



Universidade de Brasília

Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade

Departamento de Administração



Tribunal de Contas do Distrito Federal

nin Núcleo de Estudos e Pesquisas
em Inovação e Estratégia

Adriana Magalhães Ribeiro Salles

**Integração entre os instrumentos de planejamento em
saúde no Distrito Federal: um estudo de caso**

Brasília – DF

2017

Adriana Magalhães Ribeiro Salles

**Integração entre os instrumentos de planejamento em
saúde no Distrito Federal: um estudo de caso**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Administração
como requisito parcial à obtenção do título de especialista em Gestão Pública.

Professor Orientador: Prof. Luiz Genélio Mendes Jorge

Brasília – DF

2017

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	3
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	10
3	MÉTODOS E TÉCNICAS DE PESQUISA	18
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	24
5	CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	39
	REFERÊNCIAS.....	43
	APÊNDICES.....	47
	Apêndice A – Metas a serem atingidas até 2015 – Plano Distrital de Saúde e PPA 2012-2015	47
	Apêndice B – Indicadores – Plano Distrital de Saúde e PPA 2012 - 2015	51
	Apêndice C – Ações Orçamentárias, Metas Físicas e Financeiras – PPA e LOAs 2012-2015	55
	Apêndice D – Metas e prioridades LDOs 2012 a 2015	59

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 e a Lei Federal 8.080/90 instituíram o Sistema Único de Saúde - SUS no Brasil, estabelecendo que a saúde é um dever do Estado, bem como implementando a universalização e integralidade dos serviços de saúde pública.

Pelo princípio da universalidade, todos os brasileiros têm direito aos serviços do SUS, de forma que, em nenhuma circunstância, o acesso pode ser restringido. O SUS deve ofertar um conjunto de serviços sanitária e socialmente necessários, conforme protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas e por meio de amplo movimento de discussão que envolva os gestores de saúde (Conselho Nacional dos Secretários de Saúde - CONASS, 2011a).

A integralidade na saúde consiste em um “[...] conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (Lei 8080/90, art. 7, II). Assim, resulta em desenvolver as ações em saúde com base na interdisciplinaridade, com abordagem integral e contínua do indivíduo, considerando sua situação familiar, social e do trabalho (Conselho Nacional dos Secretários de Saúde - CONASS, 2011a).

Nesse contexto, o adequado planejamento para promoção de ações e serviços de saúde se torna crucial para garantia da universalidade e integralidade no Sistema Único de Saúde do Brasil. Diante de sua complexidade, por envolver serviços altamente especializados, bem como utilizar tecnologias altamente específicas, a tarefa de garantir a promoção, proteção e recuperação da saúde da população brasileira é desafiadora e exige grande capacidade de organização e gestão do Estado.

1.1 Contextualização

A Portaria do Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde - GM/MS 2.135/2013 estabelece as diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde, indicando como pressuposto desse processo: “a compatibilização entre os instrumentos de planejamento da saúde [...] e os instrumento de planejamento e orçamento de governo, [...], em cada esfera de gestão”.

A integração entre os instrumentos de planejamento de saúde é de tal importância que no Plano Distrital de Saúde 2012- 2015 foi prevista a seguinte meta: “Integração entre os diversos instrumentos de planejamento da SES DF – Plano Plurianual, Plano de Saúde e Planejamento Estratégico” (Plano Distrital de Saúde 2012-2015, p. 52).

É de conhecimento de todos o desafio enfrentado pelo Estado de oferecer acesso universal, isonômico e de qualidade para todos aqueles que buscam o serviço público de saúde.

A situação atual do nosso país de crise fiscal e econômica ressalta mais a necessidade de realizar um adequado planejamento dos serviços a serem ofertados para a sociedade. Em momento de restrição orçamentária, a utilização eficiente dos recursos se torna crucial para a manutenção ou melhora da qualidade dos serviços e para atingir os objetivos estabelecidos pelo Governo.

Ademais, um dos grandes desafios para gestão da saúde é garantir a universalidade e integralidade em um cenário de restrições orçamentárias e financeiras, devendo alocar recursos de forma equânime em um país de tantas desigualdades sociais e regionais (Conselho Nacional dos Secretários de Saúde - CONASS, 2011b).

Outro ponto importante reside no patente fato de que os serviços de saúde são caros e os gastos, crescentes, principalmente no contexto atual de necessidade de inovação tecnológica e de crescimento e envelhecimento da população. Conforme a Organização Mundial de Saúde, em 2000 os gastos com saúde representavam 7,7% do PIB mundial e em 2012 totalizavam 8% do PIB mundial (Conselho Nacional dos Secretários de Saúde - CONASS, 2011b).

Ademais, um ponto que interfere sobremaneira no planejamento da saúde é sua judicialização. Conforme Mazza e Mendes (2013) os julgados relacionados aos direitos de saúde, com frequência, não observam as normas orçamentárias, em especial, a Lei de Responsabilidade Fiscal, o que implica o prejuízo da sustentabilidade financeira da política de saúde, que é imprescindível para se concretizar o direito à saúde.

A importância da área da saúde no contexto nacional foi descrita por Gonçalves *et al.* (2013), conforme a seguir:

Detentora de um orçamento público federal de cerca de R\$ 79,5 bilhões (Brasil, 2011) no ano de 2011, a área de Saúde é um dos setores com maior destaque do cenário nacional, tanto pela relevância e nobreza que revestem o serviço oferecido pelo Estado na manutenção da saúde e da vida à população, como pelas constantes críticas advindas dos usuários, sociedade e mídia ao setor em razão da má qualidade dos serviços prestados.

Agravando a situação apresentada, tem-se a promulgação da Emenda Constitucional 95, de 15/12/2016, que implementa, no âmbito do governo federal, um teto aos gastos públicos por 20 anos, considerando a despesa paga no exercício de 2016, corrigindo, anualmente, pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA. Tal limite poderá ser revisto após um período de 10 anos. Para gastos com os serviços de saúde, a aplicação do teto se iniciará no exercício de 2018.

O financiamento da saúde pública é de responsabilidade de cada esfera da federação, com valores mínimos a serem aplicados anualmente por cada ente federativo, conforme a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamenta a Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000; bem como a Emenda Constitucional 86, de 17 de março de 2015.

No Brasil, há dificuldades em se realizar o adequado planejamento de forma a garantir gasto público de qualidade. Assim, torna-se necessário aos gestores o conhecimento do processo de avaliação de programas, mensurando os resultados, tendo em vista os custos e o que foi planejado, a fim de promover maior transparência, eficiência e efetividade da gestão dos recursos públicos (PINTO, 2015).

Corroborando o exposto, Weiller (2014) ratifica o desafio de se organizar os programas e alocar recursos nas peças orçamentárias, considerando o desempenho alcançado para as ações propostas em períodos anteriores. O orçamento por desempenho é um método importante que envolve a responsabilização dos gestores sobre as políticas públicas. Ressalta o autor sobre o subfinanciamento por parte do governo federal sobre a área da saúde, que será possivelmente mantido por vários anos, tendo em vista a PEC de limite dos gastos do governo. Indica, portanto, a importância do Orçamento por Desempenho, que auxilia na promoção da eficiência dos gastos públicos e na eficácia e efetividade das políticas públicas.

Uma vez que a disponibilização de tecnologias na área da saúde é crescente, porém os recursos orçamentários são limitados, é essencial a realização de avaliação, principalmente sobre aspectos como custo-efetividade da incorporação de novas tecnologias e situação sócio-econômica (ISKRO et al, 2016).

Conforme Lacerda *et al.* (2012), o planejamento na saúde é imperativo legal, importante para a gestão pública:

O planejamento é um instrumento de gestão das três esferas de governo no âmbito do SUS, permitindo a definição de objetivos e a organização das ações a serem desenvolvidas. Além disso, o planejamento facilita o acompanhamento, a fiscalização, o controle dos gastos e a avaliação dos resultados obtidos. É um instrumento de gestão fundamental para o cumprimento das diretrizes operacionais que orientam o Sistema Único de Saúde e que compõe parte do seu arcabouço legal.

1.2 Formulação do problema

A gestão da saúde pública é um desafio diante da obrigação de oferta de atendimento integral a todos os brasileiros em um contexto de restrição orçamentária e financeira, bem como de necessidade de aumento dos gastos pela incorporação de novas tecnologias e crescimento e envelhecimento da população. Nesse contexto, o adequado planejamento em saúde se mostra ferramenta fundamental de auxílio para o alcance dos objetivos do governo e para evitar o sucateamento dos serviços de saúde.

Dessa forma, é essencial a integração entre os instrumentos de planejamento da saúde, compatibilizando o planejamento estratégico com os táticos e operacionais, bem como as metas e objetivos com a disponibilidade financeira e orçamentária.

Entretanto, a despeito da importância do orçamento público para consecução das políticas públicas, houve, no Brasil, uma desorganização do processo orçamentário. Assim, em vez de servir como instrumento para discussão das prioridades e do tamanho do Estado, tornou-se um instrumento de embate político que ocorre em um contexto de presidencialismo de coalizão. (Rezende e Cunha, 2013).

