observada ou aplicada em seu município. Apresentava e discutia-se com o grupo a experiência.

Quadro 17 – Sistematização das atividades de dispersão solicitadas ao final de cada oficina:

OFICINA	ATIVIDADE DE DISPERSÃO
Oficina 1 - Introdução Ao Financiamento E Orçamento Público X Instrumentos De Planejamento	<ul style="list-style-type: none"> • Existe revisão do PMS anualmente? • Após a finalização do RAG, faz-se uma análise dos gastos e comparando com o planejamento do próximo ano? • Quais serviços estão gastando mais? • Quais precisam de mais investimentos no próximo exercício?
Oficina 2 - Financiamento Da Saúde E Orçamento Público	<ul style="list-style-type: none"> • Identifique em seu município as receitas mensais de recursos vinculados de 2023 e quantifique o total anual. Se possível, também avalie se esses recursos estão sendo executados.
Oficina 3 - Contratos, Licitações E Orçamento Público	<ul style="list-style-type: none"> • Identifique em seu município o PCA e avalie como está ocorrendo sua execução. Se não tiver PCA, identifique no orçamento como estão previstas a compras. • Traga a cópia atualizada do Orçamento 2024 de sua secretaria.
Oficina 4 - Construindo O Orçamento Municipal De Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Não houve atividade de dispersão, por se tratar da última oficina.

Fonte: elaboração própria.

O tema e as propostas discutidas nas oficinas muitas vezes já apresentavam resultados, como possível visualizar na fala de uma gestora:

[...] o problema é que a gente não sabe a lei orçamentária, o curso está ajudando muito, o próprio contador está vendo isso quando falo com ele (M3P5).

E a **terceira** e última avaliação aconteceu após a realização das quatro oficinas de EPS. Foram realizadas visitas aos municípios participantes, previamente agendada com os participantes das oficinas, como mais uma etapa de avaliação da pesquisa-ação. Na visita aos municípios foi realizada uma conversa com os participantes, por meio de um roteiro de questões sobre os

resultados das oficinas (Apêndice 7), que foi gravada, após consentimento dos participantes, e posteriormente transcrita pela pesquisadora. Também houve discussão sobre o orçamento com contadores dos municípios, quando solicitado pela equipe participante da pesquisa.

A seguir, apresenta-se detalhadamente os resultados da visita aos municípios como última etapa da avaliação.

5.2.2.1 Visita aos municípios

A visita aos municípios ocorreu nos meses de julho e agosto de 2024. Primeiramente foi feito contato com o secretário de saúde do município para agendamento da visita e para questionar sobre o interesse ou não de que o contador do município participasse do encontro.

Dos cinco municípios participantes das oficinas, um deles teve a participação dos contadores, outro do contador e da tesoureira e dois entenderam não ser necessário. Em um dos municípios a visita não ocorreu, visto não ter havido continuidade dos participantes nas oficinas. Considerando o critério de participação acordado no início do curso, esse município foi considerado perda. Assim a visita e as entrevistas aconteceram em quatro municípios participante da pesquisa ação.

Durante a visita foi realizada uma entrevista com os participantes, orientada por um roteiro semiestruturado, tiveram duração média de 56 minutos, com questões abertas relacionadas aos temas discutidos nas oficinas (Apêndice 6).

Os participantes de modo geral avaliaram de forma positiva as oficinas, alguns enfatizaram a necessidade desses processos serem permanentes, pois auxiliam no trabalho diário, e por serem municípios pequenos, com equipes enxutas, muitas vezes não conseguem acompanhar as atualizações que a gestão pública exige.

Foi possível identificar que os principais objetivos das oficinas de EPS, que são promover a transformação nas práticas profissionais e na organização do trabalho, ocorreu durante a pesquisa. A fala de uma gestora demonstrou que as oficinas a ajudaram a entender que ela precisa se apropriar da gestão orçamentária, que esta tarefa não pode ficar somente com o contador.

[...] nós entendemos que a culpa também não é tanto dele (contador). Eu entendi também. Porque sempre a gente... A secretaria joga a culpa na contabilidade, né? (M3P5).

O secretário de um município de pequeno porte informou durante a visita em seu município que as oficinas do Progestão de 2019 despertaram nele o interesse em se apropriar mais do orçamento e se aproximar do setor de contabilidade. Desde então, tem trabalhado mais diretamente com a contabilidade. Disse que esse programa de qualificação não pode acabar, que é uma ferramenta importante de qualificação para os gestores.

O Progestão foi a virada de chave, sabe? [...] e não pode acabar, vai ter de novo né? (M1P1)

Eu gostei muito, vocês podiam fazer de novo (M4P8)

Uma das participantes relatou que a partir das oficinas tem se apropriado mais da temática financiamento e que tem buscado por mais cursos para qualificação do seu trabalho.

Principalmente depois da oficina. Também fiz alguns. Às vezes pode ter alguns vídeos online, uns cursos online. Eu gosto de acompanhar também. Aí eu comecei a ter um pouco mais de propriedade para ver. (M2P4)

Um dos principais assuntos levantados nas entrevistas da fase de avaliação foi sobre as dúvidas em relação as regras de aplicação dos recursos federais. Enfatizaram que possuem dificuldade em identificar as receitas e como destinar suas aplicações, mas que as oficinas contribuíram muito neste processo.

Eu acredito que ficou tudo em cima da oficina, né? O que pode, o que não pode, o que é folha, o que vai pra material de consumo (M3P5).

E por conta da oficina que a gente começou a fazer. Começou a perceber mais de onde que o recurso é para isso, para aquilo. Como pode gastar, como não pode (M2P84).

As mudanças nos blocos de financiamento, que iniciaram em 2017 pela Portaria GM/MS nº 3992/2017 e posterior com a Portaria GM/MS nº 828/2020 foram bastante discutidas. Os gestores manifestaram que tinham muitas dúvidas ainda sobre o conceito e as regras de aplicação do bloco de manutenção e que a oficina 2 pode sanar muitas dúvidas e trouxe segurança para aplicação dos recursos a partir de então.

Ó, o que mais impactou no município foi a questão dos blocos, das mudanças. Conhecer mesmo a lei, a questão da mudança para manutenção, a aquisição que a gente podia fazer de algumas, de alguns equipamentos que antes com a outra lei a gente não podia, então isso aí foi bem importante, foi bem esclarecedor, né (M1P1).

Foi possível identificar também que os saldos remanescentes nas contas dos municípios ocorrem muitas vezes, por desconhecimento das regras de aplicação, o que gera insegurança e os recursos não são aplicados ficando represados nas contas do FMS. A fala da tesoureira demonstra o desconhecimento, pois relata que há saldo remanescente referente ao componente Capitação Ponderada, do financiamento da AP – Previne Brasil.

É que não pode folha (recursos capitação ponderada)... Nunca colocou... sempre pagou...custeio geral, material de consumo... E aí esse “saldinho” foi ficando, foi ficando... Aí o ano passado... Que a portaria que era aquela que tudo que era de 2018, 2019...Tinha que gastar, tinha que gastar tudo... E aí foi feito o decreto com o valor de um milhão e pouco... Que era o que a gente tinha da saúde. (M4P9).

Outra questão bastante discutida foi a dificuldade de relacionamento com outros departamentos da prefeitura, como contabilidade e tesouraria que impactam diretamente na gestão orçamentária da saúde. Nas diversas etapas da pesquisa ação deste estudo, ocorreram discussões a respeito das

dificuldades das equipes gestoras da saúde se comunicarem com as equipes de contabilidade dos municípios.

Um dos participantes afirmou que as oficinas colaboraram muito para que a comunicação com os departamentos financeiros da prefeitura acontecesse de forma mais eficaz. E que após as oficinas passaram a se comunicar formalmente e também tomaram a iniciativa de promover esta comunicação.

[...] facilitou a comunicação, porque agora ela vê que a gente sabe o que a gente tá falando também, que a gente não tá só pedindo por pedir, né, eu não tô falando por falar (M2P4).

E agora, não. Agora eu sei que vai acontecer. Então, assim, quando eles (contador) falam, eu já entendo. (M3P5)

Uma secretária relatou a dificuldade de atuar realmente como ordenadora de despesa. Por mais que ela defina como deve ocorrer a despesa, a equipe financeira da prefeitura não segue sua orientação, realizando a execução da despesa diferente daquela demandada por ela. Ela se queixou muito que os processos das despesas ficam centralizados na tesoureira.

Aí eu faço o protocolo e fica parado nela (tesoureira), aí eu não aceito, aí eu vou lá porque eu quero que vá direto pro compras, não, você vai fazer pra Finanças, não vou fazer, quando eu faço o protocolo eu faço pro compras, porque aí tem recurso, a responsabilidade é minha, eu sou ordenador de despesas, não é ela, aí nisso a gente entra em atrito. [...] quando é recurso nosso, eu falo que a gente tem que ter essa autonomia, e não tem, então isso é uma briga que eu ainda não consegui ganhar. Eu tenho bastante dificuldade, o prefeito fica do meu lado, aí ela vai lá bate o pé e ele fica do lado dela, aí ele fica no meio, coitado. (M2P3)

Os entrevistados demonstraram fragilidades quanto a conhecimentos referente ao orçamento. Mencionaram que as oficinas auxiliaram nesta compreensão e reconheceram que precisam se apropriar melhor da gestão orçamentária.

A segurança de falar como é o trabalho do gestor em relação aos orçamentos. Porque quando eu entrei dentro da secretaria, a minha meta era trabalhar em cima de orçamento, de um bom gerenciamento dos recursos da saúde. E aí a oficina veio, ele

ampliou, o moço fez um leque, né, de tudo, da função do gestor, mas o que eu queria era tentar entender melhor a questão do orçamento pra melhorar esse trabalho. (M3P5)

A gente está ganhando espaço e confiança, sabe, mas é devido a essa prática mesmo, né, assim, a gente está aqui, né, está se inteirando das mudanças que vem acontecendo, né, e fazendo esse elo ali, junto com o setor, com a administração e a contabilidade. (M1P1r)

Os gestores relataram que precisam buscar mais conhecimento sobre execução orçamentária, até para terem mais argumentos e segurança nas discussões com executivo e equipe técnica financeira da prefeitura. Entendem que esta atitude depende deles e que a responsabilização da execução inadequada dos recursos também recai sobre eles, o que também, os move para que busquem esse aperfeiçoamento. Reconhecem que as atividades financeiras também fazem parte da gestão e que precisam se apropriar desta função.

[...] uma parte assim que é muito contábil, que nós não somos muito próximos dessa parte aqui no setor saúde, nós não somos, sabe, só quando a gente é provocado, quando eles precisam, aí a gente vai atrás da informação, para direcionar, vamos dizer, para tomar decisão, mas ainda a gente tem que ser provocado ainda, não somos proativos nessa parte (M1P1)

[...] aos poucos também ver no curso que, assim, ainda tem milhões em conta. Mas que o secretariado, ele tá mais tentando se apoderar da função dele de gestor. [...] Só que falta ainda, eu preciso mais, eu não consigo ter tudo isso, mas tem que estudar mais. É uma construção, tem bastante coisa, né. Então, eu acho que é isso, eu gostei, foi ótimo. [...] Porque aí tem os 15% que é obrigatório, só que esse 15% não é suficiente, ainda põe o livre. Então, se a gente não conseguir demonstrar isso, que é pouco. E aí é só fazendo essas oficinas que vai ajudar, mostrar pro gestor quanto é importante ter um conhecimento de orçamentos (M3P5)

Eu, no meu caso, pessoal, medo, medo de responsabilização. (M2P3)

A oficina 4, que tratou objetivamente e de forma prática, por meio de casos concretos, sobre a construção e execução do orçamento foi a oficina que mais impactou positivamente os participantes. Muitos já estavam buscando por

mais conhecimento frente ao orçamento e a partir da oficina colocaram em prática várias ações.

Que foi do orçamento. Porque foi mais uma coisa mais prática, né? Porque a gente fica muito na teoria. É legal, mas a hora que você vê uma coisa prática realmente acontecendo, para mim faz mais sentido. Ajuda mais. (M2P4)

É, acho que nessa última oficina. Na última de aplicação, do orçamento mesmo. Que aí eu já utilizei agora nesse superávit, né? (M3P5)

Outro assunto discutido nas oficinas de forma prática e que trouxe bons resultados foi sobre o PCA. Um município que ainda não havia implantado este processo pela administração pública, após as oficinas da pesquisa ação, o secretário levou o aprendizado para sua equipe, fez reunião e implantou na secretaria de saúde. Informou durante a visita que os coordenadores de saúde estão em fase de implementação da proposta.

A parte do PCA, né, assim, a parte do PCA também, sabe, ajudou muito, na verdade ajudou tudo, foi daí que deu o pontapé inicial mesmo para a gente se movimentar e, começar a mexer mesmo, colocar para andar o PCA do setor saúde, do município. Então isso nós já, já iniciamos. (M1P1)

Perante as falas dos participantes e pela participação durante as oficinas, foi possível identificar que as oficinas 2: Financiamento da Saúde e a oficina 4: Construindo Orçamento Municipal de Saúde foram as oficinas com maior impacto aos municípios. Os participantes relataram que por serem conteúdos mais práticos, que geravam muitas dúvidas e que os temas e as situações e casos discutidos, principalmente sobre orçamento, foram possíveis de se colocar em prática no dia a dia.

Outro assunto bastante referido pelos participantes foi sobre as equipes de gestão serem composta por poucos profissionais e as demandas serem muitas. Um secretário referiu que devido a equipe de gestão de seu município ser enxuta não consegue se aprofundar mais nas demandas financeiras de seu município e por isso que o departamento de contabilidade acaba realizando toda gestão dos recursos da saúde.

[...] é muita coisa para a gente, é uma equipe muito pequena também, muito sobrecarregada, sabe, assim, então a gente não consegue mesmo, senão a gente nem vai muito (departamento de contabilidade), sabe, assim, porque nós não conseguimos, não temos perna, não temos perna, sabe, então a gente já, já até deixa por conta deles mesmo, quando eles precisam, eles vêm até a gente, e está vindo, só que o legal é que está vindo (M1P1)

Trouxe a nossa equipe. Ufa, duas equipes. A equipe de dois (M2P3).

As equipes de gestão de um modo geral dos municípios pesquisados são compostas por pequenas equipes, uma característica dos municípios de pequeno porte. O contador de um município relatou sobre a sobrecarga de trabalho para atender a prefeitura toda.

Nós temos todas as secretarias, cada uma com os seus problemas, cada uma com a sua forma, com as suas dúvidas, com as suas particularidades e a coisa afunila aqui (departamento de contabilidade) e daí a gente tem dia que tem que fazer senha. Então, daí a gente fica um pouco assoberbado de serviço e tem hora que a gente perde um pouco o raciocínio. (M3P6)

Considerando a diversidade dos resultados apresentados na pesquisa, um quadro síntese com os principais achados foi desenvolvido e apresentado abaixo:

Quadro 18 - Síntese dos resultados da pesquisa por dimensão de análise.

Fases da Pesquisa	Dimensão	Aspectos de Análise	Principais achados
Diagnóstica/ Exploratória	Planejamento e execução orçamentária	Atores do processo	<ul style="list-style-type: none"> • Municípios maiores possuem contador exclusivo na secretaria de saúde; • Municípios pequenos, em sua maioria o contador atuava em toda a prefeitura e construía o orçamento sem a participação dos gestores e repetia o orçamento executado no ano anterior; • Municípios em que o gestor era de carreira, estes apresentavam maior interesse e domínio no planejamento e execução orçamentária.
		Gestão Financeira ou Dúvidas sobre o recebimento das receitas e na sua execução	<ul style="list-style-type: none"> • Pela falta de conhecimento dos gestores da saúde sobre orçamento, os departamentos financeiros da prefeitura assumem, especialmente nos municípios pequenos, toda execução financeira dos recursos da saúde sem a participação do gestor responsável; • Todos entrevistados relataram dificuldade em identificar os repasses estaduais; • Contadores relataram que muitas vezes quando tinham dúvidas sobre as regras na execução dos recursos, não executavam; • Gestores relataram muitas dificuldades em acompanhar as regras de aplicação dos recursos devido a grande quantidade de portarias publicadas diariamente.
Fase da Ação	Oficinas de EPS	Oficina 1	<ul style="list-style-type: none"> • Detectada insegurança e fragilidades das equipes gestoras dos municípios junto a execução do orçamento da saúde; • Os municípios por serem os responsáveis pela execução das políticas públicas, aplicam percentual maior do orçamento municipal (do que os 15% previstos em lei) para darem conta das demandas da população; • Interferência política do executivo prejudica a gestão orçamentária da saúde. Essas interferências tornam a função gestora resiliente frente às demandas políticas; • Muitos conhecem os instrumentos de planejamento orçamentário, mas não participam ativamente da sua execução. Mesmo os que participam ativamente da execução do orçamento, não participam da elaboração dos instrumentos de planejamento orçamentário na gestão pública: Plano Plurianual (PPA), a Lei das Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA); • Os gestores conhecem e elaboram os instrumentos de gestão da saúde, mas não os monitoram periodicamente como ferramenta de planejamento e tomada de decisão; • Os participantes compreenderam o papel do ente municipal como gestor responsável pela execução das políticas públicas da saúde, bem como a necessidade de maior apropriação da legislação, do

			planejamento e elaboração dos instrumentos de gestão para atuação segura na execução do orçamento da saúde.
		Oficina 2	<ul style="list-style-type: none"> • Os gestores não realizam a análise orçamentária dos instrumentos de gestão; • A maior despesa da saúde é dos serviços de MAC, mesmo nos pequenos municípios que não possuem financiamento regular pelo ente federal; • Executam mais recursos próprios em detrimento dos recursos federais pela insegurança sobre as regras de aplicação o que provoca saldos altos em contas do FMS. Relatam que as oficinas os auxiliaram no entendimento das regras de aplicação • Também relataram que os municípios têm executado muitos recursos próprios pela diminuição dos repasses pelos entes estadual e federal, o que tem impactado diretamente nas aplicações com recursos próprios • Ainda possuem dúvidas para executar recursos de manutenção na substituição de equipamentos e ou reformas, mas relataram que a oficina ajudou a esclarecer com situações práticas na execução destes recursos • Sobre as emendas parlamentares, criticaram os repasses por não seguirem os princípios do SUS e pelos baixos repasses de incremento MAC (onde se encontram as maiores despesas), por não possuírem a gestão do teto MAC não possuem série histórica e por isso não possuem teto para solicitação de emendas MAC;
		Oficina 3	<ul style="list-style-type: none"> • Um município apresentou altos saldos em conta de custeio de recursos federais, justificou que dificuldades em se relacionar com o contador, mas que as oficinas estavam possibilitando maior integração e até estava planejando a execução destes recursos; • Maioria dos municípios estavam em fase de transição para nova lei de licitações (Lei 14.133/2021) e relataram dificuldades em planejar as contratações e quantidades, frente ao aumento dos preços e consumo; • Maioria dos gestores desconhece ou não realiza o PCA; as dúvidas quanto a construção do PCA, sua justificativa e vinculação orçamentária foi amplamente discutida pelos gestores; • Criticaram a interferência política em atender todas as demandas da população independente de valor e tipo de contratação, que esta prática inviabiliza o provisionamento e planejamento de gastos;
		Oficina 4	<ul style="list-style-type: none"> • Relataram que as prefeituras a cada ano solicitam a participação da secretaria na construção do orçamento • Participantes tinham muitas dúvidas referentes ao conceito e operacionalização dos recursos de superávit; • Ao analisar o orçamento dos municípios, os gestores identificaram falta de subfunções e despesas de alguns programas alocadas em subfunções erradas; • Dúvidas na execução das despesas dos grupos de transferência manutenção e estruturação;

			<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldades em reconhecer a origem dos recursos federais e as regras sobre como executá-los; • Dificuldades na relação com a contabilidade, que acabam por executar o orçamento sem a participação e/ou anuência do gestor da saúde. • Participantes reconheceram que a oficina trouxe subsídios para conseguirem ter mais autonomia para questionar e participar da execução orçamentária, que muitas vezes tem ficado nas mãos dos contadores; • A apresentação de seis estudos de caso trouxeram situações práticas relacionadas ao orçamento e aplicáveis aos municípios, o que proporcionou grande interesse e participação dos gestores.
Fase da Avaliação	Visita aos municípios e entrevistas		<ul style="list-style-type: none"> • A oficina 2 (Financiamento da Saúde e Orçamento Público) e oficina 4 (Construindo o Orçamento Municipal de Saúde) foram as oficinas de maior impacto na opinião dos participantes da pesquisa-ação; • Avaliação positiva sobre a forma como foram desenvolvidas as oficinas; • Durante a participação nas oficinas, os gestores relataram mudanças significativas na relação com os contadores/departamentos financeiros devido a uma maior proatividade e apropriação; • As oficinas proporcionaram maior compreensão sobre orçamento e despertaram maior interesse em se apropriar dele; • A partir das oficinas reconheceram que a construção e execução do orçamento não é somente responsabilidade da contabilidade. Que precisam se apropriar da gestão orçamentária para uma maior integração com os departamentos financeiros; • Muitas dúvidas sobre regras na aplicação dos recursos foram sanadas durante as oficinas; • Conhecer os recursos e entender as regras de aplicação proporcionou segurança para execução dos recursos; • A Oficina 4 - Construindo o Orçamento Municipal de Saúde trouxe elementos práticos e possíveis de serem implantados nos municípios; • Ainda permanece para os municípios de pequeno porte o desafio de se apropriarem (com profundidade) da gestão financeira, por possuírem equipe de gestão da saúde muito pequenas. • Um município relatou que a partir da Oficina 3 (Contratos, Licitações e Orçamento Público) implantou o PCA em seu município; • Oficinas como importante ferramenta de qualificação aos gestores.

Fonte: Elaboração própria.

6. DISCUSSÃO

A partir da análise dos resultados, foram priorizados dois grandes temas para a discussão: **A gestão orçamentária na saúde: o papel dos municípios** e a **EPS como estratégia da gestão municipal**.

6.1 A gestão orçamentária na saúde: o papel dos municípios

A análise dos resultados demonstrou que diversos são os fatores que interferem e influenciam na gestão orçamentária da saúde nos municípios estudados. Estes fatores dificultam que a equipe gestora realize a gestão orçamentária de forma eficiente, resultando em aumento da aplicação de recursos próprios (municipais) e represamento dos recursos de transferências intergovernamentais fundo a fundo.

As dificuldades em entender as regras de aplicação dos recursos de transferências regulares foi um dos assuntos mais discutidos e abordados nas oficinas. As dificuldades geram insegurança entre os gestores, o que faz com que não executem tais recursos, priorizando a execução dos recursos municipais, considerados fonte livres. Com a insegurança, vem o receio em executar errado e ser punido.

Com a promulgação da CF 1988 os municípios se tornaram ente federado e assim obtiveram maior autonomia política, administrativa e financeira. No entanto, os governos locais são muito heterogêneos e muitas vezes possuem baixa autonomia administrativa. Por outro lado, possuem baixo poderio de arrecadação e também limitado poder decisório frente ao governo federal. Abrucio (2022) salienta ainda que há um paradoxo junto ao novo papel conferido aos municípios: mesmo tendo ganho muito poder, a maioria tem baixa capacidade estatal para exercer suas funções constitucionais, pois existem diversos obstáculos relacionados à situação econômico-financeira, ao baixo capital humano e grandes fragilidades na gestão pública.

Ainda sobre a não execução dos recursos federais, um estudo realizado por Faleiros e Pereira (2021) corrobora tal afirmação, uma vez que

acompanhou os saldos em contas dos Estados, Municípios e Distrito Federal dos anos 2019 e 2020. Em 2020 houve maior repasse, devido a destinação de recurso extraordinário para enfrentamento da Covid 19 e o Ministério da Saúde no intuito de flexibilizar a aplicação do recurso, fez o repasse em um Programa de Trabalho Orçamentário em que os entes subnacionais pudessem aplicar em ações tanto da atenção primária, quanto da atenção especializada e vigilâncias. No entanto, a postura recorrente do MS em atrelar a aplicação dos recursos a programas específicos mais uma vez frustra as equipes gestoras dos entes subnacionais, pois limita sua autonomia para execução dos recursos resultando em maior represamento nas contas bancárias de repasses federais.

Os autores enfatizaram ainda que o complexo arcabouço normativo que o MS exige na aplicação dos recursos por ele repassado, gera insegurança para toda administração pública e muitas vezes não vai ao encontro dos princípios básicos da administração pública: legalidade e eficiência. Este fato contribui para o empoçamento dos recursos em contas de repasses federais.

A cultura do MS em “criar” regras para aplicação dos recursos de transferências automáticas tem seu início marcado na década de 1990 com a publicação das NOAS 2001/2002 (BRASIL, 2002), depois pelo Pacto da Saúde em 2006 (BRASIL, 2006) e posterior pelo Decreto n. 7.508/2011 em que se observou ampliação dos repasses e também maior fragmentação dos recursos (DUARTE, MENDES e LOUVISON, 2018). Os mesmos autores afirmam ainda que a fragmentação dos recursos diminui a autonomia dos gestores na execução dos recursos e que as transferências muitas vezes são induzidas pelas políticas priorizadas pelo governo federal.

A dificuldade e insegurança dos gestores em executar os recursos de transferências federais não podem ser os únicos motivos para que os entes subnacionais estejam aplicando bem mais que o mínimo estabelecido em ASPS com recursos próprios. No caso principalmente dos municípios, que na última década vem numa crescente de gastos com recursos próprios em saúde, quase que dobrando o investido em saúde, outros fatores como a diminuição dos investimentos do governo federal, as renúncias fiscais e o aumento dos preços dos insumos e medicamentos muito além da inflação também precisam ser considerados (PIOLA et al. 2013, OCKÉ-REIS, 2018).

Ainda sobre os altos valores aplicados em ASPS pelos municípios com recursos próprios, os gestores relataram que a maior despesa em saúde está concentrada nos serviços do grupo de despesas de MAC, em grande parte os hospitais.

Por se tratar de municípios de pequeno porte, em sua maioria, estes não detêm gestão do teto MAC e quase não há produção e faturamento destes procedimentos, conseqüentemente não há repasses regulares desta subfunção. Assim, aplicam recursos próprios na compra de serviços especializados para suprir as necessidades da população.

Um estudo de Silva et al (2020) com MPP confirma tal afirmação, uma vez que pela limitada oferta de serviços financiados pelo estado, os municípios se sentem obrigados a contratar serviços de MAC e dispendem valores expressivos de recursos próprios em detrimento da AB, que é financiada quase que na sua totalidade por recursos de transferências federais. Como consequência dos baixos investimentos na AB, esta aumenta a demanda de encaminhamentos aos serviços especializados, como exames de alto custos, gerando custos ao município, utilizando recursos próprios para tais despesas, gerando um círculo vicioso de produção e financiamento de serviços MAC.

Espírito Santo e Tanaka (2011) também investigaram a natureza das despesas dos municípios com recursos próprios e também identificaram que os serviços médicos hospitalares, odontológicos e laboratoriais ficaram em segundo lugar nas despesas totais dos municípios, ficando atrás apenas das despesas com pessoal.

Outro grande responsável pelos altos gastos municipais e a dificuldade em planejar as despesas está no fato da interferência política do executivo em atender as demandas da população sem critérios mínimos estabelecidos, resultando em altos gastos com demandas muitas vezes individuais, frustrando qualquer planejamento orçamentário que os gestores da saúde venham a ter.

Tal prática configura uma relação de clientelismo, que foi fortemente criticada pelos gestores participantes da pesquisa, que se sentem pressionados pelo executivo a ceder às solicitações da população. Resultado semelhante

também foi encontrado por outros autores (PINAFO, et al.; 2020; SILVA, CARVALHO, DOMINGOS, 2018). Desta forma, os custos aumentam e posteriormente são cobrados pelas mesmas autoridades (o executivo) que solicitaram os serviços, devido aos altos gastos e consequentemente a responsabilização recai sobre o próprio gestor da saúde, o ordenador da despesa.