Rezende e Cunha (2013) afirmam ter havido uma dissolução do processo orçamentário no Brasil, apresentando as seguintes ponderações:

A irrelevância do orçamento enquanto locus de definição de prioridades e de escolhas sobre a distribuição dos recursos públicos é acompanhada da destruição do processo orçamentário, que retira do estado a capacidade de enxergar adiante, de organizar a gestão das políticas públicas e de conciliar a sustentação do equilíbrio fiscal com as exigências do crescimento econômico e da redução das disparidades sociais.

No âmbito do Distrito Federal, no ano de 2012, foram apontadas impropriedades na oferta dos serviços de saúde, impedindo o total atendimento aos princípios da universalidade, isonomia e integralidade, além de comprometer a qualidade. Entre os problemas destacam-se: “falhas no armazenamento e compra de remédios; no acesso ao atendimento básico e de média e alta complexidade; no aumento das filas de cirurgias; e, na descontinuidade das campanhas de vigilância à saúde.” (Plano Distrital de Saúde, 2012-2015, p. 4).

Ademais, tendo em vista as dificuldades de promover o gasto público com qualidade no âmbito nacional, Pinto (2015) sintetiza o processo para o gasto eficiente:

Gasto público de qualidade, sob esse prisma de análise, significa gasto bem planejado, cuja execução se revele aderente às estimativas de custo e resultado, sem prejuízo da obediência aos demais filtros de conformidade com o ordenamento. Dito de forma ainda mais direta, gasto adequado é aquele que é resolutivo em face do problema que lhe justificou a realização. Mas para sabê-lo resolutivo, o próprio problema há de estar bem delineado

e suas rotas de enfrentamento deverão ter sido intensamente analisadas, sob pena de voltarmos ao ciclo vicioso de não termos clareza sobre o que fazer para não repetirmos os erros do passado.

Nesse sentido, salienta-se a necessidade de considerar o planejamento como instrumento vinculante, responsabilizando os gestores pela falta de aderência aos instrumentos de planejamento, evitando a obediência meramente formal e, por isso, simbólica a ditames legais. Assim, é necessário o adequado controle das ações dos gestores, de forma a garantir o adequado nível de efetividade das políticas públicas e do próprio papel constitucional do controle da Administração Pública. Nesse sentido, “uma vez assim formulado, devemos assumir tal planejamento como vinculante para o gestor, na medida em que sua execução parcial ou inexecução requerem motivação consistente, porquanto consentânea com os fatos que intervieram em sua rota.” (PINTO, 2015).

Análise do financiamento e gestão dos recursos em saúde no Rio Grande do Norte nos anos de 2003 a 2005 concluíram que os instrumentos de planejamento dos municípios eram insuficientes, por apontarem apenas objetivos e metas desvinculados da realidade local. Restou verificado, também, a necessidade de aproximação da realidade com o prescrito na legislação, aprimorando o planejamento dos entes federativos e ampliando a responsabilidade entre os gestores (LEITE; LIMA e VASCONCELOS, 2012).

A compatibilização entre os instrumentos de planejamento é crucial para garantia da implementação do planejado, tendo em vista que os instrumentos são orientadores dos passos a serem seguidos para se atingir os objetivos pré-estabelecidos. Ademais, a compatibilização entre as ações a serem realizadas e o respectivo aporte financeiro necessário é forma de garantia da viabilidade da consecução das ações e, por fim, do alcance dos objetivos, diretrizes e metas.

Diante do exposto, tem-se o seguinte problema de pesquisa: como e em que grau os instrumentos de planejamento da saúde pública do Distrito Federal referentes ao período de 2012 a 2015 se compatibilizam entre si?

1.3 Objetivo Geral

Avaliar a integração entre os instrumentos de planejamento da saúde pública do Distrito Federal correspondente ao período de 2012 a 2015, com a finalidade de verificar a compatibilização entre os objetivos, ações, indicadores e metas.

1.4 Objetivos Específicos

Identificar a forma como os instrumentos de planejamento do período de 2012 a 2015 da saúde pública do Distrito federal se relacionam;

Enumerar as metas, indicadores e ações orçamentárias relacionados às principais atividades fins da saúde pública do DF;

Verificar o grau de atendimento das metas estipuladas para a saúde pública do Distrito Federal;

Identificar o grau de execução orçamentária das ações previstas no Plano Plurianual de 2012 a 2015, bem como nas Leis Orçamentárias Anuais do período de 2012 a 2015, consoante os resultados apresentados nos Relatórios Anuais de Gestão.

1.5 Justificativa

A compatibilização entre os instrumentos de planejamento é importante para que se possa integrar os níveis estratégico, tático e operacional de organização administrativa da saúde pública, junto com previsão financeira adequada para que seja possível atingir os objetivos estabelecidos.

O Sistema Único de Saúde – SUS representa grande desafio para o Governo brasileiro, tendo em vista seus princípios de integralidade e universalidade, trazidos no bojo da Constituição Federal de 1988 e da Lei 8080/90. Tal fato é agravado ao considerarmos a amplitude e desigualdade regionais presentes no território brasileiro, bem como sua constituição federativa tripartite. Nesse sentido, o processo

de planejamento é de fundamental importância para o enfrentamento dos desafios na promoção dos serviços de saúde (BARROS, 2012).

Estabelecer um diagnóstico entre o grau de compatibilização do Plano de Saúde do DF com as peças orçamentárias, bem como com os resultados alcançados pelo Governo do DF é o ponto inicial para aprimorar o planejamento na área da saúde e buscar as causas para as falhas no planejamento e na gestão. Identificar as incongruências nos instrumentos de planejamento auxilia a esclarecer e tornar mais transparente as falhas do processo de planejamento e execução da gestão pública da saúde.

A definição de metas e objetivos, bem como os atos de planejar e programar ações devem fazer parte do cotidiano dos gestores. Importa destacar que as atividades regulatórias e fiscalizatórias são afetadas pelas definições de objetivos e metas e, portanto, pelo planejamento realizado (Ministério da Saúde, 2016).

Não é por acaso que, dentre os princípios do planejamento governamental no SUS, estão presentes a obrigatoriedade e continuidade dessa atividade, bem como a integração entre o planejamento do SUS e o planejamento governamental geral. Nesse sentido, constitui princípio do planejamento do SUS “uma relação intrínseca entre os planos de curto e médio prazo e as programações anuais de gastos governamentais” (Ministério da Saúde, 2016).

Nesse sentido, este trabalho oferece grande contribuição para o entendimento e aperfeiçoamento do planejamento administrativo e orçamentário na área de saúde do DF, assim como para orientar os órgãos de controle da Administração Pública sobre a possível relação entre a falha no planejamento e a má gestão dos serviços de saúde.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Conforme Barros (2012), o planejamento consiste em um processo complexo, conceituando - o da seguinte forma:

Planejamento é processo que abrange o conhecimento e a compreensão da realidade sobre a qual se pretende intervir, o estabelecimento de objetivos que se deseja alcançar para orientar a intervenção sobre ela, a identificação

das mudanças necessárias e das estratégias para desencadear essas transformações, a programação das ações considerando suas inter-relações e interdependências, o monitoramento das intervenções e a avaliação dos resultados alcançados.

O planejamento no sistema de saúde público do Brasil possui diretrizes para consecução do seu processo, materializadas na Portaria GM/MS 2.135, de 25 de setembro de 2013, do Ministério da Saúde. Em tal documento, as principais diretrizes são: o planejamento como responsabilidade individual, desenvolvido de forma contínua, articulada e integrada; o monitoramento, avaliação e integração da gestão dos serviços; a compatibilização entre os instrumentos de planejamento, quais sejam, Plano de Saúde e respectivas Programações Anuais, Relatório de Gestão e os instrumentos de planejamento e orçamento de governo, quais sejam, o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), em cada esfera de gestão; transparência e visibilidade da gestão da saúde. Ainda, por meio da portaria ministerial, instituiu-se que o Plano de Saúde é a base para a execução, o acompanhamento e a avaliação da gestão do SUS.

Quanto aos instrumentos de planejamento orçamentário, identifica-se sua importante função como ferramenta de gestão. Assim, esses documentos orçamentários auxiliam o Executivo na administração da coisa pública, cumprindo um papel de programação, execução e controle (GIACOMONI, 2012).

Coaduna-se com o exposto o que Rezende e Cunha (2013) aponta como pontos importantes para a qualidade do orçamento público: a confiabilidade nas previsões das receitas, a estabilidade da execução orçamentária, a qualidade e clareza da informação. Tais características concorrem para reduzir incertezas, bem como aumentar a eficiência, eficácia e transparência da gestão e políticas públicas.