Outro desafio identificado na pesquisa relatado pelos gestores, principalmente dos MPP, foi referente a dificuldade de relacionamento com os departamentos financeiros das prefeituras. Esses departamentos realizam a execução orçamentária e construção do orçamento sem consultar os gestores. No entanto, os gestores, ao se aproximarem dos temas específicos sobre orçamento e financiamento durante as oficinas, reconheceram que esse distanciamento também é devido à falta de conhecimento deles sobre gestão orçamentária. Desta forma, não são proativos frente a essas demandas, o que leva consequentemente a contabilidade e os demais departamentos financeiros da prefeitura a realizarem todo planejamento e execução orçamentária sem a participação dos gestores da saúde.

Em consequência, esses departamentos financeiros, por não deterem conhecimento sobre a organização e funcionamento das atividades do SUS, acabam por não executarem os recursos de transferências regulares fundo a fundo, principalmente os que seguem regras específicas por subfunção, e, assim, esses saldos ficam empoçados nas contas bancárias dos fundos municipais de saúde. Essa forma de atuação gera um círculo vicioso em que, por mais que o governo federal repasse mais recursos, mais recursos ficam empoçados nos municípios porque priorizam os gastos com recursos próprios, ultrapassando o percentual previsto em lei.

A pesquisa de Giacometti (2023) sobre financiamento e gestão orçamentária municipal também demonstrou a fragilidade da gestão orçamentária nas secretarias de saúde de muitos municípios, pelo fato de os departamentos de contabilidade serem únicos para toda prefeitura e com equipes reduzidas, não conseguem dar o apoio necessário à pasta da saúde.

Os serviços de contabilidade pública detêm grande conhecimento técnico, pela sua especificidade, o que obriga muitas vezes o gestor municipal a contratar mão de obra qualificada, por não disponibilizar em seu quadro de servidores com tais competências. Um estudo de Melo (2008) com 10 MPP de pequeno porte na microrregião de Catalão, em Goiás, demonstrou que dentre os principais serviços terceirizados pelas prefeituras está o de contabilidade, o que se associou a uma baixa capacidade dos servidores em realizar atividades altamente técnicas.

Outro estudo de Silva e colaboradores (2010) que analisou o conhecimento e uso dos gestores municipais do SIOPS em municípios do estado de Pernambuco identificou que a grande maioria dos municípios realizam a alimentação do SIOPS por meio de serviços terceirizados e associaram esta prática à baixa participação em integração da gestão da saúde acerca do tema, bem como contribui para a pouca propriedade e também desinteresse dos gestores aos assuntos financeiros.

A terceirização dos serviços de contabilidade tende a distanciar ainda mais a gestão municipal de saúde dos setores de finanças da administração municipal. Na justificativa de reduzir custos, a terceirização tem ganhado espaço na administração pública. Na contramão do praticado na iniciativa privada, em que se trabalha com metas entre seus colaboradores, as empresas investem em capacitações para um melhor desempenho de suas equipes. Já os serviços públicos não praticam tal iniciativa, investem pouco em capacitações para seus servidores e acabam por contratar serviços “especializados” a baixos investimentos, buscando apenas o princípio da economicidade em detrimento da eficiência (SILVA et al.; 2010; CAMPOS, 2006; ALCANTARA e CASTOR, 1999).

A falta de integração entre a gestão municipal da saúde e os setores financeiros da administração municipal também resultam na mera repetição da execução orçamentária do ano anterior e permanência de saldos de recursos de transferências regulares nas contas dos fundos de saúde, por desconhecimento das regras de aplicação, tanto para equipes gestoras da saúde quanto para os departamentos financeiros da prefeitura.

Este distanciamento, em MPP se dá pelo fato de as equipes administrativas da saúde serem compostas minimamente pelo gestor de saúde, coordenador de atenção básica e administrativo, não possuindo pessoas de referência para tratar de planejamento e orçamento, sendo totalmente dependente nas demandas financeiras do contador da prefeitura que, além da saúde, é responsável por todas as demais secretarias do município (GIACOMETTI, 2023).

A gestão orçamentária da saúde é um campo complexo que requer do gestor amplo conhecimento técnico na área fiscal, além de habilidade de planejamento e vivência na gestão pública. Experiências exitosas como do município de Nova Trento (SC) demonstram que gestão técnica somada a gestão dos recursos das três esferas de governo possibilitam ampliação da oferta de serviços, sem onerar os cofres municipais, mas criando estratégias para melhorar a arrecadação de recursos estaduais e federais (OLIVEIRA, MENEZES e RAUPP; 2023).

Esta pesquisa também demonstrou que capacitar e investir na qualificação das equipes da saúde para gestão orçamentária resulta em maior interesse e atuação destas equipes no campo financeiro. Resultando na aplicação dos recursos voltados aos interesses da população, executando os recursos de forma consciente e eficaz, por parte do gestor da saúde, realizando de fato sua função, como ordenador da despesa.

Outro achado importante na pesquisa, foi relacionado aos participantes compreenderam o papel do ente municipal como responsável pela execução das políticas públicas da saúde, bem como a necessidade de maior apropriação da legislação, do planejamento e elaboração dos instrumentos de gestão para atuação segura na execução do orçamento da saúde.

Também relataram conhecer os instrumentos de planejamento, mas que não os monitoram periodicamente e tampouco utilizam como ferramenta de planejamento e tomada de decisão.

Importante destacar que o forte movimento de descentralização que ocorreu após a promulgação da CF de 1988, resultou na criação de um grande

número de municípios, em sua maioria de pequeno porte. Muitos não estavam preparados para assumirem a descentralização da gestão e financeira que lhes foi outorgado, principalmente, quando se tornaram oficialmente entes da federação.

A baixa capacidade de arrecadação dos municípios de médio e pequeno porte compromete toda gestão municipal e impacta diretamente na prestação de serviços básicos nos municípios como saúde e educação (SOUZA, 2002). A baixa capacidade de planejamento e administrativa dos municípios, somada à baixa qualificação profissional e, principalmente em MPP, por não terem a prática de planejamento e gestão, resulta em perda de eficiência e eficácia da gestão pública (MARINHO; JORGE, 2015; LEITE, LIMA, VASCONCELOS, 2012)

Frente as dificuldades de gestão, tanto administrativas quanto orçamentária em MPP apresentadas no estudo de Marinho e Jorge (2015), os autores sugerem políticas específicas para este grupo de municípios. Também propõem a necessidade de capacitações e treinamento permanentes, além da construção de um modelo de Plano Diretor voltado exclusivamente aos MPP.

Ainda sobre o fenômeno da municipalização e a responsabilidade municipal na descentralização das ações de saúde, o papel do gestor municipal de saúde se torna fundamental para efetivação do SUS. E muitas das dificuldades enfrentadas por eles, resultam da carência de suporte legal que oriente suas decisões e delimite os poderes entre os entes do executivo (VILLANI, BEZERRA, 2013).

Os mesmos autores descrevem ainda, que o poder do secretário junto ao prefeito, depende muita da relação política entre as partes, mas que muitas vezes nos MPP a decisão final fica cargo do prefeito.

Sob esta perspectiva, os participantes desta pesquisa relataram grande interferência dos prefeitos em decisões que impactam diretamente na gestão orçamentária, prejudicando o planejamento da secretaria e ainda promovendo relações de clientelismo junto à população.

As práticas clientelistas recorrentes no cenário político e social do país, induzem a percepção de que tais práticas estão historicamente enraizadas no sistema político brasileiro, sendo ainda mais marcante no ente local, pela sua proximidade com o cidadão (FARAH, 2001; ARNAUD, MARQUES; 2021).

Cabe ainda pontuar que o processo de descentralização da gestão e a criação de um sistema de garantia universal de acesso aos serviços de saúde, a partir de 1988, proporcionou aos governos locais maior autonomia política e financeira e também ampliação dos serviços de saúde à população. No entanto, o grau de descentralização dos municípios não ocorreu da mesma forma em todos os entes, e apesar do acesso à saúde ser um direito universal, sua garantia não se concretizou de acordo com as necessidades da população (VIEIRA, 2015).

A autora (VIEIRA, 2015) descreveu ainda em seu estudo com vereadores da região metropolitana do Recife, que muitas vezes, a precariedade da atuação estatal na provisão dos serviços de saúde, pode levar ao comportamento clientelístico dos vereadores, que aparentemente “resolvem” o problema do munícipe, dever esse, do estado.

6.2 EPS como estratégia para a gestão municipal

As oficinas foram avaliadas de forma positiva por todos os participantes. Enfatizaram a importância desses processos formativos serem permanentes, principalmente pelo fato de serem conteúdo do trabalho diário e também pelas equipes de gestão serem pequenas, não conseguirem acompanhar as atualizações na velocidade que elas acontecem.

Oficinas de EPS têm por objetivo principal a aprendizagem significativa no trabalho, que proporciona mudanças no processo de trabalho dos participantes e nas práticas cotidianas das equipes (BRASIL, 2009). Possuem papel fundamental no aperfeiçoamento do trabalho das equipes, e nesta pesquisa por se tratar de equipes gestoras, pela complexidade que a gestão do

SUS demanda, se mostraram como ferramenta essencial e necessária aos trabalhadores.

Pesquisa de Ferraz e colaboradores (2022) realizada por meio de oficinas EPS com equipes gestoras, também demonstrou efeitos bastante positivos aos participantes. Demonstrou como as metodologias ativas foram fundamentais para o processo de reflexão, ressignificações e empoderamento para atuação na gestão pelos participantes. Também destacou que as oficinas foram construídas por problemas do cotidiano das equipes, o que proporcionou participação ativa dos gestores, com criatividade e liberdade de pensamento, o que também ocorreu nas oficinas desta pesquisa-ação.

O trabalho da gestão do SUS é deveras complexo e repleto de responsabilidades, o que faz com que os profissionais que passam pela gestão carreguem por muito tempo as responsabilidades conferidas em seu período como gestor. Pela complexidade que o sistema possui, capacitações voltadas aos gestores, que não conseguem explorar a prática cotidiana dos gestores, dificilmente alcançam o objetivo esperado.

Nesse contexto, a EPS proporciona novas possibilidades para a prática da gestão democrática, aproximando o SUS de seu objetivo de saúde integral ao usuário. E é neste espaço do trabalho vivo que os trabalhadores de saúde reinventam sua autonomia para resolver os problemas de saúde (MERHY, FEUERWERKER, CECCIM, 2006).

Também promove a integração dos processos educativos dos trabalhadores às suas experiências cotidianas dos serviços, possibilitando que as práticas concretas também sejam fonte de conhecimento, somadas a construção de pensamentos críticos reflexivos que levam a mudanças nas práticas e resolução de problemas (SILVA, PEDUZZI, 2011).

Nesta pesquisa, os participantes também relataram que, durante as oficinas, foram se apropriando mais dos assuntos relacionados ao orçamento e também entenderam que eram protagonistas deste processo e que precisavam se apropriar das informações. Muitos relataram mudanças nas relações com os demais departamentos financeiros, demonstrando a efetividade da EPS como ferramenta de aprendizagem significativa e ressignificação do conhecimento e

do seu desempenho profissional (CECIM, FERLA, 2008; BRASIL, 2009, FERRAZ, et al., 2022).

Nesta perspectiva, a EPS promove resultados efetivos, por se tratar de educação de adultos, em que estes se propõem a explorar o novo mundo que se abre e sentem interesse em buscar soluções ao que lhe foi apresentado. Paulo Freire foi um dos maiores educadores de adultos e defendia a educação dialógica, valorizando tudo aquilo que a pessoa tinha de conhecimento por suas vivências pessoais e assim, construía uma aprendizagem significativa que modificava comportamentos e a realidade em que estavam inseridos (COSTA et al, 2018; SÁ, FLORINDO, 2012; ACIOLI, 2008).

Outro resultado apontado foi a necessidade de processos de capacitação por meio de oficinas de EPS serem contínuos, pois descreveram que esse tipo de formação de fato promove a qualificação da gestão. Tanto são efetivos como reconhecidos pelo Ministério da Saúde como ferramenta eficaz de aprendizagem, e assim instituída como política pública em 2004 (BRASIL, 2004).

A PNEPS surge como uma estratégia de valorizar a formação e desenvolvimento dos trabalhadores, de forma contínua, com diretrizes e responsabilidades nos três níveis de governo e financiamento próprio. A proposta visa fortalecer a EPS como norteadora de novas práticas que orientam a reflexão sobre o processo de trabalho e a construção de atividades de aprendizagem colaborativa e significativa, e assim, promovam o trabalho em equipe, a gestão participativa e a corresponsabilização nos processos de ensino-aprendizagem (BRASIL, 2018).

Muitos são os desafios para a manutenção das ações de EPS e da PNEPS, frente à suspensão do financiamento, pela baixa qualificação das equipes que coordenam a política e também pela alta rotatividade destas equipes, além da necessidade de retomada do MS como ordenador da política e da formação dos recursos humanos em saúde no país (SILVA, SCHERER; 2020; FERREIRA et al., 2019; CECIM, FEUERWERKER; 2004).

Silva e Scherer (2020) destacam ainda, que a falta de clareza dos gestores sobre o conceito de EPS pode resultar nesta descontinuidade no processo. Não só gestores, mas muitos trabalhadores do SUS demonstram

confusões conceituais sobre educação continuada e EPS (LIMA, ALBUQUERQUE, WENCWSLAU; 2014).

E é neste cenário que as entidades de ensino se apresentam como janelas de oportunidades para sua integração junto aos serviços, um dos pilares da EPS. Cecim e Feuerwerker (2004) afirmam que, para que haja transformação na organização dos serviços e nos processos formativos, as práticas de saúde, as práticas pedagógicas e as instituições formadoras necessitariam de articulação e integração junto ao sistema de saúde, nas diferentes instâncias.

Estudo de Cardoso e colaboradores (2017) com escolas de saúde pública sobre a implementação da EPS, demonstrou que mesmo com o enfraquecimento da PNEPS, devido a uma desarticulação do governo frente a proposta da política, como promoção de cursos verticais e também por priorizar demandas que não estavam em consonância com as necessidades dos trabalhadores, além da diminuição gradativa do financiamento, mesmo com todas essas adversidades, as escolas de saúde pública se mantiveram firmes no propósito da EPS. A pesquisa conclui que as escolas parecem ter acreditado mais na EPS do que os próprios fundadores da política, pois mantém constantes as atividades por meio de metodologias ativas e compartilhamento de experiências entre ensino-serviço.

Nesse contexto, as instituições de ensino demonstram um papel primordial como motor propulsor da EPS junto aos serviços públicos de saúde. Nestes processos o planejamento e a garantia à saúde de forma universal acontecem. Esta pesquisa corrobora tais achados, pois a partir de oficinas de EPS de um programa de qualificação aos gestores municipais, chamado Progestão, desenvolvido e promovido pela UEL e pelo compromisso da integração ensino serviço em que esta pesquisa foi construída.

Outro achado importante da pesquisa foi relacionado aos casos práticos sobre execução orçamentária apresentados na oficina 4. Foi uma das oficinas com melhor avaliação entre os participantes, por se tratar de conteúdos práticos aplicáveis a realidade municipal.

Como essência da EPS, conteúdos e/ou problemas vivenciados no dia a dia do trabalho são identificados durante as oficinas de formação e

conteúdos práticos aplicáveis àquela realidade são desenvolvidos. Desta forma, os resultados desta pesquisa reafirmam a ideia de que a EPS se apreende na prática com o apoio da gestão e no enfrentamento dos problemas diários dos serviços de saúde (MENDONÇA, NUNES; 2011).

Estudo de Oliveira e colaboradores (2024) com 40 profissionais de saúde da região nordeste, corrobora os achados acima, pois afirma que as ações de EPS em parceria com a equipe de gestão, foram consideradas produtivas pois, promovem intensas reflexões a respeito dos processos de trabalho das equipes e também como potente estratégia para reorganização e formação no trabalho, além do reconhecimento do papel dos trabalhadores como agentes de transformação do SUS.

Os casos práticos apresentados, desenvolvidos a partir de vivências e compartilhados com os demais participantes corroboram com outros estudos e demonstraram a importância da aprendizagem significativa, resultando do aprender e do ensinar, em que a valorização dos saberes do educador e do educando integram a prática profissional para resolução dos problemas (STROSCHEIN; ZOCHE, 2012; FERREIRA et al., 2019).

Esses fatos reafirmam que a EPS proporciona reflexão participativa nos processos de trabalho. E é a partir da realidade, de suas práticas, das concepções que acreditam e de suas relações de trabalho que se formam os processos educativos (FEUERWERKER, 2014).

Os participantes relataram ainda que os elementos práticos apresentados na oficina 4 também possibilitaram sua aplicação na realidade dos municípios. Tal alegação, reafirma o potencial da metodologia da EPS em proporcionar mudanças verdadeiras nas práticas dos trabalhadores de saúde.

As oficinas de EPS se mostraram como potência da educação emancipatória, em que o indivíduo se desenvolve com formação crítica

Outro resultado importante foi a fala dos participantes sobre as oficinas de EPS serem importante ferramenta de capacitação aos gestores. Pela complexidade da gestão e também por muitos cargos da gestão municipal serem ocupados por cargos comissionados, necessitando de intensa capacitação para

qualificação destas equipes. Destarte, a ampliação de processos de EPS aos gestores do SUS apresenta-se ainda como um grande desafio, no sentido de qualificar e potencializar, num contexto de constantes ameaças aos SUS, seja pela diminuição do financiamento pelo governo federal, seja pela alteração na organização da atenção primária e até pelo aumento da terceirização na força de trabalho, concluiu Ferraz (2023) em sua pesquisa.

Nesse contexto, a gestão possui papel fundamental para que as ações de EPS ocorram em suas equipes. Faz-se necessário que as equipes gestoras compreendam e priorizem a EPS para que esta ganhe espaço institucional que lhe garanta sustentabilidade e que de fato, seja implantada como política pública, para que assim, não seja descontinuada, independente do governo que assuma a gestão do município (LIMA; ALBUQUERQUE, WENCESLAU, 2014).

A pesquisa de Ferraz, et al (2022) também demonstrou que integração ensino-serviço exercida pela perspectiva da interdisciplinariedade e interprofissionalidade por meio de metodologias de EPS se mostrou como ferramenta eficaz aos gestores para superação dos desafios vivenciados na gestão SUS, promovendo transformações de realidades e solidificação da gestão do sistema.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa teve o objetivo de analisar o processo de planejamento orçamentário da saúde de municípios da macrorregião norte do Paraná e contribuir para sua qualificação. Inicialmente pelas entrevistas com gestores e contadores nos serviços, foi possível conhecer e realizar análise do planejamento orçamentário-financeiro e traçar o diagnóstico que nortearia o desenvolvimento das oficinas. Destaca-se como as oficinas de EPS produziram efeitos significativos em processos de trabalho complexos como os de gestão. Foi possível verificar que as oficinas trouxeram transformações na atuação das equipes gestoras e que processos de formação na modalidade de EPS devem ser contínuos, principalmente na área de gestão orçamentária.

Na percepção dos participantes, as oficinas que tiveram conteúdos mais práticos foram as melhores avaliadas, pois trouxeram concretude e aplicação imediata junto às suas equipes em seus municípios, o que demonstrou que aprendizado significativo ocorreu e que a proposta da EPS foi valorizada.

Também reconheceram que precisam se apropriar mais de assuntos relacionados ao financiamento e gestão do orçamento. E que a barreira e dificuldade da relação com os contadores/departamento financeiro das prefeituras, bastante relatada na fase exploratória, a partir dos conhecimentos adquiridos nas oficinas foi diminuída.

Importante destacar as limitações da pesquisa, pelo fato de a intervenção ter acontecido em apenas cinco municípios, de duas regiões de saúde próximas e por refletir a percepção de um grupo específico. No entanto, muito do que foi discutido nesta pesquisa, desperta a necessidade de explorar o tema, uma vez que os recursos do SUS se mostram a cada dia mais finitos, sendo necessária sua otimização e melhor aplicação.

Também foi possível inferir que os processos de descentralização da gestão, seja administrativo ou orçamentário, induzidos pela união aos municípios de pequeno porte, ocorreu de forma fragilizada, os municípios não estavam preparados para tanto, seja pelo reduzido número de pessoas que atuam na gestão ou pela baixa qualificação das equipes. Os gestores, por se ocuparem de

um cargo político, muitas vezes não possuem formação na área técnica e por desconhecerem as políticas públicas, fragilizam e desorganizam ainda mais os processos de trabalho.

Os municípios brasileiros são muito heterogêneos e desiguais entre si, o que dificulta que as mesmas regras sejam impostas e seguidas por todos. Os MMP de modo especial, pelo baixo poder de arrecadação e pelas pequenas equipes de gestão muitas vezes não conseguem acompanhar e executar todo regramento imposto pela organização administrativa pública exigida. Tornando iminente um outro modelo de organização administrativa e financeira para este grupo. No entanto, importante que o discurso sobre altos gastos com recursos próprios pelos municípios não se reduza a culpabilizar a ineficiência ou insegurança dos gestores, uma vez que se observa um gradativo subfinanciamento e constrangimentos fiscais que o SUS vem sofrendo.

Outra consideração que merece destaque se refere aos municípios estarem executando até o dobro em recursos próprios na saúde, vezes justificado por não conseguirem executar recursos de transferências intergovernamentais, pela insegurança frente as regras de aplicação.

A gestão orçamentária, por mais complexa que seja, se mostrou como uma atividade possível de as equipes gestoras se apropriarem, com segurança para gerirem seus próprios orçamentos, e assim, minimizarem os medos pela responsabilização da aplicação inadequada dos recursos. E em consequência, ainda otimizar a aplicação dos recursos com objetivo de melhorar a assistência prestada aos usuários do SUS.

No entanto, ter a garantia de que os conhecimentos adquiridos neste processo de formação serão de fato colocados em prática e mantidos no processo de trabalho das equipes perpassa por muitos determinantes, principalmente por se tratar de final de mandato, essas equipes vão se manter na gestão? As barreiras com os demais departamentos da prefeitura serão enfrentadas? Estas são algumas das questões que surgem como limitadores desta pesquisa, pois vão além do ensinar e aprender.

Dessa forma, faz-se necessário um processo permanente de qualificação da gestão, especialmente pelas constantes alterações na legislação e normas que regem o financiamento e orçamento na saúde.

Faz-se necessário ainda, que mais intervenções pela metodologia de EPS sejam ofertadas para gestores de saúde e também para equipes de contabilidade e financeira das prefeituras, para que se alcance maior integração entre as equipes e consequentemente maior qualidade na execução dos recursos. E que esta união promova a construção de um orçamento que atenda a necessidade da população e não meramente que o mesmo continue sendo copiado do exercício anterior.

E também que as instancias maiores do SUS, união e estados em consonância com COSEMS e CONASEMS, assumam seu papel de ordenador na PEPS, proporcionando programas de capacitações contínuos voltados ao orçamento e financiamento da saúde.

Há de se inferir também que os gestores indubitavelmente precisam entender sobre gestão orçamentária, ou que minimamente a equipe gestora formada por servidores tenham este conhecimento e não seja substituída a cada novo governo que se instala. Bom seria se os cargos de gestores da saúde possuísssem uma formação mínima para atuarem, afinal, estamos falando de um dos orçamentos mais robustos da administração pública, que requer a real atenção e responsabilidade que a execução dos recursos públicos merece. Mas, enquanto esta prática não muda, que pelo menos as equipes gestoras efetivas sejam capacitadas em gestão orçamentária, para que as atividades construídas não sejam desfeitas ou interrompidas a cada novo gestor que assumir a gestão.

REFERÊNCIAS

ABRAHAM, M. **Curso de Direito Financeiro Brasileiro**. 7ªed. Rio de Janeiro: Forense, 2023. 475p.

ABRUCIO, F.L. Reforma política e federalismo. In: BENEVIDES, M.V.; KERCHER, F.; VANNUCHI, P. (Org.) **Reforma Política e Cidadania**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2003. p. 225-243.

ABRUCIO, F.L. Federalismo brasileiro e projeto nacional: os desafios da democracia e da desigualdade. **Revista USP**. n. 134, p. 127-142, jul-ago-set, 2022. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/202382>. Acesso em: 25 out. 2024.

ACIOLI, S. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. **Rev Bras Enferm [Internet]**, v. 61, n.1, p.117-121, jan. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672008000100019>. Acesso em: 26 nov. 2024.

ALCANTARA, C.M.; CASTOR, B.V.J. Processo decisório de terceirização em secretarias municipais de saúde. **RAP**, Rio de Janeiro, v.3,n.36, p.25-40, 1999. Disponível em: <https://periodicos.fgv.br/rap/article/view/7597>. Acesso em 13 de jun. 2025.

ARNAUD, R.R.; MARQUES, J.F.S. Clientelismo nas relações políticas municipais e a efetivação dos direitos humanos. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.7, n.4, p.36495-36508, 2021.

BERBEL, N.A.N. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, Londrina, v. 32, n. 1, p. 25-40, jan.-jun. 2011. Disponível em: <https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/seminasoc/article/view/10326/0>. Acesso em 25 nov. 2024.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 Set 1990.

BRASIL. **Lei 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 Dez 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Portaria n. 234 de 07 de fevereiro de 1992**. Norma Operacional Básica de 1992. Brasília, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 545 de 20 de maio de 1993**. Norma Operacional de 1993. Brasília, 1993.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n. 8689 de 27 de julho de 1993**. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e dá outras providências. Brasília, 1993

BRASIL. Presidência da república. **Decreto n. 1.232, de 30 de agosto de 1994**. Dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, e dá outras providências. Brasília, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.203 de 05 de novembro de 1996**. Aprova a Norma Operacional Básica (NOB 01/96), que redefine o modelo de gestão do SUS. Brasília, 1996.

BRASIL. Presidência da República. **Emenda Constitucional nº 29** de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Brasília, DF; Presidência da República, 2015 [citado 7 nov 2022]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm#:~:text=EMENDA%20CONSTITUCIONAL%20N%C2%BA%2029%2C%20DE%2013%20DE%20SETEMBRO%20DE%202000&text=34%2C%2035%2C%20156%2C%20160,e%20servi%C3%A7os%20p%C3%ABlicos%20de%20sa%C3%BAde

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 373 de 17 de fevereiro de 2002. Norma Operacional Básica da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/02).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Departamento da Educação em Saúde. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS**: caminhos para educação permanente em saúde. Brasília DF: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Departamento da Educação em Saúde. **EducarSus**: notas sobre o desempenho do departamento de Gestão da Educação na Saúde. Período de janeiro de 2003 a janeiro de 2004. 1ed. Brasília DF: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria e Gestão do trabalho e da Educação na Saúde. Departamento da Educação em Saúde. Brasília; Ministério da Saúde; **Portaria nº 198 de 13 de fevereiro de 2004**. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 399 de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 204 MS/GM de 29 de janeiro de 2007**. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as

ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1996 de 20 de agosto de 2007.**

Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília DF: Ministério da Saúde, 2007.

Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde.

Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. (Série B Textos

Básicos para Saúde). Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 65p. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume9.pdf. Acesso

em 25 nov. 2024.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Gestão Administrativa e Financeira no SUS. Brasília: CONASS, 2011. 132p. Disponível em:

<https://www.conass.org.br/biblioteca/a-gestao-administrativa-e-financeira-no-sus/>. Acesso em 10 de outubro de 2023.

BRASIL. Presidência da República. **Lei Complementar n.º 141 de 13 de janeiro de 2012.** Regulamenta o parágrafo 3º do artigo 198 da Constituição Federal, revoga os dispositivos das leis n.º 8.080 de 1990 e 8.689 de 1993 e dá outras providências. Brasília-DF, 2012.

BRASIL. Presidência da República. **Emenda Constitucional nº 86** de 17 de março de 2015. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. Brasília-DF, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de orçamento e finanças públicas para conselheiros de saúde.** 2ª ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2016a. 107p. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_financas_publicas_conselheiros_conselheiras_saude.pdf. Acesso em 12 de outubro de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Planejamento no SUS. 1ª ed, rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b. 138p.

BRASIL. Presidência da República. **Emenda Constitucional nº 95** de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília-DF, 2016c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação n. 6 de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 3992 de 28 de dezembro de 2017.** Altera a Portaria de Consolidação nº 6 de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde:** o que se tem produzido para o seu fortalecimento? Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 73 p.

BRASIL. Presidência da República. **Lei Complementar n. 172 de 15 de abril de 2020.** Dispõe sobre a transposição e a transferência de saldos financeiros constantes dos Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, provenientes de repasses federais. Brasília, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. de 17 de abril de 2020.** Altera a Portaria de Consolidação nº 6/2017/GM/MS, para dispor sobre os Grupos de Identificação Transferências federais de recursos da saúde. Brasília, 2020

BRASIL. Presidência da República. **Lei Complementar n. 181 de 6 de maio de 2021.** Altera a Lei Complementar nº 172, de 15 de abril de 2020 e dá outras providências. Brasília, 2021.

BRASIL. Presidência da República. **Lei Complementar n. 197 de 6 de dezembro de 2022.** Altera a Lei Complementar nº 172, de 15 de abril de 2020, e a Lei nº 14.029, de 28 de julho de 2020, para conceder prazo para que os Estados, o Distrito Federal e os Municípios executem atos de transposição e de transferência e atos de transposição e de reprogramação, respectivamente. Brasília, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.1.063, de 8 de agosto de 2023.** Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais destinados a despesas com ações e serviços públicos de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, 2023.

CAMPOS, L. A. Terceirização de serviços públicos. **Boletim Jurídico**, Uberaba/MG, nº 190, 05 de ago 2006. Disponível em: <https://www.boletimjuridico.com.br/artigos/direito-administrativo/1442/terceirizacao-servicos-publicos>. Acesso em 13 jun. 2025.

CARDOSO, M.L.M.et al. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.22, n.5, p.1489-1500, 2017.

CARVALHO, B. G.; NUNES, E. de F. P. de A.; CORDONI JUNIOR, L.(Orgs.). **Gestão da saúde em pequenos municípios: o caso do norte do Paraná.** Londrina, PR: Eduel, 2018.

CECIM, R.B.; FERLA, A.A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trabalho, Educação e Saúde** [on line]. V. 6, n.3, 2008. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4067/406757014003.pdf>. Acesso em: 03 mar de 2025.

CECIM, R.B., FEUERWERKER, L.C.M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v. 14, n.1, p.41-61, 2004.

CONASEMS. Manual do (a) Gestor (a) Municipal do SUS – Diálogos do cotidiano. 2ªed. Brasília: Conasems, 2021. Disponível em: https://portal.conasems.org.br/orientacoes-tecnicas/noticias/4885_manual-do-gestor-municipal-do-sus-confira-a-edicao-de-2021. Acesso em 29 mar. 2024.

CONASS. Guia de Apoio à Gestão Estadual do SUS. Disponível em: <https://www.conass.org.br/guiainformacao/planejamento-orcamentario-e-financeiro-sob-enfoque-no-fundo-de-saude/>. Acesso em 28 de nov. 2024.

COSTA JUNIOR, J.F. et al. Um olhar pedagógico sobre a Aprendizagem Significativa de David Ausubel. **REBENA Revista Brasileira de Ensino e Aprendizagem**. v. 5, p.51-68, 2023. Disponível em: <https://rebena.emnuvens.com.br/revista/article/view/70>. Acesso em: 25 nov. 2024.

COSTA, M.A.R. et al. Educação permanente em saúde: a concepção freireana como subsídio à gestão do cuidado. **Rev Fund Care Online**. v.10. n.2, p.558-564, abr-jun. 2018. Disponível em; https://www.researchgate.net/publication/324228842_Educacao_permanente_e_m_saude_a_concepcao_freireana_como_subsidio_a_gestao_do_cuidado_Permanent_education_in_health_the_freire_concept_as_an_aid_in_care_management. Acesso em: 21 nov. de 2024.

DATASUS. **Departamento de informática do sistema único de saúde do Brasil**. População residente estimativa para macrorregião norte do Paraná em 2021. Disponível em: <https://tabnet.datasus.saude.gov.br/> . Acesso em: 29 mar 2024.

ELZAR, D.J. **Exploring Federalism**. University of Alabama Press. Alabama, 1991.

ESPÍRITO SANTO, A.C.G.; TANAKA, O.Y. Financiamento, gasto e oferta de serviços de saúde em grandes centros urbanos do estado de São Paulo (Brasil). **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 16, n.3, p. 1875-1885, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/qqj8n6gXTNqBXrzv46WYSsp/>. Acesso em: 03 de jun de 2025.

FALEIROS, D.R.; PEREIRA, B.L.S. **Saldos dos repasses federais no SUS: o que temos e o que esperar do incremento para a COVID-19**. **Ciênc.e Saúde Coletiva**. v. 26, n. 11, 5639-5651, 2021.

FARAH, M.F.S. Parcerias, novos arranjos institucionais e políticas públicas no nível local de governo. **Revista de Administração Pública**. v.35, n. 1, p.119-144, 2001. Disponível em: <https://periodicos.fgv.br/rap/article/view/6364>. Acesso em: 25 de out. 2024.

FERRAZ, E.M. et al. A interdisciplinaridade na construção da Educação Permanente em Saúde com equipes gestoras. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro. v.46, n.especial, p. 217-227, 2022.

FERRAZ, E.M. **Processo de integração ensino-serviço: a educação permanente em saúde como estratégia para o fortalecimento da gestão do SUS**. Tese. (Doutorado Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Londrina, PR, 2023.

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde**: produção do cuidado, gestão e formação. 1.ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

FRANZESSE, C.; ABRUCIO, F.L. Efeitos recíprocos entre federalismo e políticas públicas no Brasil: os casos dos sistemas de saúde, de assistências social e de educação. In: HOCHMAN, G.; FARIA, C.A. (org). **Federalismo e políticas públicas no Brasil**. Rio de janeiro: Editora Fiocruz, 2013. P. 361-386.

FREIRE, P. **Conscientização**. São Paulo: Moraes, 1980.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 17 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FREIRE, P. **Educação e Mudança**. 18 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

FUNCIA, F.R. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n.12, 4405–4415, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25892019>. Acesso em 11 nov. 2024.

FUNDO NACIONAL DE SAÚDE. Investsus Painéis. Saldos de repasse. Acesso em 10 de jun de 2024. Disponível em: https://infoms.saude.gov.br/extensions/CGIN_Painel_Saldos/CGIN_Painel_Saldos.html#GUIA_01.

GADAMER, H.G. **Verdade e método**. 3ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997. 730p.

GIACOMONI, J. **Orçamento governamental: teoria, sistema, processo**. São Paulo: Ed Atlas, 2019. 600p.

GIACOMONI, J. **Orçamento público**. 15ªed. São Paulo: Ed Atlas, 2010. 373p.

GIACOMETTI, L.C.T.F. et al. Financiamento do sistema único de saúde e a gestão orçamentária de municípios do Norte do Paraná. **Revista Observatório de La Economia Latinoamericana**, Curitiba, v. 21, n.10, p.15933-15954, 2023. Disponível em: <https://ojs.observatoriolatinoamericano.com/ojs/index.php/olel/article/view/985>. Acesso em: 04 de jun de 2025.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6ed. São Paulo: Editora Atlas, 2008. 220p.

GOMES, G.M.; DOWELL, M.C.M. **Descentralização Política, Federalismo Fiscal e Criação de Municípios: O que É Mau para o Econômico nem sempre é Bom para o Social**. Brasília DF: Ipea; 2018 (Texto para Discussão n.706). Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/2339>. Acesso em: 29 de mar. 2024.

GONTIJO, V.; GREGGIANIN, E.; MENDES, G.R. Orçamento da União. 2020. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/orcamento-da-uniao/cidadao/entenda/cursopo/principios>. Acesso em: 28 nov. 2024.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. [Censo Demográfico 2022: população e domicílios : primeiros resultados](#). Rio de Janeiro, 2022.

LEITE, V.R.; LIMA, K.C.; VASCONCELOS, C.M. Financiamento, gasto público e gestão dos recursos em saúde: o cenário de um estado brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.17, n. 7, p.1849-1856, 2012.

LIMA, L. D. de. Federalismo fiscal e financiamento descentralizado do SUS: balanço de uma década expandida. **Trabalho, Educação E Saúde**, v. 6, n. 3, p. 573–598, 2008. <https://doi.org/10.1590/S1981-77462008000300010>

LIMA, S.A.V.; ALBUQUERQUE, P.C.; WENCESLAU, L.D. Educação permanente em saúde segundo os profissionais da gestão de Recife, Pernambuco. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro. v. 12, n.2, p. 425-441, 2014.

LIPJPHART, A. **Modelos de democracia: desempenho e padrões de governo em 36 países**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013. p. 213-225.

LOVATO, F.L. Metodologias ativas de aprendizagem: uma breve revisão. **Acta Scientiae**, v.20, n.2, mar-abr., 2018. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/327924688_Metodologias_Ativas_de_Aprendizagem_Uma_Breve_Revisao. Acesso em: 25 nov. 2024.

MARINHO, A.P.S.; JORGE, M.A. O planejamento local é mais eficiente? Uma análise de 14 municípios sergipanos de pequeno porte. **Nova Economia**. Belo Horizonte, v.1, n.5, p.123-142, 2015.

MELO, N.A. **Pequenas Cidades da Microrregião Geográfica de Catalão (GO): análises de seus conteúdos e considerações teórico-metodológicas**. Tese (Doutorado Geografia) Instituto de Geografia UFU, Uberlândia, MG, 2008.

MENDONÇA, F.F.; NUNES, E.F.P.A. Necessidades e dificuldades de tutores e facilitadores para implementar a política de educação permanente em saúde em um município de grande porte no estado do Paraná, Brasil. **Interface Comunicação Saúde e Educação**. v.15, n.38, p.871-882, 2011.

MERHY, E.; FEUERWERKER, L. C. M.; CECIM, R.B. Educación Permanente en Salud: una Estrategia para Intervenir en la Micropolítica del Trabajo en Salud. Buenos Aires. **Salud Colectiv.** v.2, n.2, p.147-160, mai-ago, 2006.

MIRANDA, K.C.L.; BARROSO, M.G.T. A contribuição de Paulo Freire à prática e educação crítica em enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem.** v.12, n. 4, p. 631-642, jul-ago, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/SHXzNcpH8nxwKZ8GjQ5cc6c/abstract/?lang=pt#>. Acesso em 26 nov. 2024.

MITRE, S.M.et al. Metodologias de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência e Saúde Coletiva.** v. 13 (supl. 2), p.2133-2144, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/9M86Ktp3vpHgMxWTZXScRKS#>. Acesso em: 25 nov. 2024.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento** – pesquisa qualitativa em saúde. 14ed. São Paulo: editora Hucitec, 2014. 418p.

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F. **Caminhos do pensamento.** Epistemologia e método. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2002. 107p.

MIRANDA, K. C. L., BARROSO, M. G. T. A contribuição de Paulo Freire à prática e educação crítica em enfermagem. **Revista Latino-americana De Enfermagem**, v.12, n. 4, p.631–635, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692004000400008>. Acesso em 26 de nov. 2024.

OCKÉ-REIS, C.O. **Sustentabilidade no SUS e renúncia de arrecadação fiscal na saúde.** *Ciência e Saúde Coletiva*, v.23, n.6, p.2035-2042, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/fpzPVyhXgvk9SpDLSRxmYqh/>. Acesso em: 23 de mar 2025.

OLIVEIRA, K. C. P. D. N.; FORTUNA, C. ; MONCEAU, G. . Educação Permanente como dispositivo para formação de profissionais de saúde. In: **Proceedings do 13º Congresso Ibero-Americano de Investigação Qualitativa**, 2024, Cáceres e Online. Anais eletrônicos, Galoá, 2024. Disponível em: <<https://proceedings.science/ciaiq-2024/trabalhos/educacao-permanente-como-dispositivo-para-formacao-de-profissionais-de-saude?lang=pt-br>> Acesso em: 19 Jun. 2025.

OLIVEIRA, M.; MENEZES, E.C.O.; RAUPP, F.M. Dilemas da Gestão de Serviços da Saúde frente à Gestão Orçamentária: Aprendizados em um município de Santa Catarina. **Revista Conhecimento Contábil.** V.13,n.2, p. 39-54, 2023. Disponível em: <https://periodicos.apps.uern.br/index.php/RCC/article/view/5300>. Acesso em 05 jun de 2025.

PARANÁ. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2024-2027.** Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Plano-Estadual-de-Saude>. Acesso em 29 mar. 2024.

PEREIRA, B.L.S.; FALEIROS, D.R. **Financiamento do SUS na perspectiva municipal: contribuições do Conasems para o debate**. Brasília DF: CONASEMS, 2022. 101p. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2022/08/Financiamento-do-SUS-na-perspectiva-municipal.pdf>. Acesso em: 25 out. 2024.

PEREIRA, B.L.S. et al. **Gestão Orçamentária e Financeira do SUS**. Brasília DF: CONASEMS, 2022. 59p. Disponível em: https://portal.conasems.org.br/orientacoes-tecnicas/noticias/5512_acesse-o-relatorio-de-pesquisa-gestao-orcamentaria-e-financeira-do-sus. Acesso em 25 nov. 2024.

PINAFO, E. et al. Problemas e estratégias de gestão do SUS: a vulnerabilidade dos municípios de pequeno porte. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.25,n.5, p.1619-1628, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/gPnKF8DqfgKyxtgPyb5hYgG/>. Acesso em: 04 de jun de 2025.

PIOLA, S.F. et al. Estruturas de financiamento e gasto do sistema público de Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 4. pp. 19-70. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/z9374/pdf/noronha-9788581100180-03.pdf>. Acesso em: 23 de mar 2025.

PIOLA S.F, BENEVIDES R.P de S.; VIEIRA F.S. **Consolidação do gasto com ações e serviços públicos de saúde: trajetória e percalços no período de 2003 a 2017**. Brasília: Ipea; 2018 (Texto para Discussão n.2439). Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8934>. Acesso em: 29 de mar. 2024.

PINTO, E.G. **Financiamento de direitos fundamentais: políticas públicas vinculadas, estabilização monetária e conflito distributivo no orçamento da União do pós-Plano Real**. Belo Horizonte: editora O Lutador, 2010. 404p.

PIRES-ALVES, F.A.; PAIVA, C.H.A. **Recursos críticos: história da cooperação técnica Opas-Brasil em recursos humanos para a saúde (1975-1988)** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. 204 p. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/tv/pdf/pires-9788575412923.pdf>. Acesso em: 10 fev de 2025.

RICOUER, P. **Interpretação e ideologias**. 4ed. Rio de janeiro: Francisco Alves, 1990. 174p.

RICOUER, P. The Model of the Text: meaningful action considered as a text. In: **New Literary History. What Is Literature?** The Jhons Hopkins University Press; 1973. p.91 – 117.

- ROCHA, C.V. Significados e Tendências do Federalismo Brasileiro. In: HOCHMAN, G.; FARIA, C.A. (org). **Federalismo e políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013. P.29 – 63.
- SÁ, T.H.; FLORINDO, A.A. Efeitos de um programa educativo sobre práticas e saberes de trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família para a promoção de atividade física. **Rev Bras Ativ Fis. e Saúde**. Pelotas,RS. v. 17, n. 4,p.293-299, Ago, 2012. Disponível em: <https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/1881>. Acesso em: 26 nov. 2024.
- SILVA, J.F.M.; CARVALHO, B.G.; DOMINGOS, C.M. A governança e a relação público-privado no cotidiano das práticas em municípios de pequeno porte. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.10, n.23, p. 3179-3188, 2018.
- SILVA, J.A.M.; PEDUZZI, M. Educação no Trabalho na Atenção Primária à Saúde: interfaces entre a educação permanente em saúde e o agir comunicativo. **Saúde Soc**. São Paulo, v. 20, n.4, p. 1018-1032, 2011.
- SILVA, K.L. et al. Análise dos discursos referentes a educação permanente em saúde no Brasil (1970 – 2005). **Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro. v. 17, n.2, p.1 – 18, 2019.
- SILVA, K.S.B.et al. Conhecimento e uso do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) pelos gestores municipais, Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v.2,n.26, p.373-382, 2010.
- SILVA, C.B.G.; SCHERER, M.D.A. A implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde na visão de atores que a constroem. **Interface**, Botucatu. v. 24, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/wSmkML5zgMkhhs8WmRYsKpm/>. Acesso em 13 jun 2025.
- SILVA, R.C. et al. Contribuição da Contabilidade no Planejamento e Gestão dos Recursos Públicos da Saúde no município de Governador Dix-Sept Rosado RN. **Tópicos Contemporâneos em Contabilidade Gerencial & Controladoria**. 72ª Reunião Anual da SBPC – 2020. p. 139-160, 2020. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/344192308_CONTRIBUICAO_DA_CONTABILIDADE_NO_PLANEJAMENTO_E_GESTAO_DOS_RECURSOS_PUBLICOS_DA_SAUDE_NO_MUNICIPIO_DE_GOVERNADOR_DIX-SEPT_ROSADO-RN. Acesso em 03 de jun de 2025.
- STEPAN, A. Para uma nova análise comparativa do federalismo e da democracia: federações que restringem ou ampliam o poder do Demos. **Dados**, v. 42, n.2, 197–251, 1999. <https://doi.org/10.1590/S0011-52581999000200001>
- SERVO, L. M. S. et al. Financiamento do SUS e Covid-19: histórico, participações federativas e respostas à pandemia. **Saúde em Debate [online]**. 2020, v. 44, n. esp.4, p.114-129, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E407>>. Acesso em: 29 de mar. 2024.

SERVO, L.M.S. et al. Financiamento e gasto público de saúde: histórico e tendências. In: MELAMED, C.; PIOLA, S.F. (org). Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ipea, 2011. 356p. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/3009>. Acesso em 29 mar. de 2024.

SOARES, M. M.; MACHADO, J. A. **Federalismo e políticas públicas**. Brasília: Enap, 2018. 112 p.

SOUZA, C. M. Coordenação, uniformidade e autonomia na formação de políticas públicas: experiências federativas no cenário internacional e nacional. **Cad. Saúde Pública**, v.35 (supl. 2), e00046818, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/45DWPg6xBf99zWHR57q4hcK/#>. Acesso em: 26.out. 2024.

SOUZA, C. M. Instituições e mudanças: reformas da Constituição de 1988, federalismo e políticas públicas. In HOCHMAN, G.; FARIA, C.A. (org). **Federalismo e políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013. P. 361-386.

SOUZA, C. M. Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 7, n. 3. P. 431-442, 2002.

SOUZA,C.; GRIN, E.J. Desafios da federação brasileira: descentralização e gestão municipal. In: GRIN, E.J.; DEMARCO, D.J.; ABRUCIO, F.L. **Capacidades estatais municipais: o universo desconhecido no federalismo brasileiro**. Porto Alegre: ed. UFRGS/CEGOV, 2021. 714p.

STROSCHEIN, K.A.; ZOCHE, D.A.A. Educação permanente nos serviços de saúde: um estudo sobre as experiências realizadas no Brasil. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro. v. 9, n.3, p.505-519, 2012.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 18ed. São Paulo: Cortez, 2011.

THIOLLENT, M. **Pesquisa-ação nas Organizações Sociais**. São Paulo: editora Atlas, 1997.

TORRES, H.T. **Direito Constitucional Financeiro**. São Paulo: editora Revista dos tribunais LTDA, 2014. 511p.

VARSANO, R. et al. **Uma análise da carga tributária do Brasil**. Brasília DF: Ipea, 1998 (Texto para Discussão n. 583). Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/2439>. Acesso em 25 out. de 2024.

VILLANI, R.A.G.; BEZERRA, A.F.B. Concepções dos gestores municipais de saúde de Pernambuco sobre a destinação e gestão dos gastos com saúde. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 22, n.2, p. 521-529, 2013.

VIEIRA, A.C. Clientelismo e serviços de saúde. **Revista de Políticas Públicas**. v.6, n.3, p.9-40, 2015. Disponível em:

<https://periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/3724>.

Acesso em 10 jun. 2025.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O(a) Sr(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada *Mudanças nas regras de transferência de recursos federais do Sistema Único de Saúde: implicações e desafios para o financiamento e a organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil* coordenada pela Prof. Dra. Luciana Dias de Lima da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz - ENSP/FIOCRUZ. O projeto se dá em parceria com a Universidade Estadual de Londrina (UEL), Paraná.

Esse trabalho tem como objetivo geral analisar as transformações na composição das transferências de recursos federais do Sistema Único de Saúde e suas repercussões para o financiamento e a organização da Atenção Primária à Saúde, em nível nacional e em diferentes contextos regionais e municipais.

O(a) Sr(a) foi selecionado(a) para responder às questões dessa pesquisa por exercer função, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde/Prefeitura, relacionada à gestão do sistema de saúde e/ou da Atenção Primária à Saúde. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e o(a) Sr.(a) tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar. A qualquer momento o(a) Sr.(a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento, sem nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a ENSP/FIOCRUZ. Sua colaboração nesta pesquisa consistirá em conceder entrevista após identificação do pesquisador, leitura e assinatura do TCLE, em dia, horário e local de trabalho de sua preferência, garantindo o sigilo e a privacidade das informações fornecidas ao pesquisador.

A execução da pesquisa envolve uma série de estratégias metodológicas, incluindo entrevistas com gestores e técnicos das secretarias de saúde dos estados e municípios do Rio de Janeiro e do Paraná, bem como representantes de instâncias de gestão regional e da gestão local da saúde, e do poder Legislativo; análise documental; e pesquisa em bases de dados secundários. Os resultados da pesquisa aos participantes e suas instituições serão divulgados após o término do estudo por intermédio de apresentações específicas voltadas para os gestores. Além disso, estão previstos a confecção de e-book interativo, infográfico e curso de curta duração para disseminação de produtos e resultados da pesquisa durante o seu desenvolvimento.

O tempo previsto para realização da entrevista é sessenta minutos. A realização da entrevista não deverá interferir na rotina e nas atividades de gestão da sua instituição. Sua entrevista será gravada para transcrição posterior, visando facilitar o processamento do material. Entretanto, você pode solicitar ao pesquisador que interrompa a gravação a qualquer momento durante a realização da entrevista. Os dados coletados na entrevista serão arquivados, em arquivos digitais, por pelo menos 5 anos e serão acessados somente pela equipe de pesquisadores. Com o fim deste prazo, o material será descartado.

O benefício relacionado a sua participação na pesquisa é o de contribuir com o debate sobre os condicionantes e desafios do financiamento público e da organização da Atenção Primária à Saúde em seu estado, região ou município. Além disso, possibilitará a identificação dos elementos que favorecem ou dificultam a organização dos serviços de atenção básica, visando à proposição de estratégias para a superação de obstáculos à consolidação do SUS.

Toda pesquisa possui riscos potenciais, maiores ou menores, dependendo dos objetivos e metodologias adotadas. No caso deste estudo, há risco de ocorrer identificações dos sujeitos e constrangimentos dos entrevistados em razão do cargo público ou de notoriedade pública ocupado e da atividade profissional (função de gestão) desenvolvida, e do reduzido número de pessoas que serão entrevistadas.

Página 1 de 3

Rubrica pesquisador: _____

Rubrica participante: _____





Visando reduzir riscos de identificação, esclarecemos que as informações obtidas por meio da sua entrevista serão processadas e analisadas em conjunto com as demais entrevistas e material de outras fontes de pesquisa e que os resultados da análise são de responsabilidade dos pesquisadores; que citações diretas de falas, que permitam sua identificação serão evitadas; que após a transcrição, serão atribuídos códigos de modo a garantir o sigilo dos entrevistados; que seu nome e dados pessoais não serão de modo algum utilizados. Serão assegurados o sigilo e a privacidade das informações fornecidas em todas as etapas do estudo e de divulgação de seus resultados.

Ressaltamos que se o senhor (a) vier a sofrer qualquer tipo de dano previsto ou não neste termo de consentimento e resultante de sua participação nesta pesquisa receberá assistência integral, com direito à indenização, conforme itens III.2.0, IV.4.c, V.3, V.5 e V.6 da Resolução CNS 466/12.

Este termo é redigido em duas vias, sendo uma para o senhor (a) e outra para o pesquisador. Nele constam os dados da pesquisadora responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. Suas dúvidas sobre a pesquisa, seus desdobramentos e sua participação serão esclarecidas a qualquer momento, inclusive após a conclusão do estudo.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Solicitamos que assinale a(s) opção(ões) abaixo que considerar pertinente(s), relativa(s) à autorização das condições de uso do seu depoimento para fins da pesquisa científica.

Autorizo que minha função institucional conste em uma listagem geral de entrevistados. Sim () Não ()

Autorizo que minha função institucional seja vinculada às informações por mim fornecidas. Sim () Não ()

Tel e Fax - (0XX) 21- 25982863 **E-Mail:** cep@ensp.fiocruz.br

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Prof. Dra. Luciana Dias de Lima

Pesquisadora – e-mail: luciana@ensp.fiocruz.br

DAPS – Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – 7º. Andar. Tel.: (21) 2598 – 2849

Tel. CEP/ENSP- (21) 2598-2863

Rio de Janeiro/Paraná, ____ de _____ de 2020.

Página 2 de 3

Rubrica pesquisador: _____

Rubrica participante: _____





Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Luciana Dias de Lima
Pesquisadora e Coordenadora do Projeto de Pesquisa (ENSP/Fiocruz/RJ)

Brígida Gimenez de Carvalho/Fernanda de Freitas Mendonça [ajustar com um dos nomes]
Pesquisadora do Projeto (UEL/PR)

Nome completo do entrevistado

Assinatura do entrevistado

Rubrica pesquisador: _____

Rubrica participante: _____



APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O(a) Sr(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada ***Gestão orçamentária em saúde: estratégias para ampliar a eficiência e autonomia dos municípios no uso dos recursos em saúde***, desenvolvido no âmbito do Programa de Pós Graduação em saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina (PPGSC/UEL), Paraná, com a coordenação da professora Fernanda de Freitas Mendonça e colaboração das pesquisadoras Talita Bengozi Gozi, Brígida Gimenez Carvalho e Sônia Cristina Stefano Nicoletto.

Esse trabalho tem como objetivo geral construir ferramentas que apoiem os gestores a gerir melhor os recursos que são fundamentais para garantir mais segurança, autonomia e eficiência na aplicação e prestação de contas dos recursos da saúde. O(a) Sr(a) foi selecionado(a) para participar dessa pesquisa por exercer função, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde/Prefeitura, relacionada à gestão do sistema de saúde. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e o(a) Sr.(a) tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar. A qualquer momento o(a) Sr.(a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento, sem nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com o PPGSC/UEL. Sua colaboração nesta pesquisa consistirá em participar das oficinas de *Qualificação orçamentária da saúde para a gestão municipal*, após identificação do pesquisador, leitura e assinatura do TCLE, sendo-lhe garantido o sigilo e a privacidade dos dados/informações trabalhados nas oficinas.

Estão previstas a realização de quatro oficinas, com duração de seis horas cada uma, além de uma visita técnica ao município. As discussões que ocorrerão durante as oficinas serão registradas em arquivos digitais, e serão acessados somente pela equipe de pesquisadores, sendo arquivadas por um período de cinco anos. Com o fim deste prazo, o material será descartado.

O benefício relacionado a sua participação na pesquisa é o de participar das oficinas e das discussões sobre o financiamento público e a gestão orçamentária e financeira da saúde do município. Toda pesquisa possui riscos potenciais, maiores ou menores, dependendo dos objetivos e metodologias adotadas. No caso deste estudo, há risco de ocorrer identificações dos sujeitos e constrangimentos dos entrevistados em razão do cargo público ou de notoriedade pública ocupado e da atividade profissional (função de gestão) desenvolvida, e do reduzido número de pessoas que serão entrevistadas.