O modelo preconizado de integração entre o planejamento e as peças orçamentárias de previsão das receitas e despesas representa uma organização que, a partir dos programas orçamentários, estabelece-se um cronograma de ações a serem realizadas, com respectivos recursos financeiros necessários. Assim, trata-se de um verdadeiro planejamento orçamentário e financeiro que deixa de ser mera peça com metas contábeis, para ser um instrumento que prevê metas físicas a serem alcançadas com os recursos investidos (WEILLER, 2014).

Ressalta-se que uma das diretrizes previstas para o planejamento no âmbito do SUS se refere justamente à integração entre os instrumentos de planejamento estabelecidos para o SUS e os instrumentos de planejamento orçamentário do governo.

A integração entre planejamento e orçamento foi consolidado na década de 60, momento que surgiu o PPBS – Planning, Programming and Budgeting System (GIACOMONI, 2012), o qual estabelece que o planejamento, programação e orçamentação são processos de estabelecimento de objetivos e recursos, inter-relacionando-os a fim de se estabelecer um programa de ação coerente e compreensivo para o governo como um todo (SMITHES apud GIACOMONI, 2012).

O planejamento no SUS possui, também, um caráter de instrumento de transparência das ações governamentais, por apresentar de forma detalhada e clara as metas e as responsabilidades de cada gestor, o que permite o acompanhamento da sociedade sobre as políticas, programas e resultados alcançados pelo governo (Ministério da Saúde, 2016).

O alcance de melhores resultados e utilização e controle dos recursos aplicados se consolida em um processo de avaliação sistemática e contínua dos programas do governo. Isso ocorre por permitir o alcance de dados e informações que retroalimentam o sistema de planejamento, auxiliando seu aperfeiçoamento e o alcance das metas e objetivos estipulados (COSTA e CASTANHAR, 2003).

Assim, o planejamento adequado estabelece relações causais entre atividades e produtos; produtos e resultados, para consecução de metas e objetivos, produzindo o impacto pretendido (COSTA e CASTANHAR, 2003).

O Ministério da Saúde (2016) explica o que representa o planejamento no âmbito do SUS, conforme a seguir:

O planejamento não consiste apenas em um simples exercício de projeção de metas futuras, mas em uma ação estratégica da gestão pública que tem por objetivo reorientar os programas e os projetos governamentais de forma a ampliar a eficiência, a eficácia e a efetividade da ação das políticas de saúde. Portanto, o planejamento está intrinsecamente relacionado à gestão do SUS.

No âmbito da saúde pública, o planejamento se consolida no Plano Distrital de Saúde, Programação Anual de Saúde e no Relatório Anual de Gestão, por sua vez,

o planejamento orçamentário é documentado no Plano Plurianual, Lei de Diretrizes Orçamentárias e Leis Orçamentárias Anuais.

2.1 Instrumentos de planejamento da saúde pública

Os instrumentos de planejamento do SUS, consoante a Portaria GM/MS 2.135/2013, são: Plano de Saúde, Programações Anuais de Saúde e o Relatório Anual de Gestão. Tais instrumentos “interligam-se sequencialmente, compondo um processo cíclico de planejamento para operacionalização integrada, solidária e sistêmica do SUS”.

O planejamento governamental do SUS se baseia em sete princípios, quais sejam: a obrigatoriedade e continuidade da atividade de planejar; a integração com a Seguridade Social e o planejamento governamental; o pacto entre os gestores das três esferas de governo; a articulação constante com o monitoramento, a avaliação e a gestão do SUS; o caráter ascendente e integrado, assegurando a unicidade com as diretrizes, objetivos, metas e indicadores no âmbito nacional; a transparência e a visibilidade da gestão da saúde; e a ação de se basear nas necessidades da população (Ministério da Saúde, 2016).

2.1.1 Plano de Saúde

A Portaria GM/MS 2.135/2013, que estabelece as diretrizes do planejamento da saúde prevê que:

Art. 3º O Plano de Saúde, instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de quatro anos, explicita os compromissos do governo para o setor saúde e reflete, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera.

§ 1º O Plano de Saúde configura-se como base para a execução, o acompanhamento, a avaliação da gestão do sistema de saúde e contempla todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade dessa atenção.

O Plano de Saúde é, portanto, a base do planejamento da saúde pública e apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos. É instrumento central no planejamento da saúde pública, prevendo os objetivos, diretrizes e metas a serem alcançados pelo governo e orientando as ações e atividades a serem desenvolvidas. Assim, auxilia a promoção da execução, acompanhamento, avaliação e gestão da saúde pública em cada esfera de governo (Conselho Nacional dos Secretários de Saúde - CONASS, 2011a).

É a peça de planejamento que consolida as políticas públicas e os compromissos assumidos pelo governo no âmbito da saúde, indicando as necessidades de saúde da população e as peculiaridades do ente federativo (Ministério da Saúde, 2016).

Nesse instrumento de planejamento devem ser apresentadas a análise situacional da saúde no âmbito de cada esfera de governo; as diretrizes, objetivos, metas e indicadores e o processo de monitoramento e avaliação da saúde pública (Conselho Nacional dos Secretários de Saúde - CONASS, 2011a).

2.1.2 Programação Anual de Saúde

A Programação Anual de Saúde (PAS), que deve ser compatível com o Plano de Saúde de cada esfera de governo, é prevista pela Portaria GM/MS 2.135/2013, contendo as seguintes características:

A Programação Anual de Saúde (PAS) é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde e tem por objetivo anualizar as metas do Plano de Saúde e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados.

Correspondendo ao ano calendário, a PAS define as ações que, no ano específico, garantirão o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde. Nesse instrumento, identificam-se os indicadores para monitoramento do planejamento anual, bem como a alocação dos recursos orçamentários para o cumprimento dos objetivos e metas (Conselho Nacional dos Secretários de Saúde - CONASS, 2011a).

2.1.3 Relatório Anual de Gestão

O Relatório Anual de Gestão - RAG apresenta os resultados das diretrizes, objetivos e metas do Plano de Saúde, da Programação Anual de Saúde, bem como demonstra análise da execução orçamentária, indicando recomendações, quando necessário, e revisões do Plano de Saúde (Conselho Nacional dos Secretários de Saúde - CONASS, 2011a).

Nesse sentido, esse instrumento de planejamento é previsto na Portaria GM/MS 2.135/2013, com a seguinte definição:

Art. 6º O Relatório de Gestão é o instrumento de gestão com elaboração anual que permite ao gestor apresentar os resultados alcançados com a execução da PAS e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde.

Esse instrumento do SUS encerra o ciclo de planejamento da saúde, apontando os resultados alcançados com as ações realizadas. Nesse sentido, deve estar alinhado ao Plano Saúde, bem como à Programação Anual de Saúde, indicando o alcance dos resultados esperados no bojo desses documentos e retroalimentado o planejamento da saúde (Conselho Nacional dos Secretários de Saúde - CONASS, 2011a).

Representa importante instrumento de transparência das ações e gastos na saúde, de forma a servir de ferramenta para comprovação da aplicação dos recursos repassados do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (Conselho Nacional dos Secretários de Saúde - CONASS, 2011a).

O RAG possui como característica a prestação de contas das ações operacionalizadas, consoante os demais instrumentos de planejamento, principalmente, o Plano de Saúde (Ministério da Saúde, 2016).

Assim, os instrumentos de planejamento são peças indissociáveis, pois fazem parte de todo um processo interdependente para conseguir alcançar os objetivos e metas, assim como avaliar a consecução dos objetivos (Conselho Nacional dos Secretários de Saúde - CONASS, 2011a).

2.2 Instrumentos de planejamento orçamentário do governo

Os instrumentos de planejamento orçamentário do governo são representados pelo Plano Plurianual, Lei de Diretrizes Orçamentárias e Lei Orçamentária Anual.

2.2.1 Plano Plurianual

A Constituição Federal de 1988 prevê que o Poder Executivo deve estabelecer o Plano Plurianual - PPA o qual conterá “[...] de forma regionalizada, as diretrizes, objetivos e metas da administração pública federal para as despesas de capital e outras delas decorrentes e para as relativas aos programas de duração continuada.”

Editada a cada quatro anos, é o instrumento que norteia o planejamento e a gestão da Administração Pública para um período de quatro exercícios financeiros. Nesse instrumento se definem as metas físicas e financeiras a serem alcançadas em cada período durante os quatro anos (Conselho Nacional dos Secretários de Saúde - CONASS, 2011a).

Esse instrumento de planejamento se organiza por programas, estruturados conforme as diretrizes estratégicas de governo e a disponibilidade de recursos financeiros. Assim, orienta as ações a serem realizadas, indicando a quantidade de recursos necessários para tal, bem como as metas e indicadores a serem alcançados de acordo com as ações e os recursos previstos (Conselho Nacional dos Secretários de Saúde - CONASS, 2011a).

Conforme Giacomoni (2012), o Plano Plurianual desempenha importante função no planejamento governamental:

Como uma das principais novidades do novo marco constitucional, O Plano Plurianual (PPA) passa a se constituir na síntese dos esforços de planejamento de toda a administração pública, orientando a elaboração dos demais planos e programas do governo, assim como do próprio orçamento anual.