Visando reduzir riscos de identificação, esclarecemos que as informações obtidas por meio da sua participação serão processadas e analisadas em conjunto com as demais materiais obtidos de outras fontes de pesquisa e que os resultados da análise são de responsabilidade dos pesquisadores; que citações diretas de falas, que permitam sua identificação serão evitadas; sendo atribuídos códigos de modo a garantir o sigilo dos participantes; que seu nome e dados pessoais não serão de modo algum utilizados. Serão assegurados o sigilo e a privacidade das informações fornecidas em todas as etapas do estudo e de divulgação de seus resultados.

Esta pesquisa foi avaliada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEL (CEP/UEL), sendo aprovada sob número: 5.545.546/2022. Suas dúvidas sobre a pesquisa, seus

desdobramentos e sua participação poderão ser esclarecidos a qualquer momento, inclusive após a conclusão do estudo, tanto com as pesquisadoras, como pelo CEP/UEL. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Eu, _____, declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. Autorizo que as informações por mim fornecidas possam ser utilizadas no desenvolvimento desta pesquisa.

Londrina, ____ de _____ de 2023.

Talita M. Bengozi Gozi – pesquisadora
(43) 999547744

Nome completo do entrevistado

Assinatura do entrevistado

APÊNDICE 3 – ROTEIRO ENTREVISTAS FASE EXPLORATÓRIA

Projeto: “Mudanças nas regras de transferência de recursos federais do Sistema Único de Saúde: implicações e desafios para o financiamento e a organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil”

Etapas de campo - maio a agosto de 2022

Roteiro de entrevista

- Perfil 2. Profissionais em funções técnicas e operacionais das SMS/Prefeituras -

Dados do entrevistado:

Nome:

Data de nascimento:

Sexo:

Formação:

Conte-me sobre a sua trajetória profissional

- Formação complementar (especialização, mestrado, doutorado):
- Cargo:
- Tempo no cargo:
- Experiência anterior na gestão

Bloco 1. Modelo de Atenção

1. O que é APS para você? Como você vê o papel da APS no sistema de saúde? (Nota: explorar sentidos da APS abrangente e focalizada).

Bloco 2. Planejamento e gestão orçamentário-financeira

2. Como está organizada a área de planejamento da Saúde em seu município? (Nota: existência de equipe exclusiva para área ou acumula outras atividades? - local de trabalho, ambiência)

3. Quais ações/atividades realizam? (Nota: elaboração dos instrumentos de gestão, planos de aplicação, planejamento orçamentário (PPA/LDO/LOA); acompanhamento sistemático da execução orçamentária, prestação de contas (relatório quadrimestral, RAG); Gestão do FMS?)

Em caso negativo, quem (setor/departamento) responde por ou elabora essas atividades?

- elaboração dos instrumentos de gestão
- planos de aplicação
- planejamento orçamentário (PPA/LDO/LOA)

- execução orçamentária
- prestação de contas (relatório quadrimestral, RAG)
- Gestão do Fundo Municipal de Saúde (FMS)

4. Como é a elaboração de instrumentos de planejamento/orçamento? Há integração dos instrumentos de planejamento/orçamento da saúde e do executivo? Existe dificuldade neste processo? (Nota: explorar como é o processo de elaboração: Quem define o planejamento da saúde? O início do processo de elaboração conta com um debate prévio e participação da equipe de gestão e do Conselho de saúde, por exemplo?).

5. Quem é o responsável pela alimentação do SIOPS no seu município? Caso a equipe técnica da secretaria de saúde não participe da alimentação, ela monitora e analisa as informações do SIOPS? (Nota: explorar como faz).

6. Qual a relação com a contabilidade (específico para a saúde ou atua também na prefeitura)?

7. De que forma o município toma conhecimento do recebimento dos recursos (há pessoa/setor responsável por acompanhar o recebimento; clareza no processo, acessibilidade e transparência quanto às informações)?

8. Sobre os recursos da Saúde, quem define ou orienta o seu uso? Há integração entre os setores sobre o recebimento e as regras de aplicação dos recursos? A definição para a utilização das fontes de recursos é de iniciativa da secretaria de saúde ou contabilidade? (Nota: explorar relação com o setor de tesouraria).

9. Como são planejados e executados os recursos recebidos via transferência federal e estadual? (Faz uso do planejamento ascendente e participativo (das áreas: APS, Vigilância, especializada)? Ou as decisões são definidas de forma unilateral? (repetir essa questão para prestação de contas).

10. Como é feita a autorização/controle dos gastos por fonte? É utilizado algum sistema?

11. Vocês realizam alguma avaliação sobre o quanto o município investe em cada subfunção/área? (Se gasta mais com a média do que com a básica) E por fonte? (Referente a aplicação dos 15% da fonte municipal)

12. Como são planejados e organizados os projetos/atividades no orçamento? A secretaria de saúde participa da elaboração do orçamento anual?

13. Com obrigatoriedade de preencher a parte financeira no Digisus, como tem sido feito esse preenchimento? E os relatórios quadrimestrais, como é realizado o seu preenchimento financeiro? Há alguma análise dessas informações que subsidiam as ações e gastos?

14. Você acompanha a participação das emendas parlamentares (EP) no financiamento federal do SUS? (Caso a resposta seja não, pular as questões sobre a temática EP - Bloco 3 - e encerrar).

APÊNDICE 4 - CADERNOS DAS OFICINAS DE PESQUISA AÇÃO

OFICINA 1

INTRODUÇÃO AO FINANCIAMENTO E ORÇAMENTO PÚBLICO X INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO

Autores:

Talita Maria Bengozi Gozi

Brígida Gimenez Carvalho

João Felipe Marques da Silva

PROGRAMAÇÃO

1º Momento (30min) – Acolher os participantes, rodada de apresentações (nome, cargo/função, quanto tempo atuando) e apresentar os objetivos da Oficina 1:

Objetivos:

- Conhecer os marcos legais de planejamento da gestão pública;
- Revisar os instrumentos de planejamento;
- Entender a importância da integração dos instrumentos de planejamento junto ao orçamento;
- Discutir como estão organizadas as equipes de planejamento e como ocorre a construção e avaliação/ monitoramento dos instrumentos de planejamento da saúde.

2º Momento (30min) - Discussão com as equipes - questões norteadoras:

- Por que cabe ao município a execução das políticas de saúde?
- Como o município se organiza para o planejamento e execução destas políticas (quem faz, como acompanha)?
- E sobre os instrumentos de gestão orçamentária, existe alguém da saúde que realiza e acompanha?

3º Momento (30min) - Vídeo Marta Arretche

Questão norteadora pós vídeo:

- Considerando o federalismo tripartite, qual o real papel dos municípios na área da saúde?

4º Momento (30min) – Leitura do Texto 1

Questão norteadora após a leitura do texto:

- Como você entende o papel dos municípios como executor de políticas de saúde?

5º Momento (1h30min) – Aula expositiva dialogada (texto 2)

Intervalo (1h30min)

6º Momento (1h30min) - Leitura Texto 3 - Planejamento no SUS

Colocamos em nosso PMS a construção de uma nova UBS daqui há 2 anos.

Em grupos (3 grupos) discuta as seguintes questões:

- Como se dá o planejamento desta construção? Projeto, licitação, disponibilidade orçamentária?
- E também teremos que mobiliar e equipar a nova UBS, como ocorre o planejamento de tais aquisições? Quem mapeia as necessidades? Quantitativos? Descritivos? Orçamentos? Processos licitatórios? Foi colocado no PCA?

7º Momento (15min) – Orientação da Atividade de dispersão

- Existe revisão do PMS anualmente?
- Após a finalização do RAG, faz-se uma análise dos gastos e comparando com o planejamento do próximo ano?
- Quais serviços estão gastando mais? Quais precisam de mais investimentos no próximo exercício?

8º Momento (30min) – Avaliação da Oficina

Texto 1

O ENTE MUNICIPAL

Desde a Proclamação da República em 1889, o Brasil se constituiu como uma república federativa. O federalismo é considerado uma organização político-administrativa, que se justifica quando se tem grandes áreas territoriais e heterogêneas, assim como no Brasil.

Numa nação federalista, a soberania é compartilhada entre um governo central e seus entes subnacionais (estados, distrito federal e municípios) e, desta forma, as responsabilidades e competências são divididas entre os entes (ABRUCIO, 2003).

Outra característica marcante no federalismo é divisão do poder e a descentralização, melhor dizendo, há garantia da divisão de poder entre governo central e governos regionais. No Brasil, a descentralização foi marcada pela Constituição Federal (CF) de 1988. Não que a Constituição fosse o marco exclusivo da descentralização, pois, várias medidas e fatos anteriores a 1988 davam sinais de que a descentralização era fato previsível na nova Constituição, mas era também resultado de um novo regime democrático que se instalava, após um longo período ditatorial que se findava (SOUZA, 2002; ALMEIDA, 2001). Outra medida que merece destaque na CF (1988) foi a inclusão dos municípios como entes federados, ao lado dos estados e Distrito federal, tornando o Brasil um país de triplo federalismo (SOUZA, 2019; SOUZA, 2013).

Ao passo que a descentralização proposta na CF (1988) trouxe maior autonomia financeira e política aos municípios, também exigiu destes entes a maior participação na implementação das políticas públicas, dentre elas a saúde, nosso caso em questão.

Aos municípios, pela justificativa de estarem mais próximos da população, ficaram com a responsabilidade de na prática, executarem os serviços de saúde (CF, art. 30, VII). Desta forma, os municípios estão encarregados da prestação direta de ações e serviços de saúde, em especial dos cuidados primários e, de forma complementar, a média e alta complexidade, sendo a esfera de contato mais direto com a população. Entre suas principais atribuições estão as de executar serviços de vigilância epidemiológica e sanitária; de alimentação e nutrição; de saneamento básico e de saúde do trabalhador; implementar a política de insumos e equipamentos em saúde; controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde; planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde; entre outros (BRASIL, 2016).

Para tanto, os municípios necessitam de recursos financeiros e grande organização e planejamento orçamentário, visto que, legalmente, devem aplicar o mínimo de 15% de sua arrecadação fiscal em ações e serviços públicos de saúde, mas sabe-se, que historicamente têm aplicado muito além.

Texto 2

INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO DA GESTÃO PÚBLICA

Planejar é a arte de elaborar o plano de um processo de mudança. É um método para apoiar a tomada de decisão, visando otimizar os meios de trabalho e os recursos com vistas ao alcance do objetivo (Cardoso, 2013). Compreende um conjunto de conhecimentos práticos e teóricos ordenados de modo a possibilitar interagir com a realidade, programar as estratégias e ações necessárias, e tudo o mais que seja delas decorrente, no sentido de tornar possível alcançar os objetivos e metas desejados e nele preestabelecidos.

A Constituição Federal (CF) de 1988 determina que o planejamento é um dever do Estado, sendo determinante para o setor público e também indicado para o setor privado:

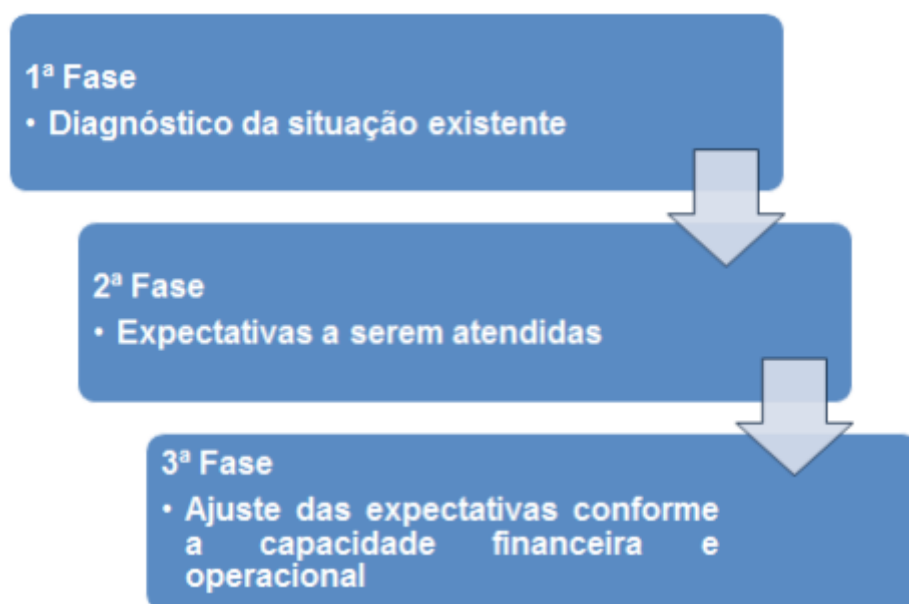
Art. 174. Como agente normativo e regulador da atividade econômica, o Estado exercerá, na forma da lei, as funções de fiscalização, incentivo e planejamento, sendo este determinante para o setor público e indicativo para o setor privado.

Pode se afirmar que planejar resulta em maior eficiência, redução de erros, economia e maior efetividade nos resultados. Na gestão pública, um dos grandes focos do planejamento está na aplicação eficiente dos recursos e na orientação dos investimentos.

Segundo Machado (2004, p.14):

“O planejamento está intimamente ligado ao moderno processo orçamentário: o primeiro passo para a elaboração da peça orçamentária é a discussão, dentro da própria Administração Pública, acerca das necessidades da sociedade, bem como o custo-benefício das possíveis ações governamentais para atender a essas necessidades.”

Figura 1: Fases iniciais do processo de Planejamento:



Fonte: BRASIL, 2016

Três instrumentos orçamentários, definidos na CF de 1988, são considerados ordenadores do planejamento na gestão pública: **o Plano Plurianual (PPA), a Lei das Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei do Orçamento Anual (LOA)** (de acordo com os arts. 165 à 169, acrescido ainda da Lei Complementar 101/2000, também conhecida como Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF)).

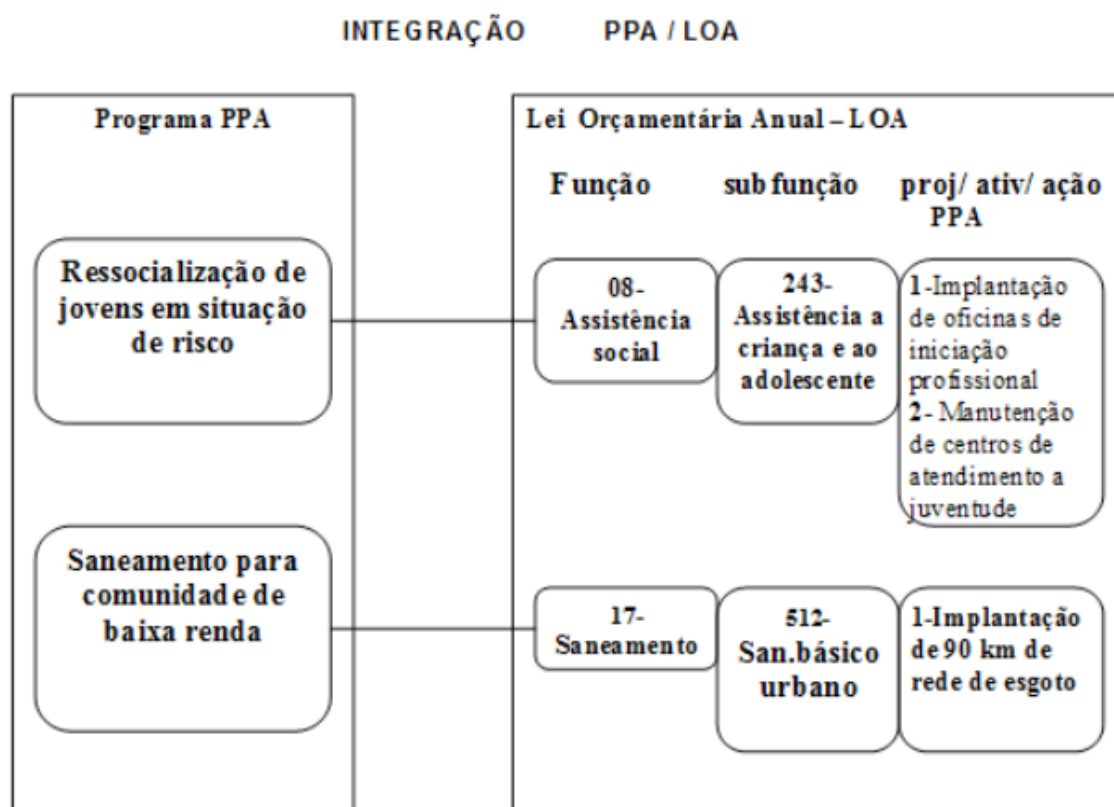
Este modelo é aplicado nas três esferas de governo (Federal, Estadual/Distrital e Municipal).

PPA:

O PPA é um instrumento de planejamento estratégico das ações de governo, devendo prever as obras e os investimentos que serão realizados durante os quatro anos de sua vigência, bem como todas as despesas decorrentes desses investimentos (BRASIL, 2016).

O PPA define diretrizes, objetivos e metas de médio prazo (quatro anos) da administração pública para as despesas de capital e outras delas decorrentes e para as relativas aos programas de duração continuada. Nenhum investimento cuja execução ultrapasse um exercício financeiro poderá ser iniciado sem ser incluído no PPA.

Figura 2: Planejamento de longo e curto prazo: PPA e LOA.



Fonte: Funcia, Rezende e Vignoli. Op.cit. 2010 apud Brasil (2016)

LDO:

A Lei de Diretrizes Orçamentárias é um dos instrumentos do planejamento do setor público brasileiro que surgiu com a CF de 1988 e foi complementada, em termos de atributos, pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) (BRASIL, 2016). Compreende as metas e prioridades da

administração pública federal, estabelece as diretrizes de política fiscal e respectivas metas, em consonância com trajetória sustentável da dívida pública, orienta a elaboração da lei orçamentária anual, dispõe sobre as alterações na legislação tributária e estabelece a política de aplicação das agências financeiras oficiais de fomento.

LOA

A Lei do Orçamento anual é elaborada pelo poder executivo e seguindo os termos estabelecidos na Lei 4.320/64, estima a receita e fixa a despesa do exercício subsequente. A estimativa da receita representa uma etapa muito importante do processo de planejamento, especialmente durante a elaboração do Projeto de Lei Orçamentária Anual, pois representa a capacidade de financiamento das políticas públicas de todas as áreas de governo: é o primeiro passo para a definição do detalhamento da despesa anual, de forma a garantir o equilíbrio das contas públicas (BRASIL, 2016).

O orçamento passa pela negociação junto à sociedade, representada pelo poder Legislativo que pode propor emendas ao orçamento, modificando as propriedades e posterior, aprovando ou não a LOA.

LRF

A Lei Complementar 101/2000 destina-se a regulamentar a CF, no que diz respeito a tributação e orçamento. Tem como principal objetivo “estabelecer normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal” como está descrito em seu Art. 1º.

Desta forma, responsabilidade na gestão fiscal pode ser definida como:

- Ação planejada e transparente;
- Prevenção de riscos e correção de desvios que afetem o equilíbrio das contas públicas;
- Garantia de equilíbrio nas contas, via cumprimento de metas de resultados entre receitas e despesas, com limites e condições para a renúncia de receita e a geração de despesas com pessoal, seguridade, dívida, operações de crédito, concessão de garantia e inscrição em restos a pagar (BRASIL, 2011).

A LRF foi criada em 2000, no governo Fernando Henrique Cardoso e mudou a forma de administração das contas públicas. Foram criados limites para gastos com pessoal e endividamento público, além de medidas caso as contas saiam do controle, também trouxe maior transparência para as contas públicas e responsabilização aos gestores, frente ao não cumprimento das regras.

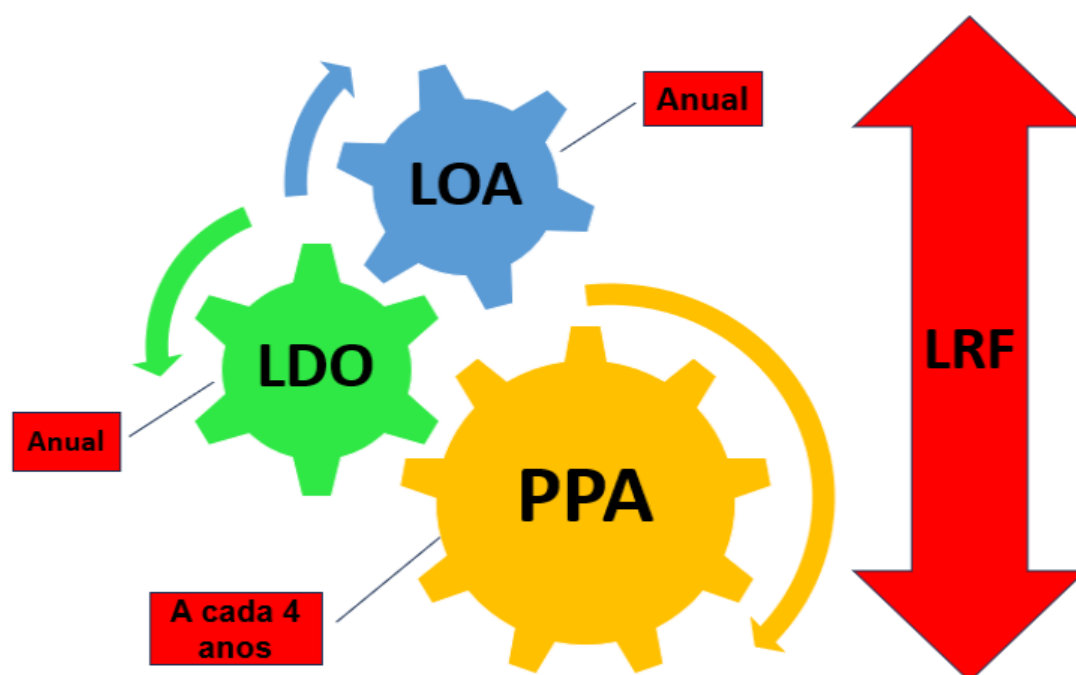
Figura 3 : Conteúdos apresentados na LDO que atendem aos requisitos da LRF:

- ✓ Critérios para contingenciamento ("congelamento") de dotações quando a evolução da receita bimensal comprometer os resultados orçamentários e financeiros pretendidos (*art. 4º, I, "b"*);
- ✓ Regras para avaliar a eficiência das ações desenvolvidas, na forma de controle operacional de custos (*art. 4º, I, "e"*);
- ✓ Condições para ajudar financeiramente instituições privadas. Ex.: metas operacionais de atendimento; aplicação na atividade-fim de, ao menos, 80% da receita; regularidade fiscal da beneficiada; atestado de bom funcionamento (*art. 4º, I, "f"*);
- ✓ Condições para transferir recursos para Entes da Administração Indireta. Ex.: cumprimento de metas por parte de Autarquias, Fundações e Estatais Dependentes, (*art. 4º, I, "f"*);
- ✓ Autorização para o município auxiliar o custeio de despesas próprias do Estado e da União. Ex.: gastos de operação do quartel da Polícia Militar, do Tiro de Guerra, do Cartório Eleitoral, da Delegacia de Polícia, do Fórum, entre tantos outros (*art. 62, I*);
- ✓ Critérios para novos projetos, após o adequado atendimento dos que estão em andamento (*art. 45, caput, c.c. art. 5º, § 5º*);
- ✓ Critérios para o Poder Executivo estabelecer a Programação Financeira Mensal para todo o município, nele incluído a Câmara (*art. 8º, caput*);
- ✓ Percentual da Receita Corrente Líquida que será retido, na peça orçamentária, enquanto Reserva de Contingência, destinada a passivos contingentes e outros riscos fiscais (*art. 5º, III*);
- ✓ Critérios para contratação de horas extras quando o Poder superar o limite prudencial para pessoal: Executivo, 51,30% da RCL; Legislativo, 5,7% da RCL (*art. 22, parágrafo único, V*);
- ✓ Determinação do índice de preços para atualização monetária do principal da Dívida Mobiliária Refinanciada (*art. 5º, § 3º*);

(2023).

Fonte:
São
Paulo

Figura 4: Ciclo do planejamento orçamentário



Fonte: próprios autores.

Texto 3

PLANEJAMENTO NO SUS

O Planejamento no SUS é uma responsabilidade conjunta das três esferas de governo. Cada ente, a União, Estados/Distrito Federal e Municípios planejam suas ações e atividades de acordo com as necessidades de seu território, no entanto, deve-se levar em conta as atividades das demais esferas de governo, para que efetivamente tenham resultados.

Os seguintes Atos Normativos são considerados marcos legais que regem a organização e planejamento no SUS:

- ✓ **Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990:** uma das leis orgânicas da saúde, estabelece os princípios do SUS e que o processo de planejamento e orçamento do SUS será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos municípios, dos estados, do Distrito Federal e da União.
- ✓ **Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990:** Define as conferências de saúde como instâncias para avaliação da situação de saúde e proposição de diretrizes para a formulação da política de saúde nas três esferas, de maneira ascendente, e estabelece a elaboração dos planos de saúde como condição para o recebimento de transferências do Fundo Nacional de Saúde (FNS).
- ✓ **Emenda Constitucional nº 29 de 2000:** Institui a obrigatoriedade da aplicação por parte dos três entes da Federação de patamares mínimos de recursos fiscais para o financiamento das ações e serviços de saúde no SUS, patamares esses que deverão balizar a previsão de receitas e despesas nos processos de planejamento do SUS.
- ✓ **Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011:** regulamenta a Lei 8.080/1990 e estabelece que o processo de planejamento da saúde será ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde, mas acrescenta que as necessidades das políticas de saúde devem ser compatibilizadas com a disponibilidade de recursos financeiros e será efetuada no âmbito dos planos de saúde, os quais serão resultado do planejamento integrado dos Entes federativos e deverão conter metas de saúde.
- ✓ **Lei Complementar n.º 141 de 13 de janeiro de 2012:** regulamenta o artigo 198 da Constituição Federal de 1988 e a Emenda Constitucional 29/2000, definindo as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com o SUS dos três entes federativos; a determinação do planejamento ascendente, e do rateio como mecanismo de financiamento do SUS;
- ✓ **Portaria nº 2.135 de 25 de setembro de 2013 e Portaria de Consolidação nº1 de 28 de setembro de 2017:** Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS, define o Plano de Saúde, as respectivas Programações Anuais e o Relatório de Gestão como os instrumentos fundamentais para o planejamento no âmbito do SUS. Estabelece ainda que o Plano de Saúde deverá observar os prazos do PPA de cada ente da Federação. Dispõe que o processo de planejamento regional integrado será coordenado pela gestão estadual, envolverá os três entes federados e será elaborado no âmbito das regiões de saúde.

- ✓ **Título IV , Capítulo I, da Portaria de Consolidação n.º 1, de 28 de setembro de 2017:** estabelece diretrizes para planejamento do SUS. Determina a compatibilização entre os instrumentos de planejamento da saúde (Plano de Saúde e respectivas Programações Anuais, Relatório de Gestão) e os instrumentos de planejamento e orçamento de governo, sendo eles o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), em cada esfera de gestão (CONASEMS, 2021; BRASIL, 2015; BRASIL, 2016):

Quadro 1 - OS SETE PRINCÍPIOS GERAIS DE PLANEJAMENTO GOVERNAMENTAL NO SUS

<p>1. O Planejamento consiste em uma atividade obrigatória e contínua</p> <p>O processo de planejamento em saúde é de responsabilidade de cada ente federado, a ser desenvolvido de forma contínua, articulada, ascendente, integrada e solidária, entre as três esferas de governo, na medida em que visa dar direcionalidade à gestão pública da saúde. O planejamento regular permite dotar os gestores de informações que possibilitem uma ação mais efetiva sobre a realidade sanitária e redirecionar as ações com vistas a melhorar as condições de saúde da população.</p>
<p>2. O planejamento no SUS deve ser integrado ao planejamento governamental geral</p> <p>Os instrumentos de planejamento da saúde — o Plano de Saúde e suas respectivas Programações Anuais e o Relatório de Gestão — devem orientar, no que se refere à política de saúde, a elaboração dos instrumentos de planejamento de governo — Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA), definidos a partir do art. 165 da CF. A Constituição Federal de 1988 define a integração entre as funções de planejamento estatal e as de orçamentação como sendo o fundamento do modelo orçamentário brasileiro, definido pela necessidade do estabelecimento de uma conexão coerente entre os respectivos instrumentos adotados.</p>
<p>3. O planejamento deve respeitar os resultados das pactuações entre os gestores nas comissões intergestores regionais, bipartite e tripartite</p> <p>No processo de planejamento no SUS devem ser consideradas como essenciais as pactuações realizadas nas comissões intergestores — CIR, CIB e CIT —, uma vez que esses espaços de governança têm a competência de discutir e pactuar de forma permanente a política de saúde e sua execução na construção da gestão compartilhada do SUS.</p>
<p>4. Planejamento articulado com monitoramento, avaliação e a gestão do SUS</p> <p>O monitoramento e a avaliação devem ser processos periódicos, orientados pelas diretrizes, objetivos, metas e indicadores assumidos em cada esfera de gestão. O monitoramento compreende o acompanhamento regular das metas e indicadores, que expressam as diretrizes e os objetivos da política de saúde em um determinado período e o seu cotejamento com o planejado; enquanto a avaliação envolve a apreciação dos resultados obtidos, considerando um conjunto amplo de fatores.</p>
<p>5. Planejamento deve ser ascendente e integrado.</p> <p>O planejamento ascendente e integrado na saúde, além de requisito legal, é um dos mecanismos relevantes para assegurar a unicidade e os princípios constitucionais do SUS. É essencial que o conjunto de diretrizes, objetivos, metas e indicadores</p>

estabelecidos em âmbito nacional seja empregado pelas três esferas de governo para o desenho de seus instrumentos de planejamento, o que permitirá tanto criar uma ação sincronizada da administração pública em torno das grandes prioridades nacionais quanto uniformizar o formato e a linguagem do planejamento em todo o País.
<p>6. Planejamento: transparência e a visibilidade da gestão da saúde</p> <p>Dentre outras normativas, a LC nº 141, de 2012, dá ênfase à transparência e à visibilidade da gestão da saúde, demandando que os gestores da saúde deem ampla divulgação, inclusive por meios eletrônicos de acesso público, das prestações de contas periódicas da saúde, para consulta e acesso da sociedade. Nesse sentido, sugere que a transparência e a visibilidade sejam asseguradas no processo de elaboração e discussão do Plano de Saúde, da Programação Anual de Saúde e do Relatório de Gestão, devendo ser submetidos à apreciação do respectivo Conselho de Saúde e realização de audiências públicas.</p>
<p>7. Planejamento a partir das necessidades de saúde da população</p> <p>O planejamento no SUS parte do reconhecimento das dinâmicas presentes no território que influenciam a saúde, bem como das necessidades de saúde da população dos Municípios que compõe a Região de Saúde. A análise e o dimensionamento das necessidades de saúde devem privilegiar um conceito mais amplo de saúde, entendendo essa como uma condição que transcende a mera ausência de doença e se caracteriza pela garantia de bem estar tanto físico e afetivo quanto social e econômico.</p>

Fonte: BRASIL, 2016

Como já é de conhecimento de todos, os principais instrumentos de Planejamento do SUS, são:

- ✓ **Plano Municipal de Saúde**
- ✓ **Programação Anual de Saúde**
- ✓ **Relatório Anual de Gestão**
- ✓ **Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior**

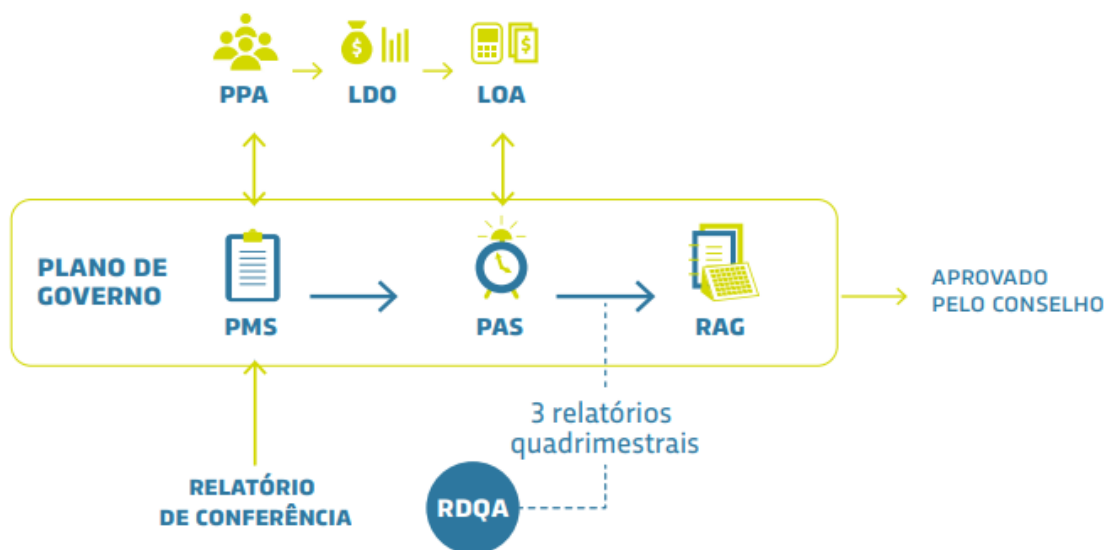
Quadro 2 – Instrumentos de Planejamento no SUS e seus prazos:

	CONTEÚDO	VALIDADE	PRAZO
PMS	Diagnóstico de saúde do município. Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores	4 anos	
PAS	Ações de saúde, para alcance das metas pactuadas no PMS. Necessita de Previsão e vinculação orçamentária	Anual	Preliminar Até 15/04 do ano anterior.

			Final dezembro do ano anterior
RAG	Metas previstas e executadas pela PAS. Resultados, prestação de contas (financeira) do montante aplicado em saúde, produção dos serviços.	Anual	Até 30/03 do ano subsequente
RDQA	Resultados parciais da PAS; Prestação de contas do período; Mínimo constitucional aplicado em ASPS Auditorias no período; Oferta e produção de serviços do período	Quadrimestral	Maio, Setembro e Fevereiro.

Fonte: próprios autores.

Figura 5 - Ciclo dos instrumentos de Planejamento no SUS.



Fonte: Conasems, 2021.

DIGISUS

O sistema de informação DigiSUS foi regulamentado pela Portaria GM/MS nº 750 de 29 de abril de 2019, para estados e municípios com objetivo de auxiliar no planejamento do SUS em consonância ao ciclo de planejamento orçamentário. Foi proposto em substituição ao SargSUS.

Foi criado na antiga Secretaria de gestão Estratégica e Participativa do ministério da Saúde em parceria com o DataSUS, com foco no apoio à gestão municipal e estadual para elaboração dos instrumentos de planejamento, ampliando a transparência e o monitoramento dos planos e dos gastos no SUS.

Figura 7: Sistema DigiSUS Módulo Planejamento.

Fonte: <https://digisusgmp.saude.gov.br/>

Considerando o ciclo do planejamento e com base nos instrumentos, o sistema inicia com o preenchimento das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores do Plano de Saúde do ente federado, para o período de quatro anos. Essas informações são apresentadas automaticamente pelo sistema, a cada ano, no componente que recebe as respectivas programações anuais de saúde (PAS). A cada ano da PAS, os gestores devem inserir as metas anualizadas, assim como as respectivas ações para o alcance das metas.

A funcionalidade da **Programação Anual de Saúde também recebe algumas informações orçamentárias com o demonstrativo da programação de despesas com saúde por subfunção orçamentária, natureza e fonte, cujo preenchimento deve ser feito com base nas informações da Lei Orçamentária Anual (LOA)** do ente.

De forma encadeada, tais conteúdos dos instrumentos do planejamento em saúde são disponibilizados pelo DigiSUS Módulo Planejamento (DGMP), respeitando a temporalidade de elaboração e execução de cada um deles e dando maior clareza à interrelação dos instrumentos. Após a inserção das informações do plano de saúde e das PAS, o sistema libera para elaboração, de acordo com o período adequado, os RDQA e RAG de cada PAS (BRASIL, 2018).

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, F.L. Reforma política e federalismo. In: BENEVIDES, M.V.; KERCHER, F.; VANNUCHI, P. (Org.) **Reforma Política e Cidadania**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2003. p. 225-243.

ALMEIDA, M.H.T. Federalismo, democracia e governo no Brasil: idéias, hipóteses e evidências. **Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais (BIB)**, 51:13-34, 2001.

BRASIL. Manual do Usuário. Módulo Planejamento. DigiSUS Gestor. 2018. Disponível em: <https://digisusgmp.saude.gov.br/storage/conteudo/ogQCpzyJ39cUgovoofBPpRPBqm0lGR9UbgIx2d.pdf>. Acesso em 11 de outubro de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de orçamento e finanças públicas para conselheiros de saúde. 2ª ed. Brasília, 2016. 107p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_financas_publicas_conselheiros_conselheiras_saude.pdf. Acesso em 12 de outubro de 2023.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Gestão Administrativa e Financeira no SUS. Brasília: CONASS, 2011. 132p. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/a-gestao-administrativa-e-financeira-no-sus/>. Acesso em 10 de outubro de 2023.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2015. 133p. Disponível em:

CARDOSO, A. J. C. Planejamento em Saúde – Módulo I. In: Curso de Planejamento e Avaliação em Saúde. ENAP, 2013.

CONASEMS. Manual do (a) Gestor (a) Municipal do SUS – Diálogos do Cotidiano. 2ª ed. Brasília, 2021. 440p. Disponível em: [manual_do_gestor_2021_F02.pdf \(conasems.org.br\)](https://www.conasems.org.br/manual_do_gestor_2021_F02.pdf)

MINISTÉRIO DA SAÚDE APRESENTA SISTEMA DIGISUS PARA NOVA GESTÃO DO CNS. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. 2021. Disponível em:

<https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/2256-ministerio-da-saude-apresenta-sistema-digisus-gestor-para-nova-gestao-do-cns>

SÃO PAULO. Tribunal de Contas do Estado de São Paulo. Lei de Responsabilidade Fiscal. São Paulo. 2023. Disponível em: <https://www.tce.sp.gov.br/sites/default/files/publicacoes/LRF.pdf>. Acesso em 12 de outubro de 2023.

SOUZA, C. Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização. **Ciência e Saúde Coletiva**, 7(3): 431-442, 2002. Disponível em:

<https://www.scielo.org/pdf/csc/v7n3/13023.pdf>. Acesso set 2021.

SOUZA, C. M. Coordenação, uniformidade e autonomia na formulação de políticas públicas: experiências federativas no cenário internacional e nacional. **Cad. Saúde Pública**, 35 (supl. 2): e00046818, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v35s2/1678-4464-csp-35-s2-e00046818.pdf>. Acesso set 2021.

SOUZA, C. Instituições e mudanças: reformas da Constituição de 1988, federalismo e políticas públicas. In: HOCHMAN, G.; FARIA, C. A. (Org.). **Federalismo e políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013. p. 91-117.

OFICINA 2

FINANCIAMENTO DA SAÚDE E ORÇAMENTO PÚBLICO

Autores:

Talita Maria Bengozi Gozi
 Brígida Gimenez de Carvalho
 João Felipe Marques da Silva
 Karla Giovana Bavaresco Ulinsk

PROGRAMAÇÃO

1º Momento (30min) – Retomar a atividade de dispersão.

Objetivos:

- Revisar a legislação sobre o financiamento da saúde
- Identificar quais as fontes de financiamento municipal
- Conhecer e acessar sistemas de informações sobre financiamento (FNS)
- Discutir regras gerais de aplicação dos recursos em saúde
- Entender a participação das emendas no financiamento da saúde

2º Momento (30min) - Discussão com as equipes - questões norteadoras:

- Como são providos os recursos da Saúde (financiamento)?
- Qual o principal objetivo de se entender o financiamento da saúde?
- Quanto o município recebe de recursos vinculados? E quanto em média tem aplicado em saúde?

3º Momento (30min) – Leitura Texto 1

Questão norteadora após a leitura do texto:

- As mudanças ocorridas para o financiamento da saúde pelos diferentes entes propiciou avanços para o SUS?

4º Momento (30min) – Leitura e discussão Texto 2 -

Questão norteadora após a leitura do texto:

- Como acontece o acompanhamento das receitas da saúde?

5º Momento (60min) – Texto 3: Aula expositiva dialogada – Regras gerais das transferências

- Discussão guiada pelo assessor técnico do Cosems João Felipe Marques

Intervalo (1h30min)

6º Momento (30min) – Texto 4: Acessar o site do FNS (momento prático)

- Entrar no site do FNS e buscar pelo seu município os repasses consolidados por bloco;
- Acessar demais ferramentas do FNS

7º Momento (1h30min) – Emendas parlamentares: Aula expositiva dialogada

- Discussão guiada pela ex-secretária de saúde de Rolândia e doutoranda Karla Ulinski

8º Momento (15min) – Atividade de dispersão e Avaliação da Oficina

- Identifique em seu município as receitas mensais de recursos vinculados de 2023 e quantifique o total anual. Se possível também avalie se esses recursos estão sendo executados.

Texto 1

Histórico do Financiamento da Saúde (SUS)

A Constituição Federal de 1988 (CF) traz em seu artigo 196:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo 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”.

Para que houvesse a garantia pelo Estado de prover saúde a população, também haveria a necessidade de garantia de recursos para tal. Ainda na seção Saúde, a CF 1988 descreveu que o SUS seria financiado com recursos da seguridade social, da União, dos Estados, dos municípios e Distrito Federal, dentre outras fontes de recursos.

O financiamento tripartite foi melhor detalhado a partir da Emenda Constitucional (EC) n.29 de 2000, definindo as aplicações mínimas em saúde e sua regulamentação se deu pela Lei Complementar 141/2012. Mais tarde a Emenda Constitucional (EC) 86/2015 definiu a vinculação da aplicação mínima de recursos federais nas Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) e estabeleceu que a partir de 2016 seria realizada com base na Receita Corrente Líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15%, ficando os valores assim definidos:

Quadro 1 - Aplicação mínima em ASPS definida legalmente para cada ente.

MUNICÍPIOS	ESTADOS	UNIÃO					
DESDE 2000	DESDE 2000	DE 2000 A 2015	A PARTIR DE 2016		2017		A PARTIR DE 2018
EC 29/2000	EC 29/2000	EC 29/2000	EC 86/2015		EC 95/2016		EC 95/2016
15% Transferências legais e constitucionais e impostos diretamente arrecadados	12% Transferências legais e constitucionais e impostos diretamente arrecadados	Valor empenhado no ano anterior + variação do PIB	Ano	Base RCL	Ano	Base RCL	Base: gasto ano anterior
			2016	13,2%	2016	15,0%	Valor gasto no ano anterior + IPCA
			2017	13,7%	2017	15,0%	
			2018	14,1%	-	-	
			2019	14,5%	-	-	
			2020	15,0%	-	-	

Fonte: Conasems, 2021.

A EC n. 86/2015 além de definir o percentual mínimo a ser aplicado em saúde pela União, que não poderia ser inferior a 15% da receita corrente líquida do exercício financeiro, também fixou em 1,2% a participação das emendas parlamentares individuais no orçamento de forma obrigatória, sendo que a metade deste percentual deveria ser exclusivamente

destinada a ações e serviços públicos de saúde. Vedada a destinação para pagamento de despesa de pessoal ou encargos sociais.

A EC n. 95/2015 estabeleceu o novo regime fiscal por vinte anos, aplicando limites para despesas primárias. As aplicações mínimas para ASPS ficariam a partir de 2018 limitadas ao mínimo aplicado no exercício anterior acrescido apenas pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). Esta foi a chamada PEC do congelamento de gastos públicos por 20 anos, pois não permite o crescimento das despesas totais e reais do governo acima da inflação, independente do cenário econômico. Desta forma, o novo regime fiscal desconsiderou as taxas de crescimento econômico, como também as demográficas por 20 anos, trazendo grandes prejuízos as políticas sociais, especialmente para saúde e educação, impactando negativamente para a qualidade de vida da população (MARIANO, 2017).

Texto 2

Financiamento Municipal da Saúde

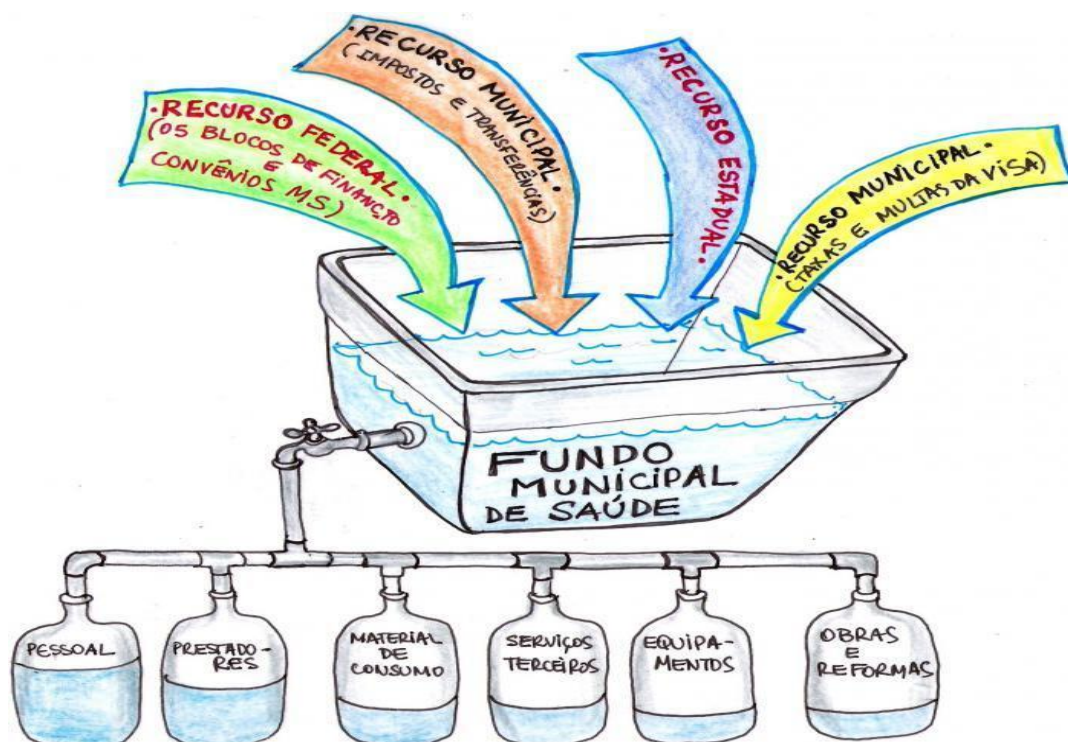
O Fundo Municipal de Saúde (FMS)

Os recursos financeiros da saúde são geridos pelo fundo de saúde, considerado o gestor financeiro dos recursos destinados ao SUS. A união possui o Fundo Nacional de Saúde, os estados os Fundos Estaduais de Saúde e os municípios os Fundos Municipais de Saúde.

O Fundo de Saúde constitui um mecanismo de gestão financeira de recursos, vinculados ou alocados na Secretaria de Saúde para o cumprimento de seus programas e metas, e seus projetos e atividades orçamentárias, conforme previsões contidas no Plano Municipal de Saúde e na Programação Anual de Saúde (CONASEMS, 2016). Pela LC 141 o Fundo de Saúde é uma unidade orçamentária e gestora dos recursos destinados às ações e serviços públicos de saúde (ASPS), ressalvados os recursos repassados diretamente às unidades do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012). Isso significa dizer que é a unidade investida de poder de gerir recursos orçamentários e financeiros, próprios ou descentralizados; e a unidade orçamentária é um segmento da administração direta a que o orçamento consigna dotações específicas para a realização de seus programas de trabalho e sobre os quais exerce poder de disposição. Portanto, o FMS tem poder para gerir os seus recursos e para usar suas dotações que lhe são consignadas para a realização de seus programas, ou ainda, pode ser conceituado como uma forma de gestão de recursos não jurídica, sendo que sua natureza é financeira e contábil (SANTOS, 2012).

A gestão de todos os recursos e despesas da saúde ocorrem pelo FMS. É de extrema importância que o gestor máximo, o ordenador da despesa, acompanhe diariamente suas operações para o planejamento adequado e quando necessário o reordenamento da aplicação dos recursos.

Figura 1 – Fundo Municipal de Saúde.



Fonte: https://saude.campinas.sp.gov.br/fms/fms_empenhos.htm

Desta forma, para que a efetiva aplicação dos recursos aconteça, o gestor necessita conhecer detalhadamente a composição das suas fontes de recursos: valores provenientes dos repasses dos Fundos de Saúde da União e do Estado, e de onde vêm os recursos do seu município (CONASEMS, 2021).

O quadro abaixo apresenta a origem da receita, utilizada para a base de cálculo para aplicação mínima legal, que financia as Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) dos estados, distrito federal e municípios.

Quadro 2 – Origem da receita para base de cálculo para aplicação em ações e serviços públicos de saúde (ASPS) para estados e municípios

	ESTADOS/DISTRITO FEDERAL	MUNICÍPIOS
<i>Mínimo Obrigatório</i>	12%	15%
<i>Total das receitas de impostos de arrecadação própria</i>	<i>Impostos sem transmissão "causa mortis" e Doação - ITCMD Imposto de circulação de Mercadorias e Serviços - ICMS Impostos sobre Propriedade de Veículos Automotores - IPVA</i>	<i>Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza – ISS Imposto Predial e Territorial Urbano – IPTU; Imposto sobre a transmissão de bens imóveis - ITBI</i>
<i>(+) Receitas de transferências da União:</i>	<i>Fundo de Participação dos Estados – FPE Cota – parte IPI Exportação Transferências da Lei Complementar nº 87/96 (Lei Kandir)</i>	<i>Fundo de Participação dos Municípios – FPM Imposto sobre a Propriedade Territorial Rural – ITR Lei Complementar nº 87/96 (Lei Kandir)</i>
<i>(+) Receitas de transferências do Estado</i>		<i>Quota-Parte do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços - ICMS Quota-Parte do Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores – IPVA Quota-Parte do Imposto sobre produtos industrializados - IPI – Exportação</i>
	<i>(+) Imposto de Renda Retido na Fonte - IRRF</i>	<i>(+) Imposto de Renda Retido na Fonte - IRRF</i>
<i>(+) Outras Receitas Correntes:</i>	<i>Receita da Dívida Ativa Tributária de Impostos, Multas, Juros de Mora e Correção Monetária. Compensações Financeiras provenientes de Impostos e Transferências Constitucionais</i>	<i>Receita da Dívida Ativa Tributária de Impostos, Multas, Juros de Mora e Correção Monetária. Compensações Financeiras provenientes de Impostos e Transferências Constitucionais</i>
	BASE DE CÁLCULO ESTADUAL	BASE CÁLCULO MUNICIPAL

Fonte: Constituição Federal 1988 apud Conasems, 2021

O próximo quadro apresenta a composição da receita dos municípios.

Quadro 3 – Formação da receita dos governos municipais:

Estágios da formação da receita disponível dos governos municipais		
1 Arrecadação própria	Recursos arrecadados pelo governo a partir das bases tributáveis sob sua competência	
(+) Transferências devolutivas	Cotas-partes do ICMS, IPVA, IOF-Ouro e ITR e IRRF dos servidores municipais	Critérios de repartição entre os municípios vinculados principalmente às bases econômicas locais: <ul style="list-style-type: none">• origem do ato gerador – localidade em que foi licenciado o veículo (IPVA), produzido o ouro (IOF-Ouro), da propriedade rural (ITR) e em que houve retenção do imposto sobre a folha dos servidores públicos municipais (IRRF);• predominantemente a origem da produção, mensurada pelo valor adicionado no município (ICMS, IPI-Exportação, Lei Kandir, FEX e repasses estaduais de <i>royalties</i> do petróleo); e• localização ou confrontação com áreas de exploração de recursos naturais
(+) Transferências compensatórias: desonerações das exportações	Cota-parte do IPI-Exportação, Lei Kandir e FEX	
(+) Transferências compensatórias: exploração de recursos naturais	<i>Royalties</i> e participações especiais do petróleo e gás natural e dos recursos hídricos e minerais	
2 Receita própria	Recursos que o governo recebe derivados das bases econômicas locais, independentemente da esfera de governo que efetuou a arrecadação	
(+) Transferências redistributivas: fundos de participação	• Cotas-partes do FPM e FEP e AFM	Critérios de repartição sem vínculo com as bases econômicas locais, principalmente: <ul style="list-style-type: none">• critério populacional com faixas que privilegiam os municípios de pequeno porte (FPM, FEP, AFM e Cide); e• predominantemente população ou número de beneficiários (alunos matriculados, número de atendimentos etc.) e/ou valor <i>per capita</i> definido nacionalmente (salário-educação, FUNDEB(EF), FNDE e pisos básicos do FNAS e FNS)
(+) Transferências redistributivas: vinculadas às políticas setoriais	• Cotas-partes da Cide e do salário- educação, FUNDEB(EF) e transferências legais do FNDE, FNAS e FNS	
3 Receita disponível	Recursos que o governo recebe por exercer as competências tributárias locais e pela atuação do sistema legal de transferências	

Identificar as receitas correntes e entender suas regras de aplicação são os primeiros passos para a aplicação adequada e com segurança dos recursos. Assim, monitorar mensalmente os recursos provindos do Fundo Nacional de Saúde, considerados recursos vinculados, ou seja, recursos que possuem as mesmas regras de aplicação, possibilita ao gestor a apropriação sobre suas receitas e o conhecimento sobre as regras de aplicação, o que com o passar do tempo trará a segurança para que aplique os recursos sem medo. Realizando o monitoramento mês a mês, garante o conhecimento das receitas ordinárias e de suas oscilações, daqueles recursos vinculados à indicadores ou ao cadastro das equipes no CNES. Esta atividade constante possibilita também a identificação de receitas extraordinárias, que necessitam muitas vezes da busca das informações em Portarias, ou Resoluções que trazem as regras de aplicação e prestação de contas dos recursos. O apoiador do Cosems e a troca de informações com colegas dos demais municípios se tornam ferramentas fundamentais em se tratando destes recursos.

CURIOSIDADE:

Figura 2 – Percentual da receita municipal proveniente do governo federal.



Fonte: [Quase metade das cidades brasileiras dependem 90% ou mais de repasses \(poder360.com.br\)](https://poder360.com.br/quase-metade-das-cidades-brasileiras-dependem-90-ou-mais-de-repasses)

Segundo a notícia do site Poder360 (2021), a maior parte dos municípios brasileiros tem alta dependência das transferências de recursos da União e Estados. Para 2.698 cidades, 90% ou mais da receita corrente de 2020 veio de repasses da União, de Estados ou de outras instituições públicas. Ou seja, nesses municípios, a arrecadação própria de impostos como o IPTU e o ISS corresponde a menos de 10% do total da receita. Outras 1.642 cidades têm de 80% a 90% da receita oriunda de transferências de outros entes da federação.

Texto 3

Regras gerais para aplicação e transferências de recursos

A NOTA TÉCNICA CONASEMS sobre as Regras gerais para financiamento e transferências dos recursos federais para ações e serviços públicos de saúde de 18 de setembro de 2023 trouxe os pontos principais descritos nas seguintes normativas:

- Portaria n. 3992/2017
- Portaria n. 828/2020
- Portaria n. 885/2021

- Portaria n. 1063/2023

A Portaria GM/MS n. 1063 de 08 de agosto de 2023, a mais recente normativa que alterou a Portaria de Consolidação GM/MS n.6 de 28 de setembro de 2017 acerca do financiamento e da transferência dos recursos federais aos demais entes, destinados a execução das ASPS. Em 28 de dezembro de 2017 a Portaria GM/MS n. 3992 também alteraria a Portaria GM/MS 6/2017.