Em nível federal, o Plano Plurianual é um instrumento de gestão e de integração entre o planejamento e o orçamento, uma vez que seu modelo, orientado à prestação de contas, tem por objetivo a melhoria do desempenho da gestão pública, solucionando os problemas da população. Assim, contribui para a transparência da gestão pública (LIMA, 2011).

O PPA é peça fundamental que estabelece a base estratégica e os programas, por meio da análise de cenário e orientação do planejamento. Assim, corresponde ao instrumento de análise da situação econômica e social, de estabelecimento das diretrizes, objetivos e metas, bem como da previsão dos recursos orçamentários (Ministério da Saúde, 2016).

2.2.2 Lei de Diretrizes Orçamentárias

Instrumento de planejamento orçamentário de realização anual, a Lei de Diretrizes Orçamentárias - LDO é prevista na Constituição Federal de 1988 indicando que tal instrumento:

[..] compreenderá as metas e prioridades da administração pública federal, incluindo as despesas de capital para o exercício financeiro subsequente, orientará a elaboração da lei orçamentária anual, disporá sobre as alterações na legislação tributária e estabelecerá a política de aplicação das agências financeiras oficiais de fomento.

Nesse sentido esse documento tem por principal função estabelecer as diretrizes e as prioridades de gastos que devem orientar a elaboração da Lei Orçamentária Anual (LOA) do ano seguinte, obedecendo ao previsto no Plano Plurianual.

Para Giacomoni (2012) a LDO representou um importante avanço no processo orçamentário:

Significando efetiva inovação no sistema orçamentário brasileiro, a LDO representa uma colaboração positiva no esforço de tornar o processo orçamentário mais transparente e, especialmente, contribui para ampliar a participação do Poder Legislativo no disciplinamento das finanças públicas.

2.2.3 Lei Orçamentária Anual

A Lei Orçamentária Anual - LOA contempla a previsão da receita e a estimativa da despesa para o período de um exercício financeiro, correspondente a um ano do calendário. Evidencia a política econômico-financeira e o programa de trabalho do governo, devendo os entes federativos pautar-se pelos seus planos de saúde para a elaboração das respectivas propostas orçamentárias anuais.

Assim, a LOA representa o planejamento anual do governo, prevendo com maior detalhe o montante de recursos arrecadados e a alocação desses recursos nos programas e projetos a serem executados no exercício fiscal (Ministério da Saúde, 2016).

A elaboração do orçamento da administração pública, em especial, da União, compreende um complexo processo que envolve diversas áreas do conhecimento e de ação, bem como diferentes atores envolvidos no processo de planejamento orçamentário (GIACOMONI, 2012).

3 MÉTODOS E TÉCNICAS DE PESQUISA

3.1 Tipo e descrição geral da pesquisa

Trata-se de um estudo de caso, descritivo, qualitativo e quantitativo, realizado por meio de análise documental, a fim de verificar a integração entre os instrumentos de planejamento da saúde do Distrito Federal referentes ao período de 2012 a 2015.

3.2 Caracterização da organização, setor ou área

A Lei Federal 8080/1990, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, estabelece que o SUS constitui “O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais,

estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público [...]”.

Nesse sentido, o SUS se constitui em um sistema descentralizado, em que envolve as três esferas de governo do sistema federativo tripartite brasileiro (Conselho Nacional dos Secretários de Saúde - CONASS, 2011a).

Os gestores do SUS são os representantes de cada esfera de governo designados para o desenvolvimento das funções do Executivo na saúde: no âmbito nacional, o Ministro da Saúde; no âmbito estadual, o Secretário de Estado da Saúde, e no municipal, o Secretário Municipal de Saúde (Conselho Nacional dos Secretários de Saúde - CONASS, 2011a).

Assim, à União cabe a direção nacional do SUS, estabelecendo políticas públicas e normas de orientação nacional, bem como atuando em cooperação técnica com as demais esferas de governo. Aos estados, a direção regional, acompanhando, controlando e avaliando as redes de atenção em saúde, bem como coordenando as políticas, ações e serviços de saúde. Por fim, aos municípios, cabe a direção local, planejando, organizando, executando e controlando as ações e serviços de saúde (Conselho Nacional dos Secretários de Saúde - CONASS, 2011a)

Importa destacar que o Distrito Federal assume as competências dos estados e municípios.

A saúde pública se organiza em níveis de atenção, conforme a densidade tecnológica. Assim, divide-se em atenção primária à saúde, de menor nível de densidade tecnológica; atenção secundária, de densidade intermediária, e atenção terciária, de maior densidade tecnológica. Importa salientar que esses níveis são importantes para implementar o uso racional de recursos e melhorar a gestão da saúde (MENDES, 2011).

A saúde consiste em uma área do conhecimento e de atuação altamente especializada e necessita, em maior ou menor grau, a depender do nível de atenção, de suporte tecnológico. Contudo, conforme MENDES (2011) a saúde pública:

[...]tem sido constrangida e empobrecida por uma fixação desproporcional na questão do volume de financiamento. É certo que o SUS opera com um significativo subfinanciamento e que necessita de mais recursos financeiros,

porém como se constata crescentemente, em países desenvolvidos e em desenvolvimento, o simples incremento dos recursos financeiros, isoladamente, não contribui para a resolução da crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde. Recursos adicionais para fazer mais do mesmo significa jogar dinheiro fora.

Exercendo papel importante nesse contexto, principalmente por representar uma forma de buscar a utilização eficiente dos recursos públicos, ainda que em uma situação de subfinanciamento, o Plano Distrital de Saúde, estabelece os objetivos, diretrizes e metas a serem atingidos no decorrer de quatro anos.

A população do DF no ano de 2010 era de 2.570.160 habitantes. Entre os anos de 2000 e 2010 houve um incremento populacional da ordem de 519.014 habitantes, o que representa 25,3% (Plano Distrital de Saúde 2012-2015). Em 2016, a população estimada do DF correspondeu a 2.977.216 habitantes.¹

3.3 População e amostra

A pesquisa se restringiu à análise dos seguintes documentos referentes ao planejamento da saúde pública do Distrito Federal no período de 2012 a 2015: Plano Distrital de Saúde 2012-2015, Plano Plurianual do DF 2012-2015 e suas revisões, Leis de Diretrizes Orçamentárias e Orçamentárias Anuais do DF dos anos de 2012 a 2015 e Relatórios Anuais de Gestão dos anos de 2012 a 2015. Foi escolhido o período de 2012 a 2015 por representar o último período de governo que possui todos os instrumentos de planejamento concluídos e publicados.

O Plano Distrital de Saúde 2012-2015 implementou três objetivos a serem alcançados no decorrer dos quatro anos, quais sejam: Objetivo 1 – Busca de maior eficiência nas intervenções setoriais para a melhoria das condições de saúde da população; Objetivo 2 – Aprimoramento dos processos de gestão no âmbito da SES; Objetivo 3 – Adequação da infraestrutura em saúde às necessidades da população. Assim, esse instrumento de planejamento dividiu os objetivos quanto aos seguintes

¹ Fonte: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=530010>, acesso em 15/04/2017.

temas: ações e serviços de saúde, incluindo os três níveis de atenção à saúde; atividades meio e administrativas; e infraestrutura.

A análise neste estudo se restringiu ao Objetivo 1 - *Busca de maior eficiência nas intervenções setoriais para a melhoria das condições de saúde da população* - e suas diretrizes, tema relacionado às principais atividades fins referentes à saúde pública do DF e aos três níveis de atenção à saúde. Dessa forma, a análise do Plano Distrital de Saúde e demais documentos de planejamento restringiu-se a metas, indicadores e ações relacionadas a esse objetivo.

Quanto ao Plano Plurianual 2012-2015, a análise limitou-se às metas, indicadores e ações referentes ao programa Temático 6202 – Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde, no que tange a itens relacionados ao Objetivo 1 do Plano Distrital de Saúde 2012-2015.

Excluíram-se da análise deste estudo as Programações Anuais de Saúde referentes aos anos de 2012 a 2015, uma vez que não foi possível o acesso a esses instrumentos de planejamento da saúde, por não estarem livremente disponíveis ao público no meio eletrônico, diferentemente das demais peças analisadas.

3.4 Caracterização dos instrumentos de pesquisa

Utilizou-se, para consolidação e análise dos dados, planilhas eletrônicas do sistema Excel. Assim, as planilhas foram elaboradas e utilizadas de forma a cruzar as informações decorrentes dos instrumentos de planejamento da saúde e orçamentários.

Elaborou-se um total de doze planilhas eletrônicas, que apresentam: relação entre metas a serem atingidas até o ano de 2015 previstas no Plano Distrital de Saúde e no PPA; integração entre os indicadores previstos no Plano Distrital de Saúde e no PPA; ações orçamentárias com respectivas metas anuais previstas no PPA e nas LOAs; metas e prioridades constantes nas LDOs e interação com o PPA e LOAs; integração entre as ações e metas estabelecidas no PPA e LOAs com os resultados apresentados nos RAGs, constituindo-se em uma planilha para cada dado e ano.