Quadro 4 – Principais mudanças ocorridas, segundo as publicações de Portarias Ministeriais acerca do financiamento e das transferências de recursos federais aos demais entes:

PORTARIA	PRINCIPAIS ALTERAÇÕES
Portaria n. 3992/2017 - <i>Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Altera os blocos de financiamento fundo a fundo para apenas dois: Bloco de custeio das ASPS e Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde; - Rendimentos das aplicações financeiras de que trata o § 4º serão aplicados na execução de ações e serviços públicos de saúde relacionados ao respectivo Bloco de Financiamento,
Portaria n. 828/2020 - <i>Altera a Portaria de Consolidação nº 6/2017/GM/MS, para dispor sobre os Grupos de Identificação Transferências federais de recursos da saúde.</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Altera os blocos de financiamento fundo a fundo para: Bloco de Manutenção das ASPS e Bloco de Estruturação na Rede de Serviços Públicos de Saúde; - Recursos financeiros referentes ao Bloco de Manutenção destinar-se-ão: à manutenção das condições de oferta e continuidade da prestação das ações e serviços públicos de saúde, inclusive para financiar despesas com reparos e adaptações, nos termos da classificação de serviço de terceiro. - Recursos financeiros referentes ao Bloco de Estruturação da Rede de Serviços de Saúde destinar-se-ão: obras de construções novas ou ampliação de imóveis existentes, obras de reforma de imóveis já existentes. - Vedada a utilização de recursos financeiros referentes ao Bloco de Estruturação em órgãos e unidades voltados, exclusivamente, à realização de atividades administrativas. - As citações ao Bloco de Custeio das ASPS e ao Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde, feitas nos atos normativos anteriores à data de publicação desta Portaria, devem ser interpretadas, como referências ao Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde e ao Bloco de Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde
Portaria n. 1063/2023 - <i>Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Os rendimentos das aplicações financeiras de que trata o § 4º serão: I - aplicados, na execução de ações e serviços públicos de saúde relacionados ao respectivo Bloco de Financiamento, devendo ser identificados e incluídos na Tomada de Contas Anual apresentada ao Tribunal de Contas respectivo, bem como no Relatório Anual de Gestão - RAG; e II - considerados recursos federais, não

	<p>podendo ser computados como contrapartida do respectivo ente federativo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Os recursos federais vinculados aos fundos de saúde estaduais, municipais ou do Distrito Federal mantidos nas instituições financeiras oficiais federais de que trata o art. 1.122 desta Portaria serão nelas executados, vedada a transferência para outras contas do ente federado. E a movimentação destas contas se dará exclusivamente de forma eletrônica. - Fica vedado o depósito de recursos de origem estadual, municipal e distrital nas contas-correntes utilizadas para o recebimento de recursos federais na modalidade fundo a fundo. - Recursos federais da assistência financeira complementar destinada ao pagamento dos pisos salariais de que trata a Lei nº 14.434, de 4 de agosto de 2022, serão transferidos para contracorrente específica, segregada da conta para transferência dos demais recursos do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde.
--	--

Fonte: próprios autores.

Em se tratando dos recursos federais referentes a assistência financeira complementar destinada ao pagamento do piso salarial dos profissionais de enfermagem, o Ministério da Fazenda publicou a Portaria STN/MF n. 688 de 6 de julho de 2023 orientou classificar por fonte ou destinações de recursos relacionadas a seguir, aplicando-se o efeito a partir do exercício de 2023:

Quadro 5 – Fonte referente a Assistência financeira da União destinada à complementação ao pagamento dos pisos salariais para profissionais da enfermagem.

Fonte 605	Assistência financeira da União destinada à complementação ao pagamento dos pisos salariais para profissionais da enfermagem.	Controle dos recursos transferidos pela União, a título de assistência financeira complementar, para o cumprimento dos pisos salariais profissionais nacionais para o enfermeiro, o técnico de enfermagem, o auxiliar de enfermagem e a parteira, conforme estabelecido pela CF/88, art. 198, §§12 a 15
-----------	---	---

Fonte: Portaria STN/MF n. 688 de 6 de julho de 2023

PORTARIA GM/MS Nº 885, DE 4 DE MAIO DE 2021 - Regulamenta o art. 23 do Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012, para dispor sobre os procedimentos de cobrança administrativa e de instauração de tomada de contas especial para recomposição ao erário de valores transferidos na modalidade fundo a fundo, no âmbito do Ministério da Saúde. Regulamenta os casos de desvio de objeto, desvio de finalidade, dano ou prejuízo ao Erário, recebimento

irregular, e Cobranças Administrativas e Instauração de Tomada de Contas Especial pelo Tribunal de Contas.

ACÓRDÃO Nº 847/2019 – TCU – Plenário: Recomendação do TCU para a alteração da nomenclatura dos blocos de financiamento definida nos incisos I e II do art. 3º da Portaria de Consolidação GM/MS 6/2017, de forma a evitar que os termos “custeio” e “investimento” sejam confundidos com agregadores que tratam exclusivamente de categorias econômicas da receita e da despesa (correntes ou de capital).

NOTA TÉCNICA CONJUNTA n. 11 /2018/CCONF-SUCON/FNS-MS - Assunto: Esclarecimentos sobre a operacionalização e contabilização dos recursos transferidos na modalidade fundo a fundo aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios.

Texto 4

Os recursos do FNS

Os recursos repassados pelo Ministério da Saúde, aos Estados, ao Distrito Federal e aos municípios, destinados as despesas com ASPS são organizados e transferidos na forma dos seguintes blocos:

- I – Bloco Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde e;
- II – Bloco de Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde.

Os recursos são transferidos via fundo a fundo, de forma regular e automática, em conta corrente específica e única para bloco. Cada bloco é organizado por Grupo de Identificação das Transferências relacionados ao nível de atenção ou à finalidade da despesa na saúde, tais como (CONASEMS, 2023):

1. Atenção primária
2. Atenção Especializada
3. Assistência farmacêutica
4. Vigilância em saúde e
5. Gestão do SUS

Agora, vamos navegar um pouco no site do Fundo Nacional de Saúde e entender como as informações dos recursos estão disponíveis:



Acesse: [Início - FNS \(saude.gov.br\)](https://saude.gov.br)

1. AMBIENTES;
2. CONSULTAS E REPASSES;



Repasse do Dia

Consulta aos pagamentos/transferências realizados no dia anterior

Acesse



Consulta de Pagamento Consolidado

Demonstrativo das transferências de recursos realizadas por bloco de financiamento

Acesse



Acompanhar os repasses mensalmente possibilita o planejamento da execução do recurso, sem que o mesmo fique “parado” em conta. Além de quantificar a estimativa da receita de recursos vinculados (baseado nos recebimentos dos anos anteriores) para aplicar na LOA do próximo exercício. Desta forma, garante a aplicação destes recursos com a vinculação orçamentária necessária no ano seguinte.

Emendas Parlamentares

Considerando que o orçamento é elaborado pelo Poder Executivo, a emenda parlamentar é o instrumento que permite aos deputados e senadores realizarem alterações no orçamento anual, por meio da alocação de recursos públicos, junto aos estados, municípios e instituições.

Até o ano de 2014, as emendas parlamentares (EPs) destinadas ao SUS não representavam valores tão expressivos. Isso ocorria, principalmente, por não haver a obrigatoriedade, por parte do executivo, na execução dessas despesas, pois as EPs tinham apenas caráter autorizativo.

As Emendas Constitucionais n.º 86 de 17 de março de 2015, e n.º 100 de 26 de junho de 2019, tornaram obrigatórias as execuções orçamentária e financeira das emendas individuais e de bancadas estaduais e do Distrito Federal, inseridas pelos parlamentares na Lei Orçamentária Anual (LOA). Em dezembro de 2022, a EC nº 126/2022 elevou para 2% da RCL a

impositividade, e manteve os 50% para saúde, ou seja, o percentual para a saúde passou a corresponder à 1% da RCL.

Com isso, as EPs passam a representar uma importante fonte de recursos aos municípios, o que requer dos gestores muita apropriação quanto aos seus instrumentos de planejamento, de forma que os recursos possam ser alocados de forma que atendam as demandas da população.

Na área da saúde, os recursos oriundos de emendas parlamentares poderão ser destinados ao financiamento de ações de manutenção (custeio) ou estruturação (capital), nas seguintes subfunções:

SUBFUNÇÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE	
301	Atenção Básica
302	Assistência Hospitalar e Ambulatorial
303	Suporte Profilático e Terapêutico
304	Vigilância Sanitária
305	Vigilância Epidemiológica
306	Alimentação e Nutrição

Anualmente, o Ministério da Saúde publica Portarias e Cartilhas específicas sobre a indicação e execução das emendas, onde contam orientações aos gestores sobre o regramento e os programas prioritários a receberem investimentos no respectivo período. Outra importante ferramenta que passa por atualização é a Relação Nacional de Equipamentos e Materiais Permanentes financiáveis pelo para o SUS (RENEM). Os itens da RENEM são disponibilizados para o cadastramento de propostas de projetos de acordo com o Estabelecimento de Saúde, e estão acessíveis ao gestor, para que esse possa conhecer e planejar sobre os itens que poderá adquirir, permitindo um melhor planejamento quando ao recebimento de recursos.

A Cartilha do ano de 2023 pode ser acessada no link https://portalfns.saude.gov.br/wp-content/uploads/2023/03/CARTILHA_2023_livro-digital.pdf.

A lista dos equipamentos e materiais permanentes financiáveis para o SUS – RENEM:

<https://portalfns.saude.gov.br/https-portalfns-saude-gov-br-atualizacao-das-informacoes-tecnico-economicas-dos-itens-financiaveis-pelo-sus-2022-procot/>

ATENÇÃO!!!!

A execução dos recursos de emenda parlamentar de custeio/manutenção de Incremento PAP e de Incremento MAC, deve obedecer à legislação vigente, como a Lei Complementar 141/2012 que define o que são ações e serviços públicos de saúde (ASPS) e a Portaria de Consolidação nº6, de 28 de setembro de 2017.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em 15 de out. 2020.

CONASEMS. CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **Manual do (a) Gestor (a) Municipal do SUS: diálogos no cotidiano**. 2ed. 2021. Disponível em: < https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/02/manual_do_gestor_2021_F02-1.pdf >. Acesso em: 23 mar. 2023.

CONASEMS. CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. Nota Técnica Conasems. Regras gerais para financiamento e transferências dos recursos federais para ações e serviços públicos em saúde. Brasília, set. 2023. Disponível em: [Nota Técnica sobre as regras gerais para financiamento e transferência dos recursos federais para ações e serviços públicos em saúde \(conasems.org.br\)](https://www.conasems.org.br/nota-tecnica-sobre-as-regras-gerais-para-financiamento-e-transferencia-dos-recursos-federais-para-acoes-e-servicos-publicos-em-saude). Acesso em: 10 dez. 2023

MARIANO, C. M.. Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. **Revista de Investigações Constitucionais**, v. 4, n. 1, p. 259–281, jan. 2017. Disponível em: [SciELO - Brasil - Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre](https://doi.org/10.15408/rice.v4n1.p259-281). Acesso em: 10 dez. 2023.

PODER 360. Quase metade das cidades brasileiras dependem 90% ou mais de repasses. 18 out. 2021. Disponível em: [Quase metade das cidades brasileiras dependem 90% ou mais de repasses \(poder360.com.br\)](https://poder360.com.br/quase-metade-das-cidades-brasileiras-dependem-90-ou-mais-de-repasses/). Acesso em: 10 dez. 2023

SANTOS, Lenir. SUS e a Lei Complementar 141 Comentada. 3ª ed. Campinas. Saberes Editora, 2012.

OFICINA 3

CONTRATOS, LICITAÇÕES E ORÇAMENTO PÚBLICO

Autores:

Talita Maria Bengozi Gozi
João Felipe Marques da Silva
Brígida Gimenez de Carvalho

Convidados:

Cláudia Elisa da Cunha Réa

PROGRAMAÇÃO

1º Momento (30min) – Retomar a atividade de dispersão.

Objetivos:

- Discutir como as contratações públicas acontecem nos municípios e a participação dos técnicos da saúde nesse processo;
- Entender a importância do planejamento das contratações públicas;
- Entender como ocorre a definição do orçamento para as contratações;
- Compreender a Nova Lei de Licitações n.14.133/2021.

2º Momento (30min) - Discussão com as equipes - questões norteadoras:

- Como estão organizados os processos licitatórios em sua secretaria/autarquia?
- Como são definidas as contratações públicas? Existe algum planejamento anual e como ocorre?
- Como é definido o orçamento para abertura das licitações? Há um planejamento prévio das contratações X orçamento?

3º Momento (30min) – De que contrato estamos falando? Qual sua relação com a legislação do SUS?

- Discussão dialogada e expositiva quanto à diferença entre contrato e contratualização no SUS.

4º Momento (2h) – Aula expositiva dialogada: Nova Lei de Licitações n.14.133/2021

- Discussão dialogada e expositiva com a enfermeira Cláudia Elisa da Cunha Réa, servidora pública SMS Cambé.

- **Intervalo (1h30min)**

5º Momento (60min) – Leitura Texto 1

Questão norteadora após a leitura do texto:

- As mudanças ocorridas pela nova Lei de Licitações impactaram de alguma forma o processo de trabalho da equipe gestora da secretaria de saúde?
- Como está acontecendo a construção e execução do PCA?

6º Momento (60min) – Roda de conversa sobre desafios nas contratações públicas

- Discussão guiada: o caso da APAC da licitação de insumos médico hospitalares de Cambé 2023;
- Definição de orçamento para as contratações;
- O papel do fiscal de contrato;
- Riscos para o gestor nas contratações públicas.

7º Momento (15min) – Atividade de dispersão e Avaliação da Oficina

- Identifique em seu município o PCA e avalie como está ocorrendo sua execução. Se não tiver PCA, identifique no orçamento como estão previstas as compras.
- Traga a cópia atualizada do Orçamento 2024 de sua secretaria

Texto 1

Planejamento das Contratações

O Plano de Contratações Anual (PCA) é o instrumento que consolida todas as contratações e/ou aquisições que a administração pública pretende realizar ou prorrogar para o próximo exercício.

O PCA nada mais é que o planejamento de todas as contratações vinculadas a prazos de execução e orçamento. O planejamento é um princípio fundamental da administração pública, assim como descrito no Decreto Lei n. 200/1967.

Segunda a Lei n. 14.133/2021, este documento tem por objetivo racionalizar as contratações e subsidiar o planejamento orçamentário:

VII - a partir de documentos de formalização de demandas, os órgãos responsáveis pelo planejamento de cada ente federativo poderão, na forma de regulamento, elaborar plano de contratações anual, com o objetivo de racionalizar as contratações dos órgãos e entidades sob sua competência, garantir o alinhamento com o seu planejamento estratégico e subsidiar a elaboração das respectivas leis orçamentárias. [\(Regulamento\)](#)

*§ 1º O plano de contratações anual de que trata o inciso VII do **caput** deste artigo deverá ser divulgado e mantido à disposição do público em sítio eletrônico oficial e será observado pelo ente federativo na realização de licitações e na execução dos contratos.*

DECRETO Nº 10.947, DE 25 DE JANEIRO DE 2022

Regulamenta o inciso VII do caput do art. 12 da Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021, para dispor sobre o plano de contratações anual e instituir o Sistema de Planejamento e Gerenciamento de Contratações no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional.

Assim, segundo o decreto, o PCA tem como objetivo:

- I - racionalizar as contratações das unidades administrativas de sua competência, por meio da promoção de contratações centralizadas e compartilhadas, a fim de obter economia de escala, padronização de produtos e serviços e redução de custos processuais;
- II - garantir o alinhamento com o planejamento estratégico, o plano diretor de logística sustentável e outros instrumentos de governança existentes;
- III - subsidiar a elaboração das leis orçamentárias;
- IV - evitar o fracionamento de despesas; e

V - sinalizar intenções ao mercado fornecedor, de forma a aumentar o diálogo potencial com o mercado e incrementar a competitividade.

Deve ser elaborado até a segunda quinzena de maio de cada exercício.

Para elaboração do PCA o requisitante deverá preencher o documento de formalização de demanda com as seguintes informações:

I - justificativa da necessidade da contratação;

II - descrição sucinta do objeto;

III - quantidade a ser contratada, quando couber, considerada a expectativa de consumo anual;

IV - estimativa preliminar do valor da contratação, por meio de procedimento simplificado, de acordo com as orientações da Secretaria de Gestão da Secretaria Especial de Desburocratização, Gestão e Governo Digital do Ministério da Economia;

V - indicação da data pretendida para a conclusão da contratação, a fim de não gerar prejuízos ou descontinuidade das atividades do órgão ou da entidade;

VI - grau de prioridade da compra ou da contratação em baixo, médio ou alto, de acordo com a metodologia estabelecida pelo órgão ou pela entidade contratante;

VII - indicação de vinculação ou dependência com o objeto de outro documento de formalização de demanda para a sua execução, com vistas a determinar a sequência em que as contratações serão realizadas; e

VIII - nome da área requisitante ou técnica com a identificação do responsável.

As informações geradas pelos documentos de formalização de demandas serão consolidadas pelo setor contratações e incluídas no PCA que será concluído até 30 de abril do ano de sua elaboração. O PCA deverá ser aprovado pela autoridade competente.

Durante o ano de sua elaboração, o PCA poderá ser alterado por meio de inclusões, exclusões ou redimensionamento de itens no período de 15 de setembro à 15 de novembro e na quinzena posterior à publicação da Lei Orçamentária Anual.

Durante o ano de sua execução, o PCA poderá ser alterado, mediante justificativa aprovada pela autoridade competente.

O PCA atualizado e aprovado pela autoridade competente deverá ser publicado no Portal Nacional de Contratações Públicas.

REFERENCIAS:

BRASIL. LEI N. 14.133 de 1º de abril de 2021. Lei de Licitações e Contratos Administrativos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, ed. extra, n.61 - F, p. 2, 1 de abril de 2021, seção 1- extra.

BRASIL. DECRETO – LEI N. 200 de 25 de 1967. Dispõe sobre a organização da administração federal, estabelece diretrizes, para a reforma administrativa, e da outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília. Brasília, DF, seção 1 (suplemento), p.47, 27 de fevereiro de 1967,

BRASIL. DECRETO N. 10.947 de 25 de janeiro de 2022. Regulamenta o inciso VII do caput do art. 12 da Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021, para dispor sobre o plano de contratações anual e instituir o Sistema de Planejamento e Gerenciamento de Contratações no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, n. 18, p.1, 26 de janeiro de 2022, seção 1.

OFICINA 4

CONSTRUINDO ORÇAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Autores:

Talita Maria Bengozi Gozi
João Felipe Marques da Silva
Brígida Gimenez de Carvalho

Convidados:

Jorge Luís Fortunato

PROGRAMAÇÃO

1º Momento (30min) – Retomar a atividade de dispersão.

Objetivos:

- Rever legislação referente ao orçamento público
- Conhecer termos técnicos do orçamento
- Entender a execução orçamentária
- Apresentar proposta de como construir orçamento aplicável no município;

2º Momento (30min) - Discussão com as equipes - questões norteadoras:

- Como é construído o orçamento da saúde? Como é a participação da equipe de saúde neste processo?
- Como são definidas as contratações públicas? Existe algum planejamento anual e como ocorre?
- Como é definido o orçamento para abertura das licitações? Há um planejamento prévio das contratações X orçamento?

3º Momento (30min) – Leitura do Texto 1

- Leitura dialogada, responder as questões:
- Qual conceito de orçamento público?
-

4º Momento (2h) – Aula expositiva dialogada: Construindo Orçamento Municipal de Saúde

- Discussão dialogada e expositiva com a técnico municipal Jorge Luís Fortunato, servidor público SMS Cambé.
- **Intervalo (1h30min)**

5º Momento (60min) – Roda de conversa sobre desafios para construção do orçamento da saúde

- Discutir em grupo (por município) quais maiores fragilidades identificadas no seu orçamento;
- Quais mudanças o grupo propõe para o orçamento ser melhor executado;
- Cada grupo, por município, apresente quais propostas tentará levar ao seu município para melhorar a execução orçamentária atual, frente ao discutido nesta oficina.

7º Momento (15min) – Avaliação da Oficina e Visita aos Municípios

- Propor agenda de visita aos municípios.

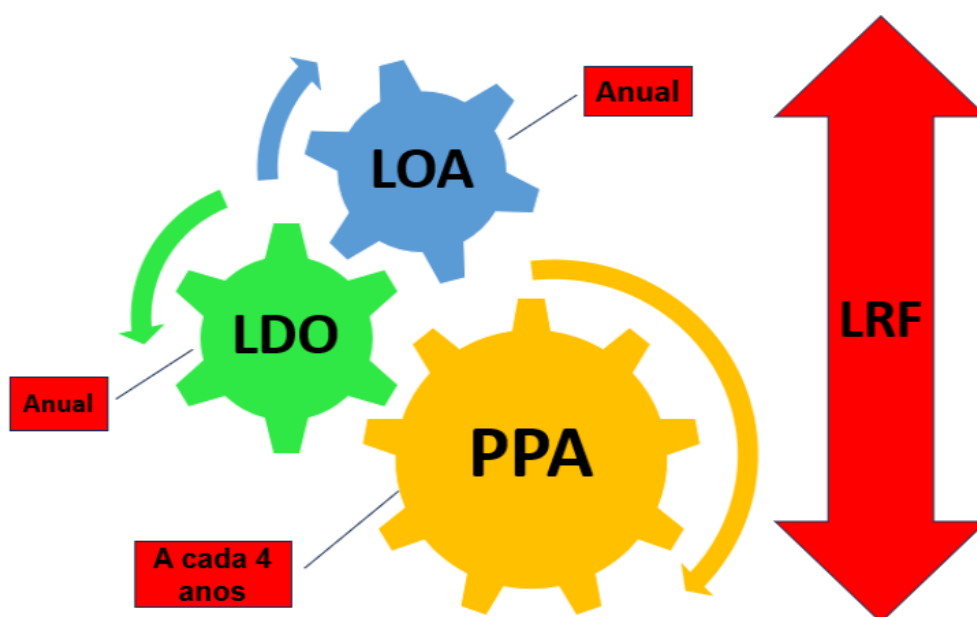
Texto 1

Orçamento Público

Orçamento Público se constitui com a previsão de todo montante das receitas e toda sua aplicação (despesa), de acordo com as ações e programas. Toda despesa, ou seja, todo gasto com alguma atividade deve estar previsto no orçamento anual da administração pública. Não se pode “gastar” o dinheiro público, executar uma despesa, se a mesma não estiver prevista/fixada no orçamento.

Importante relembrar os Três instrumentos orçamentários, definidos na CF de 1988, são considerados ordenadores do planejamento na gestão pública: o **Plano Plurianual (PPA)**, a **Lei das Diretrizes Orçamentárias (LDO)** e a **Lei do Orçamento Anual (LOA)** (de acordo com os arts. 165 à 169, acrescido ainda da Lei Complementar 101/2000, também conhecida como Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF)).

Figura 1: Ciclo do planejamento orçamentário



Fonte: próprios autores.

A Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964 estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. E traz em seu artigo 2º:

Art. 2º A Lei do Orçamento conterá a discriminação da receita e despesa de forma a evidenciar a política econômica financeira e o programa de trabalho do Governo, obedecidos os princípios de unidade universalidade e anualidade.

§ 1º Integrarão a Lei de Orçamento:

I - Sumário geral da receita por fontes e da despesa por funções do Governo;

II - Quadro demonstrativo da Receita e Despesa segundo as Categorias Econômicas, na forma do [Anexo nº 1](#);

III - Quadro discriminativo da receita por fontes e respectiva legislação;

IV - Quadro das dotações por órgãos do Governo e da Administração.

A Lei do orçamento deverá ser acompanhada de quadros demonstrativos da receita e planos de aplicação dos fundos especiais; quadros demonstrativos da despesa e quadro demonstrativo do programa anual de trabalho do Governo, em termos de realização de obras e prestação de serviço

A Lei do orçamento prevê os créditos adicionais, que são autorizações de despesas não computadas ou insuficientemente dotadas na Lei de Orçamento. Podem ser:

- Suplementares: destinados à reforço de dotação orçamentária;
- Especiais: destinados à despesas que não haja dotação orçamentária específica;
- Extraordinários: destinados à despesas urgentes e imprevistas, em caso de guerra, comoção intestina ou calamidade pública.

Os créditos suplementares e especiais deverão ser autorizados por lei e abertos por decreto do executivo. Já os créditos extraordinários serão abertos somente por decreto do executivo.

São considerados créditos suplementares e especiais:

- Superávit financeiro apurado no balanço do exercício anterior;
- Provenientes de excesso de arrecadação;
- Os resultantes de anulação parcial ou total de dotações orçamentárias ou de créditos adicionais, autorizados em Lei.

SUPERÁVIT FINANCEIRO a diferença positiva entre o ativo financeiro e o passivo financeiro, conjugando-se, ainda, os saldos dos créditos adicionais transferidos e as operações de crédito a eles vinculadas.

EXCESSO DE ARRECADAÇÃO saldo positivo das diferenças acumuladas mês a mês, entre a arrecadação prevista e a realizada, considerando-se, ainda, a tendência do exercício.

RECEITA

Art. 9º Tributo é a receita derivada instituída pelas entidades de direito público, compreendendo os impostos, as taxas e contribuições nos termos da Constituição e das leis vigentes em matéria financeira, destinando-se o seu produto ao custeio de atividades gerais ou específicas exercidas por essas entidades.

Figura 2. Receita Municipal

ARRECADAÇÃO PRÓPRIA	TRANSFERÊNCIAS DEVOLUTIVAS	TRANSFERÊNCIAS COMPENSATÓRIAS	TRANSFERÊNCIAS REDISTRIBUTIVAS (CONSTITUCIONAIS)	TRANSFERÊNCIAS REDISTRIBUTIVAS (SETORIAS)
IPTU	Cota-parte do ICMS	Desoneração dsa exportações	FPE	FNDE
ISS	Cota-parte do IPVA	Exploração de recursos naturais	FPM	FUNDEB (EF)
ITBI	IRRF dos servidores municipais			FNS
Contribuições previdenciárias, taxas e outras contribuições				OUTROS

Fonte: Lima (2022).

Geralmente, os recursos transferidos fundo a fundo são também chamados de recursos vinculados. Já os recursos dos municípios aplicados na saúde, são chamados de Recursos próprios, sendo que muitas vezes são erroneamente chamados de Recursos Livres.

Recursos próprios: toda receita proveniente de impostos; municipais, transferências constitucionais, devolutivas, compensatórias ou redistributivas.

Recursos ordinários ou livres: recursos que não estão vinculados a nenhum órgão ou programação e que estão disponíveis para livre aplicação.

DESPESA

Despesas Correntes

Despesas de Custeio - as dotações para manutenção de serviços anteriormente criados, inclusive as destinadas a atender a obras de conservação e adaptação de bens imóveis: Pessoa Civil

Pessoal Militar
 Material de Consumo
 Serviços de Terceiros
 Encargos Diversos

Transferências Correntes - dotações para despesas as quais não corresponda contraprestação direta em bens ou serviços, inclusive subvenções para manutenção de outras entidades de direito público ou privado.

Subvenções Sociais
 Subvenções Econômicas
 Inativos
 Pensionistas
 Salário Família e Abono Familiar
 Juros da Dívida Pública
 Contribuições de Previdência Social
 Diversas Transferências Correntes.

Despesa de Capital

Investimentos: as dotações para o planejamento e a execução de obras, inclusive as destinadas à aquisição de imóveis, equipamentos e material permanente.

Inversões Financeiras:

Aquisição de Imóveis
 Participação em Constituição ou Aumento de Capital de Empresas ou Entidades Comerciais ou Financeiras
 Aquisição de Títulos Representativos de Capital de Empresa em Funcionamento
 Constituição de Fundos Rotativos
 Concessão de Empréstimos
 Diversas Inversões Financeiras

Transferências de Capital:

Amortização da Dívida Pública
 Auxílios para Obras Públicas
 Auxílios para Equipamentos e Instalações
 Auxílios para Inversões Financeiras
 Outras Contribuições.

Discriminação da despesa por função e subfunção.

Função: o maior nível de agregação das diversas áreas de despesa que competem ao setor público.

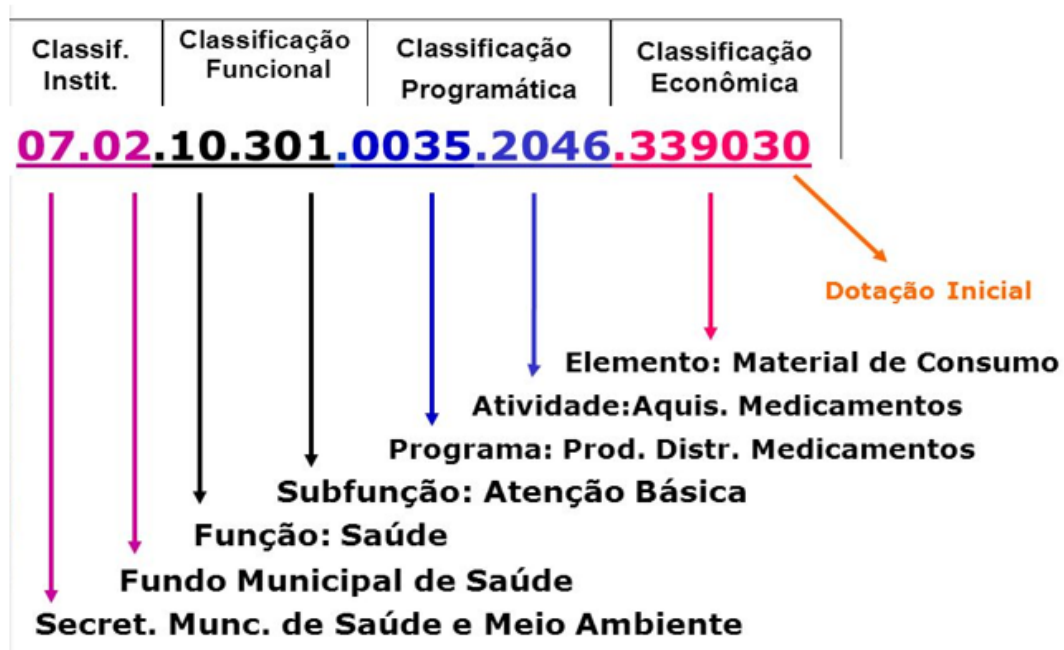
Subfunção: uma partição da função, visando a agregar determinado subconjunto de despesa do setor público.

Quadro 1. Codificação da despesa por função e subfunção.

FUNÇÃO	SUBFUNÇÃO
10 - SAÚDE	301 – ATENÇÃO BÁSICA
	302 – ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL
	303 – SUPORTE PROFILÁTICO E TERAPÊUTICO
	304 – VIGILÂNCIA SANITÁRIA
	305 - VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
	306 – ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

Fonte: Portaria no 42, de 14 de abril de 1999.

Figura 3. Classificação Orçamentária



Fonte: Brasil (1964). Disponível em: Administração Pública. <https://slideplayer.com.br/slide/387801/>.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES NA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA

- ✓ **Fonte:** A classificação por fontes ou destinações de recursos tem como objetivo agrupar receitas que possuam as mesmas normas de aplicação na despesa. A fonte, é instrumento de gestão da receita e da despesa, pois tem como objetivo assegurar que determinadas receitas financiem determinadas despesas em conformidade com as leis que regem o tema;
- ✓ **Empenho de despesa:** ato emanado de autoridade competente que cria para o Estado obrigação de pagamento pendente ou não de implemento de condição;
- ✓ **É vedada a realização de despesa sem prévio empenho;**
- ✓ **É vedado aos Municípios empenhar, no último mês do mandato do Prefeito, mais do que o duodécimo da despesa prevista no orçamento vigente;**
- ✓ **Liquidação da despesa** consiste na verificação do direito adquirido pelo credor tendo por base os títulos e documentos comprobatórios do respectivo crédito.
- ✓ **O regime de adiantamento é aplicável aos casos de despesas expressamente definidos em lei e consiste na entrega de numerário a servidor, sempre precedida de empenho na dotação própria para o fim de realizar despesas, que não possam subordinar-se ao processo normal de aplicação.**

REFERENCIAS:

BRASIL. Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964. Estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. 1964. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l4320.htm. Acesso em: 20 março 2024.

BRASIL. DECRETO – LEI N. 200 de 25 de 1967. Dispõe sobre a organização da administração federal, estabelece diretrizes, para a reforma administrativa, e da outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, seção 1 (suplemento), p.47, 27 de fevereiro de 1967,

LIMA, Luciana Dias; SILVA, André Schimidt. Disciplina: Federalismo, relações intergovernamentais e política de saúde no Brasil. Apresentação Sessão 12: Federalismo fiscal e implicações para o financiamento das políticas públicas e do SUS. 2022. Disponível em: <https://drive.google.com/drive/u/0/search?q=federalismo%20sess%C3%A3o%2012>.

APÊNDICE 5 - ESTUDOS DE CASO OFICINA 4

Caso 1

Iniciou o ano e chegaram várias solicitações de empenho para classificação e constatei que tenho saldo nas fontes de recurso do ano anterior, como posso utilizar?

Caso 2

A tesouraria informou que entrou um crédito na conta bancária vinculada a fonte 494.1, mas não corresponde as receitas previstas na LOA, identifiquei através do site fundo a fundo e portaria que a receita é uma emenda parlamentar de custeio para atenção primária, o que devo fazer

Caso 3

Chegou um pedido de solicitação de empenho no valor de R\$ 100.000,00 de um contrato de prestação de serviço, ao verificar a LOA os saldos disponíveis nas fontes de recurso vinculados ao projeto atv e elemento de despesa é no valor de R\$ 50.000,00, o que posso fazer?

Caso 4

Verifiquei o relatório da conta bancária 624006-2 (federal) consta que tenho um saldo de R\$20.000,00, não sei quando a receita entrou na conta, como descubro a origem do recurso?

Caso 5

Preciso empenhar a compra de um equipamento de R\$ 10.000,00 para uma UBS, mas não tenho orçamento disponível de capital no meu projeto atividade, em verificação constatei que a fonte 395 emenda parlamentar da atenção básica possui saldo, mas por se tratar de um recurso de custeio não posso utilizar para empenhar o equipamento, o que posso fazer?

Caso 6

Houve a previsão da receita no valor de R\$ 60.000,00 referente o programa Saúde na hora relativo à homologação de 3 UBS, no entanto, uma UBS não tem mais equipe completa e houve a suspensão do recurso, no início do ano solicitei um empenho estimativo com o orçamento desta receita

APÊNDICE 6 - FICHA DE AVALIAÇÃO DAS OFICINAS

AVALIAÇÃO OFICINA 1 - 09/11/23

Introdução ao Financiamento e Orçamento Público X Instrumentos De Planejamento

Buscando a melhoria contínua, gostaríamos de saber a sua opinião sobre alguns aspectos da oficina que você participou. Por favor, indique seu nível de satisfação para cada um dos seguintes tópicos, assinalando no espaço apropriado:

Seus conhecimentos anteriores a esta oficina eram:

() Nenhum () Poucos () Bons conhecimentos () Dominava o assunto

Objetivos da oficina:

() Atualização () Adquirir novos conhecimentos () Aprimorar habilidades
() Outros. Quais:

Aspectos Gerais	Fraco 1	Regular 2	Bom 3	Muito Bom 4
A oficina propiciou conhecer os marcos legais de planejamento da gestão pública?				
A oficina possibilitou revisar os instrumentos de planejamento?				
Foi possível conhecer e entender a integração dos instrumentos de planejamento e orçamento?				
A oficina promoveu discutir como estão organizadas as equipes e como ocorre a construção e avaliação/monitoramento dos instrumentos de planejamento?				
Métodos e técnicas utilizados				
Qualidade do material (vídeos, manual, apresentação, etc.)				
Tempo de duração da oficina				
Como você avalia as oportunidades de participação				
Qual sua avaliação sobre esta oficina?				
Instrutor (es)				

Comentários

AVALIAÇÃO OFICINA 2 - 14/12/23
FINANCIAMENTO DA SAÚDE E ORÇAMENTO PÚBLICO

Buscando a melhoria contínua, gostaríamos de saber a sua opinião sobre alguns aspectos da oficina que você participou. Por favor, indique seu nível de satisfação para cada um dos seguintes tópicos, assinalando no espaço apropriado:

Seus conhecimentos anteriores a esta oficina eram:

() Nenhum () Poucos () Bons conhecimentos () Dominava o assunto

Objetivos da oficina:

() Atualização () Adquirir novos conhecimentos () Aprimorar habilidades
 () Outros. Quais:

Aspectos Gerais	Fraco 1	Regular 2	Bom 3	Muito Bom 4
A oficina propiciou revisar a legislação sobre o financiamento da saúde?				
A oficina possibilitou entender quais são as fontes de financiamento municipal ?				
Foi possível conhecer e entender como se acessa os sistemas de informações sobre financiamento (FNS) ?				
A oficina promoveu discussão sobre as atualizações nas regras gerais de aplicação dos recursos em saúde?				
Foi possível entender a participação das emendas no financiamento da saúde?				
Métodos e técnicas utilizados				
Qualidade do material (vídeos, manual, apresentação, etc.)				
Tempo de duração da oficina				
Como você avalia as oportunidades de participação				
Qual sua avaliação sobre esta oficina?				
Instrutor (es)				

Comentários

Seus conhecimentos anteriores a esta oficina eram:

Objetivos da oficina:

() Outros. Quais:

Comentários

--

--

APÊNDICE 10 – ROTEIRO DAS ENTREVISTAS FASE DE AVALIAÇÃO

AVALIAÇÃO QUALITATIVA DAS OFICINAS - Data:

Roteiro temático com questões relacionadas ao tema de cada oficina e a rotina/processo de trabalho das equipes nos municípios

OFICINA 1: INTRODUÇÃO AO FINANCIAMENTO E ORÇAMENTO PÚBLICO X INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO

1. Houve mudança ou proposta para organização da equipe de planejamento municipal?
2. Após a oficina algum instrumento de gestão foi atualizado ou adequado?

OFICINA 2: FINANCIAMENTO DA SAÚDE E ORÇAMENTO PÚBLICO

3. Em que medida e de que forma a equipe tem acessado as informações do FNS?
4. Após as oficinas como está o processo de organização e compreensão a respeito da aplicação dos recursos em saúde?
5. Foi planejado algum processo de utilização dos saldos em conta?

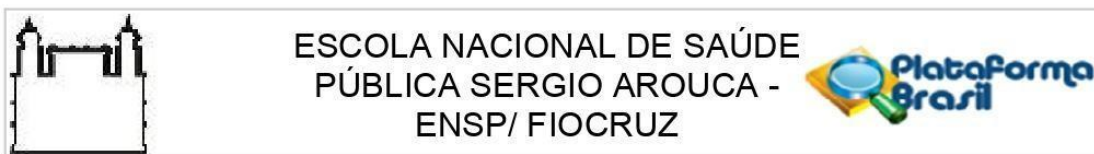
OFICINA 3: CONTRATOS, LICITAÇÕES E ORÇAMENTO PÚBLICO

6. Houve alguma mudança ou avanço referente as Licitações e a aplicação da nova lei, com os conceitos apresentados e discutidos na oficina?
7. Foi proposto algum tipo de planejamento para as contratações/compras públicas?

OFICINA 4: CONSTRUINDO ORÇAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

8. Após as oficinas houve maior relação ou aproximação com o setor de contabilidade?
10. Em que medida as oficinas propiciaram a adoção de instrumentos de planejamento e execução orçamentária?
12. Quais informações trouxeram alguma mudança significativa relacionada ao financiamento e organização orçamentária no município? Estão participando da construção do orçamento 2025? Se não, já foram discutir com setor responsável? Conseguiram aplicar algum conhecimento adquirido na oficina de construção do orçamento? GRAVAR RESPOSTA

ANEXO 1



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Mudanças nas regras de transferência de recursos federais do Sistema Único de Saúde: implicações e desafios para o financiamento e a organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil

Pesquisador: Luciana Dias de Lima

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 30675420.6.0000.5240

Instituição Proponente: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Patrocinador Principal: Fundação Oswaldo Cruz

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.196.806

Apresentação do Projeto:

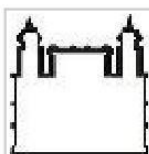
Este parecer refere-se a análise de resposta às pendências, emitidas pelo CEP/ENSP no parecer número 4.014.705, em 07/05/2020.

Projeto do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública de Luciana Dias de Lima e financiamento no total de R\$250.000 solicitado ao edital "Atenção Primária de Saúde (PMA) do Programa Inova Fiocruz."

Resumo: "O objetivo é analisar as transformações na composição das transferências de recursos federais do SUS e suas repercussões para o financiamento e a organização da APS. O estudo permitirá a produção de conhecimento relevante para apoiar gestores, comunidade acadêmica, profissionais e usuários do SUS na compreensão das políticas em curso, das dimensões inerentes ao financiamento federal da saúde e suas relações com o modelo de organização da APS em âmbito nacional e loco-regional."

Metodologia proposta: "O estudo envolverá três etapas: 1. Análise de documentos (Leis, Decretos, Portarias e Normas Ministeriais) relacionados à regulamentação do Orçamento Público, aos mecanismos de transferência de recursos federais e daqueles direcionados para o SUS e a atenção

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



**ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ**

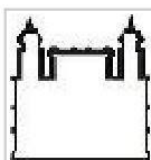


Continuação do Parecer: 4.196.806

básica, publicados e/ou vigentes no período de 2015 a 2020. Os documentos serão obtidos nos sites oficiais do Governo Federal e do Ministério da Saúde. 2. Estudo exploratório, com base em dados secundários de abrangência nacional, oriundos de sistemas de informações oficiais, referentes aos recursos financeiros transferidos da União, bem como das receitas e despesas orçamentárias em saúde dos municípios. Os dados das transferências serão obtidos do Fundo Nacional de Saúde e das receitas e despesas municipais em saúde do Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde, no período de 2015 a 2020. 3. Realização de estudo multicase, incluindo visita a municípios, análise de dados secundários e entrevistas semi-estruturadas com gestores de alto escalão das secretarias de saúde dos estados e municípios do Rio de Janeiro e do Paraná (Coordenadores Municipais de Atenção Primária à Saúde, Secretários Municipais de Saúde, Dirigentes Estaduais e Presidentes dos Cosems). Foram selecionados como casos: a. Região Metropolitana I do estado do Rio de Janeiro, onde está situada a Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp). Esta região possui cerca de 10 milhões de habitantes, distribuídos em 12 municípios de médio e grande porte populacional. b. Macrorregião Norte do Paraná, onde está situada a Universidade Estadual de Londrina (UEL). Esta Macrorregião abrange cinco regiões de saúde e possui cerca de 1,8 milhões de habitantes, distribuídos em 97 municípios, a maioria de pequeno porte populacional. A inclusão dessas regiões busca promover maior aproximação dos pesquisadores com o público-alvo."

Metodologia de análise de dados: "Serão adotadas contribuições dos estudos de análises de políticas públicas e da economia política da saúde. O foco de análise estará direcionado para a compreensão das relações federativas (transferências intergovernamentais) e entre os poderes Executivo e Legislativo (emendas parlamentares) no financiamento do SUS e suas repercussões para a organização da APS. O estudo adotará métodos quantitativos e qualitativos para coleta e processamento de informações. As seguintes estratégias e técnicas serão utilizadas: 1. Análise de documentos (Leis, Decretos, Portarias e Normas Ministeriais) relacionados à regulamentação do Orçamento Público, aos mecanismos de transferência de recursos federais e daqueles direcionados para o SUS e a atenção básica, publicados e/ou vigentes no período de 2015 a 2020. Os documentos serão obtidos nos sites oficiais do Governo Federal e do Ministério da Saúde. 2. Estudo exploratório, com base em dados secundários de abrangência nacional, oriundos de sistemas de informações oficiais, referentes aos recursos financeiros transferidos da União, bem como das receitas e despesas orçamentárias em saúde dos municípios. Os dados das transferências serão obtidos do Fundo

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA - ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 4.196.806

Nacional de Saúde e das receitas e despesas municipais em saúde do Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde, no período de 2015 a 2020. 3. Realização de estudo multicase, incluindo análise de dados secundários, documentos, entrevistas e observação participante. Destaca-se que a pesquisa será desenvolvida a partir da interlocução com gestores da administração pública do SUS atuantes nos Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) e nas Secretarias de Estado de Saúde do Paraná (PR) e Rio de Janeiro (RJ). Junto desses interlocutores, considerados público-alvo direto, foram definidos os produtos desse projeto e o plano de disseminação dos seus resultados, entre os quais se destacam: a) Manual com a sistematização das normas para transferência de recursos federais para a APS, direcionado aos gestores e técnicos municipais e estaduais. b) Curso de curta duração (8hs) sobre financiamento do SUS, da APS e gestão orçamentária, ofertado no RJ (Ensp) e no PR (UEL). c) Infográfico contendo a evolução dos componentes das transferências de recursos federais para a APS e seus principais efeitos sobre a configuração do modelo de atenção e gestão."

Tamanho da amostra: 40

Objetivo da Pesquisa:

"Objetivo Primário:

Analisar as transformações na composição das transferências de recursos federais do Sistema Único de Saúde e suas repercussões para o financiamento e a organização da Atenção Primária à Saúde, em nível nacional e em diferentes contextos regionais e municipais.

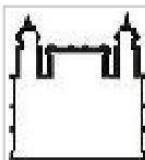
Objetivo Secundário:

- 1) Mapear o conjunto de mudanças nas regras formais que permeiam as transferências de recursos financeiros federais voltados para o SUS, com destaque para a APS.
- 2) Analisar a evolução dos componentes das transferências de recursos federais e suas repercussões para o financiamento e a organização da APS nos municípios brasileiros.
- 3) Analisar os efeitos das mudanças nas regras de financiamento federal na configuração do modelo de atenção e gestão da APS, em regiões e municípios selecionados nos estados do Rio de Janeiro e do Paraná.
- 4) Identificar tendências relacionadas ao financiamento da APS e à direcionalidade dada ao modelo de atenção pelo governo federal."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo	
Bairro: Manguinhos	CEP: 21.041-210
UF: RJ	Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863	Fax: (21)2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 4.196.806

"Toda pesquisa possui riscos potenciais, maiores ou menores, dependendo dos objetivos e metodologias adotadas. No caso deste estudo, há risco de ocorrer identificações dos sujeitos e constrangimentos dos entrevistados em razão do cargo público ocupado, da atividade profissional (função de gestão) desenvolvida, e do reduzido número de pessoas que serão entrevistadas (máximo 40). Visando reduzir riscos de identificação, esclarecemos no TCLE que as informações obtidas por meio da entrevista serão processadas e analisadas em conjunto com as demais entrevistas e materiais de outras fontes de pesquisa e que os resultados das análises são de responsabilidade dos pesquisadores; que citações diretas de falas, que permitam a identificação do entrevistado, serão evitadas; que após a transcrição, serão atribuídos códigos de modo a garantir o sigilo dos entrevistados; que o nome e os dados pessoais dos entrevistados não serão de modo algum utilizados. Será ainda solicitada a autorização do entrevistado das condições de uso do seu depoimento por meio do TCLE. Serão assegurados o sigilo e a privacidade das informações fornecidas em todas as etapas do estudo, incluindo na divulgação de seus resultados. Os dados coletados na entrevista serão arquivados por pelo menos 5 anos e serão acessados somente pela equipe de pesquisadores."

Benefícios:

"Um benefício da pesquisa se relaciona a possibilidade dos entrevistados refletirem sobre os processos de trabalho relacionados à gestão da saúde no diálogo com os pesquisadores. Além disso, a pesquisa foi construída de modo colaborativo entre instituições acadêmicas, parceiras e beneficiárias do estudo. Nesse processo, foram definidos produtos visando contribuir com os esforços da gestão pública da saúde, envolvendo: a elaboração de manual com a sistematização dos documentos que serão analisados no estudo e suas implicações para o financiamento e a organização da atenção básica; a oferta de um curso de curta duração sobre financiamento do SUS e gestão orçamentária voltado para as equipes de gestão das secretarias de saúde; e produção de infográfico contendo uma síntese de informações qualificadas sobre o financiamento e a gestão da atenção básica."

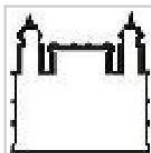
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O protocolo de pesquisa apresenta todos os elementos necessários e adequados à apreciação ética e as pendências emitidas no parecer anterior foram atendidas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Para elaboração deste parecer de aprovação, foi analisado o Formulário da Plataforma Brasil nomeado PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1537570.pdf, postado em 26/07/2020.

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SÉRGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 4.196.806

Na apresentação inicial foram apresentados e APROVADOS os seguintes documentos, postados na Plataforma Brasil:

- Documento com as informações sobre a equipe do projeto nomeado QuadroEquipe_CEP.pdf, postado em 10/04/2020.

Para responder às pendências do parecer anterior, o pesquisador anexou os seguintes documentos à Plataforma Brasil, os quais foram aprovados:

- Carta de aprovação do projeto no edital nomeado res_edital_pma_2020.pdf, postado em 27/07/2020

- Formulário de respostas às pendências nomeado formulario_resp_pend_parecer_4014705.pdf, postado em 26/07/2020

- Roteiro de entrevistas nomeado RoteiroEntrevistas.pdf, postado em 26/07/2020

- Termos de parcerias com instituições:

- TermodeParceria_SESA_Apucarana.pdf, postado em 26/07/2020

- TermodeParceria_SESA_Ivaipora.pdf, postado em 26/07/2020

- TermodeParceria_SES_RJ.pdf, postado em 26/07/2020

- TermodeParceria_COSEMS_PR.pdf, postado em 26/07/2020

- TermodeParceria_COSEMS_RJ.pdf, postado em 26/07/2020

- Plano de trabalho com universidade parceira nomeado planodetrabalho_ENSP_UEL_ComAssinaturas_Final.pdf, postado em 26/07/2020.

- Projeto de Pesquisa na íntegra, nomeado PMA_FinanciamentoAPS_24_07_20_CEP_modificado.pdf, postado em 26/07/2020.

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.041-210

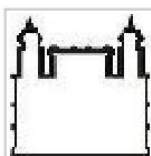
UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2598-2863

Fax: (21)2598-2863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 4.196.806

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), nomeado TCLE_ProjetoPMA_Abril_2020_modificado.pdf, postado em 26/07/2020.

- Folha de Rosto gerada pela Plataforma Brasil assinada pelo pesquisador responsável nomeado folhaDeRosto_modificada.pdf, postado em 26/07/2020.

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O CEP/ENSP considera que o protocolo do projeto de pesquisa ora apresentado contempla os quesitos éticos necessários, estando apto a ser iniciado a partir da presente data de emissão deste parecer.

Para elaboração deste parecer, as pendências emitidas no parecer consubstanciado número 4.014.705, em 07/05/2020, foram analisadas conforme abaixo:

1.Item de pendência:

1.1 Riscos: Prever riscos não considerados no texto, como se poderá ocorrer constrangimento dos participantes durante a entrevista (Resolução MS/CNS/CONEP 466/12 art. V).

Resposta da pendência 1:

A redação foi alterada de forma a explicitar de forma mais clara os riscos aos participantes durante a entrevista.

“Toda pesquisa possui riscos potenciais, maiores ou menores, dependendo dos objetivos e metodologias adotadas. No caso deste estudo, há risco de ocorrer identificações dos sujeitos e constrangimentos dos entrevistados em razão do cargo público ocupado, da atividade profissional (função de gestão) desenvolvida, e do reduzido número de pessoas que serão entrevistadas (máximo 40). Visando reduzir riscos de identificação, esclarecemos no TCLE que as informações obtidas por meio da entrevista serão processadas e analisadas em conjunto com as demais entrevistas e materiais de outras fontes de pesquisa e que os resultados das análises são de responsabilidade dos pesquisadores; que citações diretas de falas, que permitam a identificação do entrevistado, serão evitadas; que após a transcrição, serão atribuídos códigos de modo a garantir o sigilo dos entrevistados; que o nome e os dados pessoais dos entrevistados não serão de modo algum utilizados. Será ainda solicitada a autorização do entrevistado das condições de

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.041-210

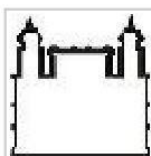
UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2598-2863

Fax: (21)2598-2863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 4.196.806

uso do seu depoimento por meio do TCLE. Serão assegurados o sigilo e a privacidade das informações fornecidas em todas as etapas do estudo, incluindo na divulgação de seus resultados. Os dados coletados na entrevista serão arquivados por pelo menos 5 anos e serão acessados somente pela equipe de pesquisadores.”

Há algum documento anexado para a pendência 1?

(X) sim. Inserir o nome do arquivo postado na plataforma: A alteração foi atualizada nas informações básicas do projeto e estarão no documento gerado automaticamente pelo sistema PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO

() não

Resposta à pendência: Pendência atendida

2. Item de pendência:

1.2 Benefícios: o texto incluído não se refere aos benefícios dos participantes e sim a justificativa do estudo. Incluir benefícios diretos (quando existir) e indiretos para o participante ou comunidade (Resolução MS/CNS/CONEP 466/12 art. V)

Resposta da pendência 2: A redação foi alterada de modo a incluir benefícios diretos e indiretos para o participante e instituição.

“Um benefício da pesquisa se relaciona a possibilidade dos entrevistados refletirem sobre os processos de trabalho relacionados à gestão da saúde no diálogo com os pesquisadores. Além disso, a pesquisa foi construída de modo colaborativo entre instituições acadêmicas, parceiras e beneficiárias do estudo. Nesse processo, foram definidos produtos visando contribuir com os esforços da gestão pública da saúde, envolvendo: a elaboração de manual com a sistematização dos documentos que serão analisados no estudo e suas implicações para o financiamento e a organização da atenção básica; a oferta de um curso de curta duração sobre financiamento do SUS e gestão orçamentária voltado para as equipes de gestão das secretarias de saúde; e produção de infográfico contendo uma síntese de informações qualificadas sobre o financiamento e a gestão da atenção básica.”

Há algum documento anexado para a pendência 2?

(X) sim. Inserir o nome do arquivo postado na plataforma: A alteração foi atualizada nas informações básicas do projeto e estarão no documento gerado automaticamente pelo sistema PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.041-210

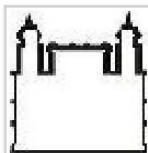
UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2598-2863

Fax: (21)2598-2863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 4.196.806

() não

Resposta à pendência: Pendência atendida

3. Item de pendência:

1.3 Tamanho da amostra: na seção de riscos menciona 50 pessoas e no item referente ao tamanho da amostra é mencionado 100. Esclarecer e padronizar a informação.

Resposta da pendência 3:

O número máximo de entrevistas a serem realizadas será 40, pois foram excluídos do estudo os dirigentes e profissionais de unidades básicas de saúde. Serão entrevistados somente gestores de alto escalão das secretarias de saúde dos estados e municípios do Rio de Janeiro e do Paraná (Coordenadores Municipais de Atenção Primária à Saúde, Secretários Municipais de Saúde, Dirigentes Estaduais e Presidentes dos Cosems). A informação foi corrigida e padronizada.

Há algum documento anexado para a pendência 3?

(X) sim. Inserir o nome do arquivo postado na plataforma: A alteração foi atualizada nas informações básicas do projeto e estarão no documento gerado automaticamente pelo sistema PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO

() não

Resposta à pendência: Pendência atendida

4. Item de pendência:

1.4 Não foram incluídas as instituições coparticipantes, como as Secretarias municipais e estaduais do Rio de Janeiro e do Paraná (Resolução MS/CNS/CONEP 580/18 cap. II art. 10º)

Resposta da pendência 4:

O estudo foi cadastrado como multicêntrico, em parceria com a Universidade Estadual de Londrina (UEL). Foram incluídos os seguintes alunos do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UEL como membros da equipe de pesquisa: Karen Patrícia Wilke Ferreira Rocha e Luana Carla Tironi de Freitas Giacometti.