3.5 Procedimentos de coleta e de análise de dados

Os documentos utilizados para realização da pesquisa foram obtidos em sítios eletrônicos do Governo do Distrito Federal. Assim, o Plano Distrital de Saúde 2012-2015², bem como os Relatórios Anuais de Gestão - RAGs dos anos de 2012 a 2014³ foram obtidos na página da Internet da Secretaria de Estado de Saúde do DF. O Relatório Anual de Gestão do ano de 2015, ausente no sítio eletrônico da Secretaria de Estado de Saúde do DF, foi obtido na página da internet referente ao Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão - SARGSUS/DATASUS do Ministério da Saúde⁴.

Quanto ao Plano Plurianual - PPA 2012-2015 e suas revisões, Leis de Diretrizes Orçamentárias - LDOs dos anos de 2012 a 2015 e Leis Orçamentárias Anuais - LOAs dos anos 2012 a 2015, foram obtidos no sítio eletrônico do Diário Oficial do DF, bem como da Secretaria de Estado de Planejamento, Orçamento e Gestão do DF⁵.

A análise foi realizada comparando-se: as metas a serem atingidas até 2015 e os indicadores anuais, contidos no Plano Distrital de Saúde 2012-2015 com as metas e indicadores do Plano Plurianual 2012-2015 e suas alterações; as ações orçamentárias e respectivas metas previstas no Plano Plurianual 2012-2015 com as Leis Orçamentárias Anuais dos anos de 2012 a 2015; as metas e prioridades contidas nas Lei de Diretrizes Orçamentárias de 2012 a 2015 com as ações orçamentárias e respectivas metas contidas no Plano Plurianual e Leis Orçamentárias Anuais de 2012 a 2015; as metas e indicadores do Plano Plurianual e das Leis Orçamentárias Anuais 2012 a 2015 com os resultados contidos nos Relatórios Anuais de Gestão dos anos de 2012 a 2015.

² Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/sobre-a-secretaria/plano-distrital-de-saude.html>, acesso em 13/11/2016.

³ Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/component/content/article/341-lai/863-relatorio-anual-de-gestao-rag.html>, acesso em 14/01/2017.

⁴ Disponível em: file:///C:/Users/Adriana/Downloads/RAG_2015_Vers%C3%A3o%20Final_CGSESD%20e%20CSDF_2016.pdf, acesso em 14/01/2017.

⁵ Disponível em: <http://www.seplag.df.gov.br/planejamento-e-orcamento/orcamento-gdf.html> e <http://www.buriti.df.gov.br/ftp/>

O exame dos documentos se restringiu ao Objetivo 1 - *Busca de maior eficiência nas intervenções setoriais para a melhoria das condições de saúde da população*, do Plano Distrital de Saúde 2012 – 2015 e ao Programa 6202 – *Aperfeiçoamento do SUS*, do Plano Plurianual do DF 2012-2015, nos objetivos que se relacionam com o objetivo 1 do Plano Distrital de Saúde 2012-2015.

A análise estatística dos dados foi realizada a partir da obtenção da frequência absoluta e relativa das metas, indicadores e ações apresentadas nos documentos de planejamento, comparando-se a previsão de tais dados entre os instrumentos.

Com o intuito de verificar a relação entre as previsões das metas físicas e financeiras presentes no PPA e nas LOAS, calcularam-se o Índice de Alteração da Meta Física - IAFIS e Índice de Alteração da Meta Financeira - IAF, obtidos para cada ação orçamentária de cada exercício financeiro, conforme a seguir:

$$\text{IAFIS} = \frac{\text{MFS PPA}}{\text{MFS LOA}}$$

Onde: MFS PPA = Meta Física prevista no PPA
MFS LOA = Meta Física prevista na LOA

$$\text{IAF} = \frac{\text{MFN PPA}}{\text{MFN LOA}}$$

Onde: MFN PPA = Meta Financeira prevista no PPA
MFN LOA = Meta Financeira prevista na LOA

Assim, o IAFIS e o IAF representam a proporção de aumento ou redução da previsão das metas física e financeira, respectivamente, comparando-se os valores previstos no PPA e LOA.

Por outro lado, a fim de verificar a execução dos indicadores, metas físicas e metas financeiras, calcularam-se o Índice de Execução do Indicador - IEI, o Índice de Execução da Meta Física - IEFIS e o Índice de Execução da Meta Financeira - IEF, conforme a seguir:

$$\text{IEI} = \frac{\text{RI RAG}}{\text{IP PPA}}$$

Onde: RI RAG = Resultado do Indicador no RAG
IP LOA = Indicador previsto na PPA

$$\text{IEFIS} = \frac{\text{MFS RAG}}{\text{MFS LOA}}$$

Onde: MFS RAG = Meta Física executada no RAG
MFS LOA = Meta Física prevista na LOA

$$\text{IEF} = \frac{\text{MFN RAG}}{\text{MFN LOA}}$$

Onde: MFN RAG = Meta Financeira executada no RAG
MFN LOA = Meta Financeira prevista na LOA

Assim, o IEI, IEFIS e o IEF representam a proporção de alcance dos indicadores e das metas física e financeira, respectivamente, comparando-se os valores apresentados no RAG com os previstos no PPA e na LOA.

A fim de atingir o objetivo proposto, o tratamento estatístico dos índices calculados baseou-se na obtenção dos quartis, a fim de verificar a tendência e variabilidade dos dados.

Efetou-se, então, a análise da existência de possíveis *outliers*, por meio do Escore Z para os índices supracitados (IAFIS; IAF; IEI; IEFIS e o IEF). Tais valores se permanecessem na amostra, poderiam influenciar a análise. Assim, com o objetivo de mitigar a influência dos valores extremos identificados, dados com escore Z menor do que -3,0 ou maior do que + 3,0, foram retirados da análise.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os instrumentos de planejamento analisados se relacionam entre si da seguinte forma: o Plano Distrital de Saúde 2012-2015 contém metas, indicadores e ações à semelhança do Plano Plurianual (Apêndices A e B). Por sua vez, esta peça orçamentária possui ações orçamentárias apresentadas com metas físicas e financeiras para cada exercício financeiro, similar às apresentadas nas Leis Orçamentárias Anuais de 2012 a 2015 (Apêndice C). As Leis de Diretrizes Orçamentárias dos anos de 2012 a 2015 também apresentam algumas ações, consideradas prioritárias com respectivas metas (Apêndice D). Correlacionando-se com esses instrumentos de planejamento, os Relatórios Anuais de Gestão apresentam os resultados alcançados para cada ano em relação aos indicadores e metas estabelecidas, permitindo a verificação da conformidade dos resultados obtidos com as metas apresentadas nos demais documentos de planejamento.

O Plano Distrital de Saúde 2012-2015 é estruturado de forma a apresentar a situação da saúde pública do Distrito Federal, bem como os principais desafios,

objetivos, diretrizes e metas a serem perseguidos ao longo dos quatro anos. Assim, esse documento apresenta um total de três objetivos, de forma que este estudo se limitou a analisar o Objetivo 1 - Busca de maior eficiência nas intervenções setoriais para a melhoria das condições de saúde da população.

Análise do Plano Distrital de Saúde 2012-2015 permitiu identificar a existência de oito diretrizes e 59 metas a atingir até o ano de 2015, relacionadas ao Objetivo 1 – Busca de maior eficiência nas intervenções setoriais para a melhoria das condições de saúde da população.

O Plano Distrital de Saúde possui campo específico em que elenca as principais ações, com respectivas metas e indicadores, a serem desenvolvidas no decorrer dos anos de 2012-2015, compatibilizando tais ações com o PPA.

Primeiro ponto de integração entre o Plano Distrital de Saúde 2012-2015 e o PPA 2012-2015 referem-se às diretrizes do instrumento de planejamento de saúde, que se assemelham aos objetivos específicos da peça orçamentária. Assim, restou previsto no Plano Distrital um total de oito diretrizes relacionadas ao Objetivo 1, as quais tratam dos seguintes temas da saúde: atenção primária à saúde; atenção de média e alta complexidade em saúde; saúde mental; rede de atendimento de urgência e emergência; assistência farmacêutica; vigilância em saúde; demandas de saúde na Copa das Confederações e Copa do Mundo; ações relacionadas ao sangue e seus componentes. Tais assuntos são semelhantes aos objetivos específicos previsto no PPA referente ao Programa Temático 6202 – Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde, relacionados a: 1 – Atenção Primária em Saúde ;2 – Assistência Especializada em Saúde; 3 – Vigilância em Saúde; 4 – Assistência Farmacêutica; 6 – Urgência e Emergência; 7- Saúde Mental e 8 – Sangue e seus componentes.