Como não serão entrevistados dirigentes e profissionais de unidades básicas de saúde, somente gestores de alto escalão das secretarias de saúde dos estados e municípios do Rio de Janeiro e do

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.041-210

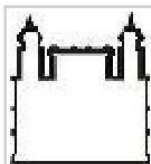
UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2598-2863

Fax: (21)2598-2863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 4.196.806

Paraná (Coordenadores Municipais de Atenção Primária à Saúde, Secretários Municipais de Saúde, Dirigentes Estaduais e Presidentes dos Cosems), estas instituições não foram inseridas como co-participantes. Entretanto, foram inseridos como documentos os termos de formalização de parcerias instituídas no âmbito do projeto para fins de desenvolvimento do estudo (UEL), dos produtos e divulgação dos seus resultados (com as diretoriais e coordenações das secretarias estaduais de saúde e Cosems).

Há algum documento anexado para a pendência 4?

(X) sim. Inserir o nome do arquivo postado na plataforma: A alteração foi atualizada nas informações básicas do projeto e estarão no documento gerado automaticamente pelo sistema PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO

Além disso foram incluídos os seguintes documentos de formalização de parcerias:

Plano de Trabalho_ENSP_UEL_ComAssinaturas_Final

Termo de Parceria_Cosems_RJ

Termo de Parceria_Cosems_PR

Termo de Parceria_SES_RJ

Termo de Parceria_SESA_CISMEPAR

Termo de Parceria_SESA_Ivaipora

Termo de Parceria_SESA_Apucarana

() não

Resposta à pendência: Pendência atendida

5. Item de pendência:

2.1 Especificar quais as instituições coparticipantes que serão captadas as cartas de anuência e incluir justificativa para a não entrega das cartas de anuência (Resolução MS/CNS/CONEP 580/18 cap. II art. 10º, §1º).

Resposta da pendência 5:

O documento "DeclaracaoCEP.pdf" foi excluído pois serão entrevistados somente gestores de alto escalão das secretarias de saúde dos estados e municípios do Rio de Janeiro e do Paraná (Coordenadores Municipais de Atenção Primária à Saúde, Secretários Municipais de Saúde, Dirigentes Estaduais e Presidentes dos Cosems), sendo necessário nesse caso somente o TCLE.

Há algum documento anexado para a pendência 5?

() sim.

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.041-210

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2598-2863

Fax: (21)2598-2863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 4.196.806

(X) não

Resposta à pendência: Pendência atendida

6. Item de pendência:

3.1 No item patrocinador principal consta o nome da Fiocruz. Porém, no documento da Plataforma Brasil foi informado que o projeto ainda será submetido a um edital de fomento da Fiocruz. Adequar a informação (Norma Operacional MS/CNS Nº 001/2013 item 3.4.1 alínea 16). Posteriormente apresentar a carta de aprovação do projeto no edital citado pelo pesquisador (Norma Operacional CNS 001/13 item 3.4.1, 16).

Resposta da pendência 6:

O projeto foi aprovado no âmbito do Edital. A informação foi corrigida da plataforma Brasil. Foi anexada a lista de projetos aprovados do Edital.

Há algum documento anexado para a pendência 6?

(X) sim. Inserir o nome do arquivo postado na plataforma: A alteração foi atualizada nas informações básicas do projeto e estarão no documento PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO

Foi inserido do documento:

resultado_edital_pma_vf_09-07-2020

() não

Resposta à pendência: Pendência atendida

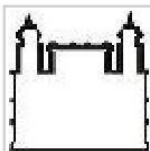
7. Item de pendência:

4. Considerações sobre o documento TCLE_ProjetoPMA_Abril_2020.pdf

4.1 Explicitar que os procedimentos da pesquisa não deverão interferir na rotina dos serviços de assistência à saúde nem nas atividades profissionais dos trabalhadores no serviço (Resolução MS/CNS/CONEP 580/18 cap. II art. 5º e 6º).

4.2 Explicitar uma forma de divulgação dos resultados da pesquisa para os participantes e instituições onde os dados foram coletados, ao término do estudo (Resolução MS/CNS/CONEP 580/18 cap. II art. 9º). Os meios mencionados (relatórios de pesquisa, artigos científicos e trabalhos em eventos científicos) não se configuram como devolutivos aos participantes de pesquisa.

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 4.196.806

4.3 No TCLE Lê-se: "Assim, será solicitada a autorização do entrevistado para identificação da fala através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido". Esclarecer. Ainda, se haverá identificação direta este risco da identificação deve estar no item risco da Plataforma Brasil.

4.4 No meio do TCLE tem campo referente a autorização das condições de uso do seu depoimento para fins da pesquisa científica. Adequar, colocando este quesito para o final do documento antes da assinatura do participante; ainda o campo deve ter as opções de autoriza () sim () não.

4.5 Incluir a assinatura do pesquisador responsável pela pesquisa ao final do termo devendo as páginas de assinaturas estar na mesma folha (Resolução MS/CNS/CONEP 466/12 art. IV.5, alínea "d").

4.6 Esclarecer a forma de abordagem e local das entrevistas. Incluir as afirmações sobre sigilo e privacidade de todos os participantes durante todas as fases da pesquisa. Incluir quais serão as medidas tomadas para assegurar o sigilo dos participantes (Resolução MS/CNS/CONEP 466/12 art. IV.3, alínea "e").

4.7 Incluir um telefone de contato institucional. Ainda, recomenda-se não utilizar telefones pessoais no TCLE.

Resposta da pendência 7:

Todas as solicitações de alteração foram feitas no TCLE e grifadas em amarelo.

Há algum documento anexado para a pendência 7?

(X) sim. TCLE_ProjetoPMA_Abril_2020_modificado.pdf

() não

Resposta à pendência: Pendência atendida

8. Item de pendência:

5. Considerações sobre documento faltante:

5.1 Postar o documento que será utilizado para a coleta de dados, ou seja, o ROTEIRO DE ENTREVISTA/questionário que será aplicado nas entrevistas.

5.2 Vale salientar que se as perguntas do questionário forem distintas para os diferentes grupos de pessoas investigados deve-se considerar a necessidade de TCLE específicos para cada grupo, considerando que possa haver diferentes objetivos, riscos e benefícios com a aplicação do instrumento. Esclarecer.

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.041-210

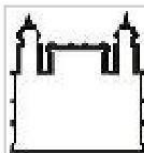
UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2598-2863

Fax: (21)2598-2863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 4.196.806

Resposta da pendência 8:

O roteiro foi elaborado e postado na plataforma Brasil. O mesmo roteiro será aplicado a todos os entrevistados da pesquisa. Esta informação foi incluída no roteiro.

Há algum documento anexado para a pendência 8?

☒ (X) sim. Roteiro_Entrevistas

☐ () não

Resposta à pendência: Pendência atendida

9. Item de pendência:

6.Referente ao financiamento do estudo:

6.1)Caso o projeto seja contemplado pela instituição de fomento, durante a tramitação do projeto, a pesquisadora deverá anexar carta de aprovação do projeto no edital, ou carta de compromisso de enviar posteriormente via notificação

6.2)Esclarecer como se efetivará a pesquisa caso não seja obtido o financiamento requerido (Norma Operacional 001/13 3.3.e)

Resposta da pendência 9:

A lista de projetos selecionados no âmbito do Edital PMA 2020 foi postada na plataforma Brasil. O item 6.2. não se aplica, pois o projeto foi selecionado.

Há algum documento anexado para a pendência 9?

☒ (X) sim. resultado_edital_pma_vf_09-07-2020

☐ () não

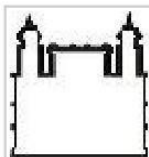
Resposta à pendência: Pendência atendida

10. Item de pendência:

Considerações Finais a critério do CEP:

As pendências deverão ser respondidas no "formulário de respostas às pendências", disponível na página eletrônica do CEP e as informações deverão ser atualizadas em TODOS os documentos pertinentes (ex.: no formulário da Plataforma, no projeto na íntegra e em outros documentos pertinentes).

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SÉRGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 4.196.806

Documentos alterados a serem anexados após o parecer do CEP deverão ser nomeados com a palavra "modificado".

Ao responder as pendências o pesquisador deve rever o cronograma da pesquisa e atualizá-lo, considerando o tempo necessário à obtenção da aprovação.

Resposta da pendência 10:

Todas as solicitações acima foram atendidas. Informamos que o cronograma preve o início da pesquisa em 10/08/20 atendendo ao edital PMA 2020.

Há algum documento anexado para a pendência 10?

(X) sim. Inserir o nome do arquivo postado na plataforma: A alteração foi atualizada nas informações básicas do projeto e estarão no documento PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO

Foi anexado:

formulario_resp_pend_parecer_4.014.705

folhaDeRosto_modificada

PMA_FinanciamentoAPS_24_07_20_CEP_modificado

() não

Resposta à pendência: Pendência atendida

Considerações Finais a critério do CEP:

ATENÇÃO:

CASO OCORRA ALGUMA ALTERAÇÃO NO FINANCIAMENTO DO PROJETO ORA APRESENTADO (ALTERAÇÃO DE PATROCINADOR, COPATROCÍNIO, MODIFICAÇÃO NO ORÇAMENTO), O PESQUISADOR TEM A RESPONSABILIDADE DE SUBMETER UMA EMENDA AO CEP SOLICITANDO AS ALTERAÇÕES NECESSÁRIAS. A NOVA FOLHA DE ROSTO A SER GERADA DEVERÁ SER ASSINADA NOS CAMPOS PERTINENTES E A VIA ORIGINAL DEVERÁ SER ENTREGUE NO CEP. ATENTAR PARA A NECESSIDADE DE ATUALIZAÇÃO DO CRONOGRAMA DA PESQUISA. CASO O PROJETO SEJA CONCORRENTE DE EDITAL, SOLICITA-SE ENCAMINHAR AO CEP, PELA PLATAFORMA BRASIL, COMO NOTIFICAÇÃO, O COMPROVANTE DE APROVAÇÃO. PARA ESTES CASOS, A LIBERAÇÃO PARA O INÍCIO DO TRABALHO DE CAMPO (COLETA DE DADOS, ABORDAGEM DE POSSÍVEIS PARTICIPANTES ETC.) ESTÁ CONDICIONADA À APRESENTAÇÃO DA FOLHA DE ROSTO, ASSINADA PELO PATROCINADOR, EM ATÉ 15 (QUINZE) DIAS APÓS A DIVULGAÇÃO DO RESULTADO DO EDITAL AO QUAL O PROJETO FOI SUBMETIDO.

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.041-210

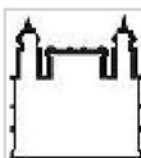
UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2598-2863

Fax: (21)2598-2863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



**ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SÉRGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ**



Continuação do Parecer: 4.196.806

Verifique o cumprimento das observações a seguir:

1* Em atendimento a Resolução CNS nº 466/2012, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar ao CEP RELATÓRIOS PARCIAIS (semestrais) e FINAL. Os relatórios compreendem meio de acompanhamento pelos CEP, assim como outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa. O relatório deve ser enviado pela Plataforma Brasil em forma de "notificação". Os modelos de relatórios (parciais e final) que devem ser utilizados encontram-se disponíveis na homepage do CEP/ENSP (<https://cep.ensp.fiocruz.br/>), em: pesquisa projetos de pesquisa documentos necessários.

2* Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP, como EMENDA. Deve-se aguardar parecer favorável do CEP antes de efetuar a/s modificação/ões.

3* Justificar fundamentadamente, caso haja necessidade de interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

4* O Comitê de Ética em Pesquisa não analisa aspectos referentes a direitos de propriedade intelectual e ao uso de criações protegidas por esses direitos. Recomenda-se que qualquer consulta que envolva matéria de propriedade intelectual seja encaminhada diretamente pelo pesquisador ao Núcleo de Inovação Tecnológica da Unidade.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	aut_ENSP.pdf	06/08/2020 12:43:44	Jennifer Braathen Salgueiro	Aceito
Outros	res_edital_pma_2020.pdf	27/07/2020 12:17:53	Jennifer Braathen Salgueiro	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1537570.pdf	26/07/2020 12:21:01		Aceito
Outros	formulario_resp_pend_parecer_4014	26/07/2020	Luciana Dias de	Aceito

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.041-210

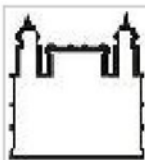
UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2598-2863

Fax: (21)2598-2863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SÉRGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 4.196.806

Outros	705.pdf	12:20:11	Lima	Aceito
Outros	RoteiroEntrevistas.pdf	26/07/2020 12:16:22	Luciana Dias de Lima	Aceito
Outros	TermodeParceria_SESA_Apucarana.pdf	26/07/2020 12:15:18	Luciana Dias de Lima	Aceito
Outros	TermodeParceria_SESA_Ivaipora.pdf	26/07/2020 12:14:52	Luciana Dias de Lima	Aceito
Outros	TermodeParceria_SESA_CISMEPAR.pdf	26/07/2020 12:14:37	Luciana Dias de Lima	Aceito
Outros	TermodeParceria_SES_RJ.pdf	26/07/2020 12:14:18	Luciana Dias de Lima	Aceito
Outros	TermodeParceria_COSEMS_PR.pdf	26/07/2020 12:14:03	Luciana Dias de Lima	Aceito
Outros	TermodeParceria_COSEMS_RJ.pdf	26/07/2020 12:13:46	Luciana Dias de Lima	Aceito
Outros	planodetrabalho_ENSP_UEL_ComAssinaturas_Final.pdf	26/07/2020 12:13:01	Luciana Dias de Lima	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PMA_FinanciamentoAPS_24_07_20_CEP_modificado.pdf	26/07/2020 12:02:49	Luciana Dias de Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ProjetoPMA_Abril_2020_modificado.pdf	26/07/2020 12:02:09	Luciana Dias de Lima	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_modificada.pdf	26/07/2020 11:54:49	Luciana Dias de Lima	Aceito
Outros	QuadroEquipe_CEP.pdf	10/04/2020 14:40:43	Luciana Dias de Lima	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

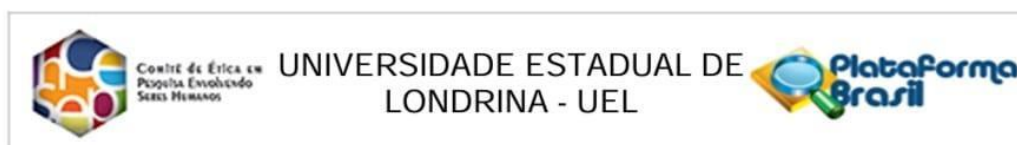
Não

RIO DE JANEIRO, 06 de Agosto de 2020

Assinado por:
Jennifer Braathen Salgueiro
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br

ANEXO 2 - CAAE PESQUISA GESTÃO ORÇAMENTÁRIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Gestão orçamentária em saúde: estratégias para ampliar a eficiência e autonomia dos municípios no uso dos recursos em saúde

Pesquisador: Fernanda de Freitas Mendonça

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 59119522.4.0000.5231

Instituição Proponente: CCS - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: CONS NAC DE DESENVOLVIMENTO CIENTIFICO E TECNOLÓGICO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.545.546

Apresentação do Projeto:

"Os recursos de transferência representa um montante fundamental para o financiamento da atenção básica em saúde. Dada sua importância é fundamental que estes sejam efetivamente executados. Contudo, em fevereiro de 2020, havia saldo de mais de 11 bilhões não executados nos fundos municipais de saúde. Diante disso, quais são as dificuldades dos gestores municipais de saúde em executar os recursos de transferência? Os pressupostos referem-se às inseguranças relativas a legalidade da execução dos recursos, bem como, a falta de apropriação acerca de como funciona a gestão dos recursos do SUS. No campo da saúde pública a gestão do SUS representa um desafio permanente. Estudos desenvolvidos têm revelado grandes limites técnicos das equipes que assumem a gestão dos municípios. A formação das equipes gestoras de saúde associado com a criação de estratégias e ferramentas que tornem o processo de gestão orçamentária do SUS mais acessível aos gestores é fundamental para que os recursos gastos em saúde o sejam de forma mais eficiente e eficaz. Além disso, em tempos de recessão econômica, otimizar o uso dos recursos em saúde é importante para garantir a continuidade da oferta de serviços à comunidade e garantir o cumprimento dos princípios doutrinários do SUS. Diante disso, o financiamento desse projeto, torna-se revelante para a implementação de tais estratégias. Trata-se de pesquisa-ação, realizada na região norte do estado do Paraná, com população de quase 2 milhões de habitantes e 97 municípios, a maioria com menos de 20 mil habitantes. A pesquisa será desenvolvida nas seguintes fases: 1) Exploratória:

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

CEP: 86.057-970

E-mail: cep268@uel.br



CONTRATO DE ÉTICA EM
PESQUISA ENvolvendo
SERES HUMANOS

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 5.545.546

serão investigados junto aos gestores a organização da área de planejamento em saúde, o conhecimento da equipe sobre o orçamento público da saúde, recursos próprios e de transferência aplicados em saúde, elaboração dos instrumentos de gestão do SUS e orçamentários do executivo. 2) Pesquisa Aprofundada: a partir do diagnóstico, será elaborado material instrucional sobre gestão orçamentária, bem como de um aplicativo de controle orçamentário para equipes de pequenos municípios. 3) Fase da Ação: Desenvolvimento de Oficinas de Educação Permanente em Saúde, em que serão apresentados e discutidos temas relacionados aos instrumentos de acompanhamento e controle financeiro dos recursos federais, estaduais e municipais, bem como da prestação de contas e implantação e uso de aplicativo de controle orçamentário para as equipes gestoras. 4) Fase da Avaliação: será avaliada a superação ou não dos problemas inicialmente identificados. Hipótese: Os pressupostos referem-se às inseguranças relativas a legalidade da execução dos recursos, bem como, a falta de apropriação acerca de como funciona a gestão dos recursos do SUS. Espera-se como produto o desenvolvimento de um material instrucional (no formato de um ebook digital) e o desenvolvimento de um aplicativo que contribua para o controle gestão orçamentária em saúde."

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

. "Construir ferramentas que apoiem os gestores a gerir melhor os recursos são fundamentais para garantir mais segurança, autonomia e eficiência na aplicação e prestação de contas dos recursos da saúde."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Riscos: Por se tratar de uma pesquisa-ação os riscos são relativos a exposição das informações obtidas sujeitos da pesquisa nas diferentes etapas da pesquisa. Contudo, será garantido que tais informações sejam de uso exclusivo para fins da pesquisa e que será mantido o sigilo dos participantes.

Benefícios:

Participar da construção de ferramentas que irão contribuir para a gestão orçamentária em saúde dos municípios."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo é relevante.

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Telefone: (43)3371-5455

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

E-mail: cep268@uel.br



Conselho de Ética em
Pesquisa Envolvendo
Serres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 5.545.546

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1. Folha de rosto foi assinada pela Coordenação do Programa de Pós graduação em Saúde Coletiva com todos os campos devidamente preenchidos;
2. Declaração de concordância do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Paraná (COSEMS) foi assinada pelo seu presidente;
3. Orçamento de R\$ 83.200,00, dividido em custeio, equipamentos e apoio técnico, informa que o Patrocinador Principal é o Conselho Nacional de Desenvolvimento científico e Tecnológico.(chamada CNPq/MCTI/FNDCT No 18/2021 - Faixa A").
4. Cronograma detalhado com fase identificada como "Levantamento de informações sobre a organização da área de planejamento e orçamento em saúde dos municípios. Diagnóstico do conhecido das equipes gestoras sobre gestão orçamentária em saúde" prevista para 01/06/2022;
5. TCLE foi apresentado em forma de convite, com páginas devidamente numeradas, os riscos e benefícios foram citados assim com as providências para minimizar os riscos.
- 5.1. Informa que: "A execução da pesquisa envolve uma série de estratégias metodológicas, incluindo oficinas, entrevistas e pesquisa em bases de dados secundários" porém não explicita detalhes dos mesmos (tempo de duração, local e tipos de bases de dados a serem pesquisados);
- 5.2. Informa que as entrevistas e oficinas serão gravadas mas não apresenta campos excludentes para a opção dos participantes da pesquisa;
- 5.3. Não constam o endereço e contatos do CEP/UEL;
- 5.4. Consta no campo de assinatura "Nome e assinatura do entrevistado".
6. Embora informe uso de dados secundários não apresentou termo de Confidencialidade e Sigilo (organização da área de planejamento em saúde, o conhecimento da equipe sobre o orçamento público da saúde, recursos próprios e de transferência aplicados em saúde, elaboração dos instrumentos de gestão do SUS e orçamentários do executivo);
7. Não foram apresentados o roteiro das entrevistas;

Recomendações:

1. Recomendamos substituir o texto inserido nos Benefícios para "Espera-se como produto o desenvolvimento de um material instrucional (no formato de um ebook digital) e o desenvolvimento de um aplicativo que contribua para o controle gestão orçamentária em saúde." (benefício direto ao participante da pesquisa)

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Para a provação do presente projeto de pesquisa solicitamos o atendimento das seguintes pendências:

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br



Comitê de Ética em
Pesquisa Envolvendo
Seres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 5.545.546

Pendência 1. Como não cabe análise ética de estudos já iniciados, solicitamos esclarecimentos sobre a data informada (01/06/2022). Caso o estudo ainda não tenha sido iniciado solicitamos readequação do cronograma nas Informações Básicas da Plataforma Brasil e apresentação de declaração assinada de que os estudos ainda não foram iniciados;

ANÁLISE: O cronograma foi readequado nas Informações Básicas da Plataforma Brasil informando que a fase identificada como "Levantamento de informações sobre a organização ..." será iniciada em 01/08/2022 porém não apresentou a declaração solicitada de que os estudos ainda não foram iniciados.

PENDÊNCIA NÃO ATENDIDA

Pendência 2. No TCLE: 2.1. Explicitar as diferentes fases do projeto, informando resumidamente a execução dos mesmos, tempo de duração e local (oficinas e entrevistas serão presenciais ou on line etc).

ANÁLISE: Foi apresentado novo TCLE com as informações ao participante da pesquisa.

PENDÊNCIA ATENDIDA.

2.2. Em relação aos direitos dos participantes, dispostos na Resolução CNS n.º 510, de 2016, em seu Artigo 9.º, de terem sua privacidade respeitada; de terem garantida a confidencialidade das informações pessoais; e de decidirem, dentre as informações que forneceram, quais podem ser tratadas de forma pública, solicita se inserir opções excludentes entre si ("sim, autorizo a divulgação da minha imagem e/ou voz" e "não, não autorizo a divulgação da minha imagem e/ou voz") no Registro do Consentimento Livre e Esclarecido, para que os participantes possam exercer tais direitos, quanto as gravações das entrevistas e oficinas;

ANÁLISE: Foi apresentado novo TCLE com as readequações solicitadas.

PENDÊNCIA ATENDIDA.

2.3. Acrescentar o endereço e contato do CEP/UEL. (Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 3371-5455, e-mail: cep268@uel.br.)

ANÁLISE: Foi apresentado novo TCLE com as readequações solicitadas.

PENDÊNCIA ATENDIDA.

2.4. Os campos de assinaturas e rubricas devem ser identificados de acordo com a terminologia prevista na Resolução CNS n.º 510, de 2016, Artigo 2.º, Incisos XIII e XVII, ou seja, empregando-se os termos "pesquisador responsável" e "participante de pesquisa/responsável legal". Solicita se adequação;

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

CEP: 86.057-970

E-mail: cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 5.545.546

ANÁLISE: Foi apresentado novo TCLE com as readequações solicitadas.

PENDÊNCIA ATENDIDA.

Pendência 3. Apresentar Termo de Confidencialidade e Sigilo sob assinatura. Vide <http://www.uel.br/comites/cepes/pages/documentos-para-apreciacao-etica.php>.

ANÁLISE: Foi apresentado Termo de Confidencialidade e sigilo devidamente assinado.

PENDÊNCIA ATENDIDA.

Pendência 4. Apresentar roteiro de entrevistas;

ANÁLISE: Não foi apresentado o roteiro das entrevistas e/ou questionário.

PENDÊNCIA NÃO ATENDIDA.

Pendência 5. A terminologia adotada pela Resolução CNS n.º466, de 2012, item II.10 – "participante de pesquisa", deve ser empregada em todos os documentos do protocolo de pesquisa, assim solicitamos que o termo "sujeito da pesquisa" que consta nos riscos seja substituída. Solicita-se adequação.

ANÁLISE: Foram realizadas as readequações solicitadas.

PENDÊNCIA ATENDIDA.

Pendência 6. Considerando que de acordo com a Norma Operacional CNS n.º001, de 2013, item 3.3.e, todos os protocolos de pesquisa devem conter, obrigatoriamente, orçamento que detalhe os recursos, as fontes e a destinação, bem como apresentar previsão de ressarcimento de despesas do participante e de seus acompanhantes, quando necessário. Sendo assim, solicita-se que seja apresentado orçamento financeiro detalhado, que especifique TODOS os recursos, as fontes e a destinação. Apresentar ainda cópia do resultado público da chamada CNPq.

ANÁLISE: Foi anexado o Termo de Outorga CNPq e readequação do orçamento.

PENDÊNCIA ATENDIDA.

Para a provação do presente projeto de pesquisa solicitamos o atendimento das seguintes pendências:

Pendência 1. Como não cabe análise ética de estudos já iniciados, solicitamos que caso o estudo ainda não tenha sido iniciado, a apresentação de declaração assinada pelo pesquisador e seu orientador de que os estudos ainda não foram iniciados;

ANÁLISE: Pesquisadora apresentou declaração assinada de que o estudo ainda não foi iniciado.

PENDÊNCIA ATENDIDA

Pendência 2. Apresentar roteiro de entrevistas;

ANÁLISE: O roteiro de entrevistas foi anexado nas Informações Básicas da Plataforma Brasil.

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br



COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA ENVOLVENDO
SERES HUMANOS

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 5.545.546

PENDÊNCIA ATENDIDA

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado(a) Pesquisador(a),

Este é seu parecer final de aprovação, vinculado ao Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina. É sua responsabilidade apresentá-lo aos órgãos e/ou instituições pertinentes.

Ressaltamos, para início da pesquisa, as seguintes atribuições do pesquisador, conforme Resolução CNS 466/2012 e 510/2016:

A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais, cabendo-lhe:

- conduzir o processo de Consentimento e de Assentimento Livre e Esclarecido;
- apresentar dados solicitados pelo sistema CEP/CONEP a qualquer momento;
- desenvolver o projeto conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção;
- elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;
- manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa;
- encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores e pessoal técnico integrante do projeto;
- justificar fundamentadamente, perante o sistema CEP/CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Coordenação CEP/UEL.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1927926.pdf	11/07/2022 11:49:29		Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao.pdf	11/07/2022 11:47:57	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Outros	ROTEIROENTREVISTA.docx	11/07/2022	Fernanda de Freitas	Aceito

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

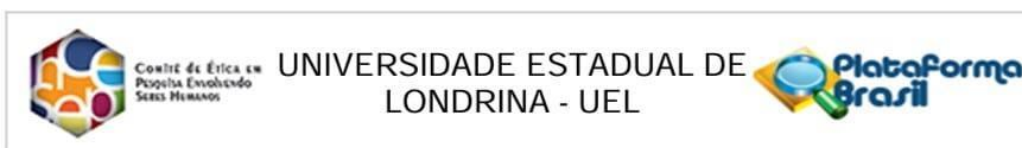
CEP: 86.057-970

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 5.545.546

Outros	ROTEIROENTREVISTA.docx	11:39:34	Mendonça	Aceito
Outros	termosDeConcessao.pdf	01/07/2022 11:39:19	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Outros	ConfidencialidadeSigilo.doc	01/07/2022 11:31:30	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	01/07/2022 11:27:35	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Declaração de concordância	declaracaoconcordancia.pdf	30/05/2022 15:52:39	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto Chamada.docx	11/04/2022 17:26:20	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Folha de Rosto	Folharostoassinada.pdf	11/04/2022 16:32:33	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

LONDRINA, 26 de Julho de 2022

Assinado por:
Adriana Lourenço Soares Russo
(Coordenador(a))

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

CEP: 86.057-970

E-mail: cep268@uel.br