Assim, verifica-se apenas um tema previsto no Plano Distrital e ausente no PPA, que se trata das ações de saúde na Copa das Confederações e Copa do Mundo. Quanto aos demais assuntos, estão previstos nos dois documentos de planejamento.

Comparando o Plano Distrital 2012-2015 com o Plano Plurianual, quanto às metas a serem atingidas até o ano de 2015, verifica-se que 81,36% (n=48) das metas do Plano Distrital estavam presentes no Plano Plurianual 2012-2015,

identificando-se apenas uma meta com quantitativo diferente entre os documentos de planejamento. Além disso, houve exclusão de uma meta, bem como inclusão de duas novas no PPA.

Referente aos indicadores e respectivas metas anuais, verificaram-se 65 indicadores no PPA 2012-2015, de forma que, destes, 42 (64,6%) constam de forma exata no Plano Distrital 2012-2015 e 11 (16,9%) indicadores são apresentados com alguma alteração. Ademais, o Plano Distrital de Saúde 2012-2015 apresenta oito indicadores que não constam do PPA 2012-2015.

O Plano Distrital de Saúde 2012-2015, no que se refere ao Objetivo 1, apresenta 28 ações orçamentárias previstas para consecução dos objetivos e diretrizes estabelecidas. O PPA 2012-105 amplia a quantidade de ações previstas, apresentando 58 ações orçamentárias relacionadas aos objetivos analisados.

Nesse sentido, quanto à previsão de objetivos, diretrizes, metas e indicadores entre PPA 2012-2015 e Plano Distrital de Saúde, verificam-se algumas diferenças, porém alterações e revisões fazem parte da construção do planejamento. Restou identificado que o PPA possui menor quantidade de metas a serem atingidas até 2015, porém ampliou a quantidade de indicadores e respectivas metas anuais, bem como a quantidade de ações orçamentárias. Foi possível verificar, portanto, integração entre esses instrumentos, de forma que existe uma regularidade e compatibilidade, quanto aos objetivos, diretrizes, metas e indicadores estabelecidos.

Cumprir registrar que ficou prejudicada a análise da Programação Anual de Saúde, tendo em vista a falta de sua publicação nos sítios eletrônicos, diferentemente dos demais instrumentos de planejamento, comprometendo, também, a transparência da gestão pública de saúde.

Considerando a necessidade de integração entre o PPA, a LDO e a LOA, identificou-se que as Leis de Diretrizes Orçamentárias trouxeram poucas ações orçamentárias referentes ao Programa 6202 – Aperfeiçoamento do SUS no bojo de suas metas e prioridades.

A tabela a seguir demonstra a pequena quantidade de ações previstas na LDO como prioritárias, representando 10,90% a 20,37% do total de ações apresentadas no PPA. Cumprir registrar que, no ano de 2014, quatro ações orçamentárias foram apresentadas na LDO como vetadas.

Tabela 1. Ações orçamentárias previstas nas LDOs 2012 a 2015

Ano	Ações prioritárias na LDO (n)	Ações LDO/Ações PPA (%)
2012	8	15,38
2013	6	10,90
2014	7	12,28
2015	11	20,37

Um estudo em que se avaliou o desempenho dos gastos com saúde no município de São Bernardo do Campo apresentou quantidade semelhante de ações previstas nas LDOs desse município, referentes aos anos de 2009 a 2012, de forma que foram previstas 16 ações orçamentárias para o exercício de 2009, 6 ações para 2010 e 19 ações orçamentárias para os anos de 2011 e 2012 (WEILLER, 2014).

Quanto à integração entre o previsto nas LDOs e LOAs, verificam-se poucas incongruências, conforme a tabela a seguir:

Tabela 2. Comparação entre as ações orçamentárias previstas nas LDOs e LOAs 2012 a 2015

Ano	Ações prioritárias na LDO ausentes na LOA (n)	Ações vetadas pela LDO e presente na LOA	Ações da LOA com meta inferior à LDO
2012	1	0	1
2013	1	0	2
2014	0	3	0
2015	0	0	4

Importa destacar, porém, a existência de ações consideradas prioritárias nas LDOs de 2012 a 2015, porém ausentes nas LOAs desses exercícios financeiros ou com metas de valores inferiores a essas peças orçamentárias, incongruências que podem comprometer os objetivos a serem alcançados, tendo em vista serem ações e metas consideradas prioritárias e que, portanto, deveriam ter atenção especial.

Análise comparativa entre as peças PPA 2012 - 2015 e LOAs 2012 a 2015, em relação às ações orçamentárias previstas, com respectivas metas físicas e financeiras, permitiu verificar a existência de grandes diferenças entre essas metas, de modo a existir incongruências entre as previsões físicas e financeiras das respectivas peças orçamentárias.

Nesse sentido, das ações orçamentárias previstas no PPA para consecução dos objetivos e metas estabelecidos no Plano Distrital e na própria peça orçamentária, verificou-se a ausência, nas Leis Orçamentárias Anuais, de algumas ações em cada exercício financeiro, conforme a tabela a seguir.

Tabela 3. Ações orçamentárias previstas no PPA 2012 - 2015 e ausentes nas LOAs 2012 a 2015

ANO	A) Ações Orçamentárias com metas previstas no PPA (n)	B) Ações Orçamentárias previstas no PPA 2012-2015 e ausentes nas LOAs (n)	Ações Orçamentárias previstas no PPA 2012-2015 e ausentes nas LOAs – B/A (%)
2012	52	7	13,46%
2013	55	12	21,81%
2014	57	11	19,30%
2015	54	11	20,37%

Além da ausência de ações orçamentárias do PPA 2012 – 2015 nas respectivas LOAs, verificaram-se incongruências quanto à previsão das metas físicas e financeiras estabelecidas, em relação aos dados presentes nas duas peças orçamentárias.

Considerando os Índice de Alteração da Meta Física - IAFIS e Índice de Alteração da Meta Financeira – IAF, que representam, respectivamente, a razão entre as metas físicas do PPA e LOA e entre as metas financeiras também previstas nesses documentos, verifica-se grande quantidade de dados com redução ou aumento de grande proporção da meta financeira, tanto para mais quanto para menos, comparando-se um instrumento de planejamento com o outro, conforme as figuras e tabelas a seguir:

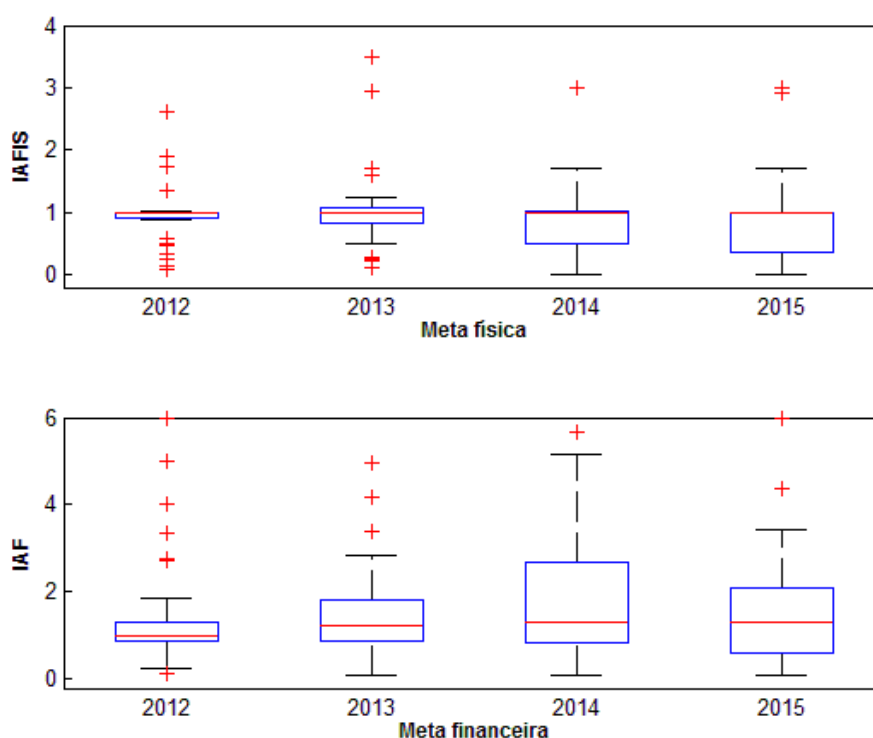


Figura 1. Box plot dos índices de alteração das metas - IAFIS e IAF, anos de 2012 a 2015

Tabela 4. Distribuição dos dados referentes à variável IAFIS

Ano	Mínimo	1º Quartil	Mediana	3º Quartil	Máximo
2012	0,10	0,95	1,00	1,00	2,62
2013	0,11	0,85	1,00	1,06	3,48
2014	0,00	0,50	1,00	1,00	46,00
2015	0,00	0,38	1,00	1,00	33,00

Tabela 5. Distribuição dos dados referentes à variável IAF

Ano	Mínimo	1º Quartil	Mediana	3º Quartil	Máximo
2012	0,15	0,87	1,00	1,29	6,67
2013	0,09	0,88	1,24	1,80	4,98
2014	0,08	0,84	1,32	2,67	46,67
2015	0,09	0,63	1,33	2,09	23,50

A figura e tabelas acima apresentam a distribuição do IAFIS e do IAF para cada exercício financeiro, demonstrando que as metas financeiras apresentaram maior variabilidade de alteração dos valores, comparando-se o PPA com a LOA. Ressalta-se que se esperavam índices dispostos o mais próximo possível do número um, indicando alta semelhança entre os valores apresentados no PPA e nas LOAs.

Destaca-se o ano de 2015, em que apresentou 25% dos dados com valores da meta financeira menor no PPA do que na LOA na ordem de 37% ou mais, e 25% dos dados com valores maiores no PPA do que na LOA na ordem de 109% ou mais. Para os exercícios financeiros de 2012 a 2014, 25% dos dados apresentaram valores da meta financeira do PPA menores do que nas LOAs na ordem de 16 a 12% ou menos, e outros 25% dos dados, valores maiores no PPA em comparação às LOAs na ordem de 29% a 167% a mais.

Cumprir registrar que essas grandes alterações das metas financeiras entre as peças orçamentárias podem ser um indicativo de grande falha de previsão dos recursos financeiros necessários para realização das ações previstas no PPA, nas LOAs ou em ambos os documentos.

A tabela a seguir permite identificar quantidade considerável de ações orçamentárias com alterações de grande magnitude (igual ou maior que 50%) para mais e para menos entre as metas físicas e financeiras estabelecidas no PPA comparando com aquelas apresentadas nas LOAs 2012 a 2015. Merecem destaque

os anos de 2014 e 2015, que apresentaram mais de 60 % dos dados com alteração de grande magnitude das metas financeiras.

Tabela 6. Quantidade de ações orçamentárias com alteração das metas igual ou maior que 50% dos valores previstos, comparando o PPA e as LOAs⁶

Ano	Meta Física		Meta Financeira	
	(n)	(%)	(n)	(%)
2012	12	27,90	14	32,56
2013	12	29,27	22	52,38
2014	19	42,22	28	62,22
2015	19	45,24	27	64,29

As alterações de grande magnitude podem representar grande falha na previsão das metas físicas e financeiras, principalmente, quando se verifica distorções como a manutenção do valor das metas físicas entre os documentos de planejamento orçamentário, porém com alterações nas respectivas metas financeiras das LOAs na ordem de 50% ou mais do valor previsto no PPA, para mais ou para menos. Não é de se esperar grandes alterações de meta financeira, uma vez que a meta física se manteve, esse fato indica possível falha grave na previsão dos recursos necessários para atingir as metas físicas.

Tendo em vista ainda a análise das previsões de ações orçamentárias presentes nas duas peças orçamentárias (PPA e LOAs), verificou-se que essas incongruências entre a previsão das metas físicas e financeiras, comparando-se o PPA e a LOA não foram ocorrências isoladas, havendo considerável quantidade de dados com tal característica.

Cumprir registrar que as incompatibilidades entre as metas ocorreram tanto com previsões de metas físicas na LOA abaixo ou acima do previsto no PPA, porém com meta financeira de mesmo valor, e vice-versa; quanto como em alguns casos em que houve redução da meta física na LOA, comparando-se com o PPA, porém com aumento da meta financeira, e vice-versa. A tabela a seguir indica a quantidade de ocorrências desses tipos de incongruências entre as previsões do PPA e das LOAs.

⁶ Considerado na análise somente as ações orçamentárias com metas previstas nas duas peças orçamentárias (PPA e LOAs), excluindo-se da análise os valores extremos.

Tabela 7. Quantidade de ações orçamentárias com incompatibilidades, para mais ou para menos, na ordem de 50% ou mais dos valores previstos, avaliando-se a correspondência de alteração das metas físicas e financeiras entre as peças orçamentárias PPA e LOAs

Ano	Quantidade de Incongruências	
	(n)	(%)
2012	16	39,02
2013	24	60,00
2014	23	52,27
2015	25	59,52

Tendo em vista que se identificou semelhança entre o Plano Distrital de Saúde e o PPA, a dissociação entre as LOAs e o Plano Plurianual implica incongruência entre o Plano Distrital de Saúde e LOAs.

O processo de planejamento caracteriza-se pela instituição de objetivos, diretrizes e metas, sendo fundamental realizar avaliação e monitoramento a fim de retroalimentar o processo. O Relatório Anual de Gestão - RAG é o instrumento em que se apresentam os resultados das metas, indicadores e ações de saúde. Assim, em análise aos RAGs, referentes aos anos de 2012 a 2015, verifica-se que este instrumento de planejamento é pouco utilizado para acompanhar os objetivos, metas e indicadores previstos nos demais instrumentos, conforme a tabela a seguir:

Tabela 8. Quantidade de dados previstos no Plano Distrital, PPA e LOAs 2012 a 2015 e ausentes nos RAGs.

Ano	Indicadores		Ações Meta Física		Ações Meta Financeira	
	n	(%)	N	(%)	n	(%)
2012	28	46,67	27	55,10	17	34,69
2013	40	65,57	21	46,67	15	33,33
2014	37	60,65	36	78,26	19	41,30
2015	7	11,47	28	59,57	38	80,85

A tabela acima demonstra grande quantidade de indicadores e metas que não tiveram seus resultados apresentados nos RAGs. Quanto às metas financeiras, havia maior quantidade de dados apresentados, porém um percentual ainda alto estava ausente, entre 33,33 a 80,85%. Destaca-se o RAG de 2015, o qual destoou quanto aos demais exercícios financeiros, com baixa quantidade de indicadores sem resultados, porém alta quantidade de metas físicas e financeiras com resultados omissos.

Cumprir registrar que, quanto às metas a serem atingidas até 2015, previstos no Plano Distrital de Saúde 2012-2015 e no PPA 2012-2015, os resultados apresentados no RAG referente ao ano de 2015 se referem apenas a 45,76% (n=27)

das metas estabelecidas. O alcance das metas estabelecidas ocorreu em 40,74 % (n = 11) dos resultados apresentados.

A falta de apresentação dos resultados das metas e indicadores estabelecidos nesses instrumentos compromete o processo de planejamento, uma vez que é inútil estabelecer objetivos e metas caso não seja posteriormente monitorado e avaliado. Tornam-se inócuos o planejamento e conseqüentemente a ação de se estabelecer diretrizes, objetivos e metas. Além disso, compromete a função de transparência pública, própria dos instrumentos de planejamento. Ressalta-se que os RAGs apresentaram outras metas e indicadores que não estavam presentes nos demais instrumentos de planejamento. No entanto, a avaliação dos objetivos e metas anteriormente estabelecidos pelos demais documentos de planejamento é essencial para identificar a eficácia e eficiência das ações e gastos públicos. Apresentar outros dados não possibilita a análise do alcance dos objetivos traçadas quando do planejamento do governo.

Além do alto número de omissão de resultados pelo RAG encontrado neste estudo, quanto aos indicadores e ações que tiveram seus resultados apresentados nos RAGs 2012- 2015, verificou-se grande variação dos dados, havendo resultados muito abaixo ou muito acima das metas estipuladas.

Considerando os Índice de Execução dos Indicadores – IEI, o Índice de Execução da Meta Física – IEFIS e o Índice de Execução da Meta Financeira – IEF, que representam, respectivamente, a razão entre os indicadores, as metas físicas e as metas financeiras dos RAGs e LOAs dos anos de 2012 a 2015, verificam-se dados que não atingiram as metas estabelecidas, conforme a figura e tabelas a seguir:

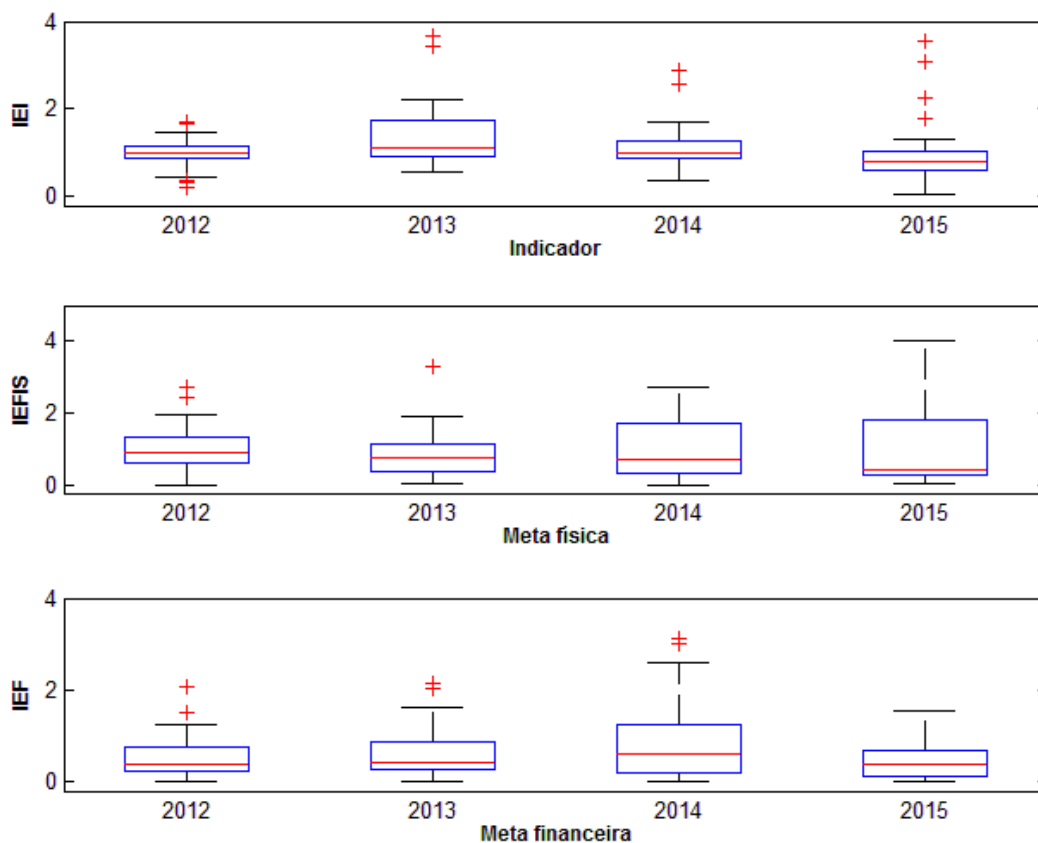


Figura 2. Box plot dos índices de execução dos indicadores e metas – IEI, IEFIS e IEF

Tabela 9. Distribuição dos dados referentes à variável IEI

Ano	Indicadores				
	Mínimo	1º quartil	Mediana	3º quartil	Máximo
2012	0,20	0,88	1,00	1,16	1,69
2013	0,58	0,94	1,12	1,65	3,67
2014	0,38	0,87	1,01	1,27	8,67
2015	-2,1	0,60	0,81	1,04	4,57

Tabela 10. Distribuição dos dados referentes à variável IEFIS

Ano	Metas Físicas				
	Mínimo	1º quartil	Mediana	3º quartil	Máximo
2012	0,01	0,63	0,90	1,26	2,73
2013	0,06	0,41	0,76	1,11	3,31
2014	0,01	0,23	0,37	0,71	1,16
2015	0,04	0,31	0,43	1,64	15,00

Tabela 11. Distribuição dos dados referentes à variável IEF

Ano	Metas financeiras				
	Mínimo	1º quartil	Mediana	3º quartil	Máximo
2012	0,01	0,24	0,38	0,74	4,06
2013	0,01	0,27	0,43	0,86	2,13
2014	0,01	0,22	0,62	1,23	3,10

2015	0,01	0,15	0,40	0,59	1,54
-------------	------	------	------	------	------

Os dados apresentados acima permitem concluir que houve muita variação entre as previsões e execuções dos indicadores e das metas físicas e financeiras, com grande quantidade de dados com execuções financeira muito abaixo da meta estabelecida, indicando baixa execução orçamentária para se atingir as metas físicas. Assim, além da falta de dados, prejudicando a avaliação do cumprimento das metas e objetivos estabelecidos, verifica-se um grande descompasso entre as previsões e resultados dos dados em que tiveram informações apresentadas.

Merece destaque que nos anos de 2012 a 2015, 50% das metas físicas não foram alcançadas. Quanto às metas financeiras, considerando os anos de 2012, 2013 e 2015, 75% dos dados apresentados apresentou execução abaixo da meta prevista de gasto.

Quanto aos resultados dos indicadores, verifica-se maior quantidade de resultados em torno do número um, o que indica maior quantidade de dados em que se atingiu os valores previstos. Cumpre registrar que, em relação ao IEI, os dados com razão abaixo do número “um” pode indicar que a meta foi atingida e dados acima do valor “um” podem indicar não alcance da meta, a depender do indicador analisado. Existem alguns indicadores que, por sua natureza, o resultado positivo se caracteriza por valores abaixo ou igual à meta estabelecida, a exemplo do indicador “Incidência de sífilis congênita”. Ressalta-se que, independentemente do tipo de indicador, não se espera que os valores destoem muito, para mais ou para menos, das metas previstas, uma vez que valores muito distantes do previsto indicam grande falha em se atingir a meta ou em se estabelecer metas, quando se prevê valores de alcance muito fácil.

Ressalta-se a existência de falhas na apresentação dos dados nos RAGs 2012 a 2015, de forma a comprometer a avaliação e clareza dos resultados apresentados. Como obstáculos à análise dos dados destacam-se: valores com unidade de medida diferente da prevista nos demais instrumentos de planejamento; apresentação de dados mensais, enquanto a previsão foi feita para o período anual e dados incompletos.

Diferentemente do encontrado na presente pesquisa, um estudo em que se realizou análise comparada dos relatórios de prestação de contas dos anos de 2008

e 2009 da Saúde referentes a alguns entes federativos identificou que, quanto à evidenciação da aplicação dos recursos financeiros, restou demonstrado que os RAGs dos anos de 2008 e 2009 dos Estados do Rio Grande do Sul, Paraná, Santa Catarina, Rio de Janeiro e Espírito Santo, de modo geral, apresentaram os dados de forma completa. Quanto à evidenciação dos resultados obtidos a partir da aplicação dos recursos disponíveis, observou-se que nos relatórios dos Estados do Sul havia a divulgação completa dos dados, porém, para os Estados do Sudeste, os dados eram divulgados de forma incompleta (GONÇALVES et al, 2013).

Análise realizada em um estudo que avaliou o desempenho dos gastos com saúde no município de São Bernardo do Campo, permitiu identificar um quadro geral satisfatório quanto ao desempenho do processo orçamentário após análise dos indicadores e metas do PPA 2012-2013. Os autores indicaram que praticamente todas as metas estabelecidas para os indicadores, a serem atingidas até o ano de 2013, foram alcançadas na sua totalidade ao final de 2011 (WEILLER, 2014). Entretanto, identificou-se que as LOAs analisadas nesse estudo não apresentavam metas físicas e indicadores, restringindo-se a indicar metas fiscais e financeiras (WEILLER, 2014), diferentemente do apresentado neste estudo, em que as LOAs do Distrito Federal, referentes aos anos de 2012 a 2015, apresentam metas físicas, relacionando-as às metas financeiras.

A falta de integração entre as ações previstas com o planejamento orçamentário também foi identificada na atividade de gestão do município de Jales – São Paulo, no ano de 2011, em que se verificou o prejuízo do acompanhamento da execução orçamentária em relação as ações de saúde, bem como a deficiência e controle das políticas públicas por falta de um instrumento integrado entre as secretarias municipais responsáveis pelas políticas de saúde e pelo orçamento municipal (MOTA e NOVAIS, 2012).

Um estudo avaliou o comportamento de indicadores presentes no planejamento da Prefeitura de Vitória - ES, comparando-se o período em que o PPA ainda não estava implantado (2000-2001) e os exercícios financeiros em que se implementou o PPA (2002-2003), com o objetivo de verificar a eficácia do PPA como instrumento de auxílio à promoção da eficácia e eficiência da gestão pública. Constatou-se que não houve alteração estatisticamente significativa da eficácia e eficiência entre os períodos analisados. Concluiu-se que a implantação do PPA na

Prefeitura de Vitória não trouxe mudanças significativas no desempenho orçamentário. Dessa forma, afirmou-se sobre a necessidade de reavaliar a metodologia utilizada para a elaboração do PPA, de forma que “seja efetivamente um instrumento de planejamento gerencial e não uma mera formalidade legal” (PAGLIARUSSI; NOSSA e LOPES, 2005).

Conforme Gonçalves *et al* (2013), a importância da divulgação dos relatórios de gestão da saúde representa a concretização dos princípios constitucionais da moralidade e da publicidade, bem como da transparência dos atos públicos, a fim de possibilitar o monitoramento e avaliação dos atos de gestão pública.

Outros estudos também apontaram incongruências e falhas no planejamento e avaliação em saúde. Cabe mencionar outra análise em que se avaliou a aplicabilidade dos indicadores propostos para o monitoramento da assistência à saúde no SUS, no âmbito do Ministério da Saúde, referente ao Plano Plurianual de 2008-2011. Restou identificado que a divulgação dos indicadores e dos resultados não era feita de maneira sistematizada e não permitia a análise do alcance dos objetivos do programa de atenção especializada de governo. Além disso, restou observado que havia resultados discrepantes de um mesmo indicador, somando-se à definição de metas facilmente alcançáveis. Conforme os autores do estudo, tais fatos implicam em distanciamento dos resultados à realidade, prejudicando o monitoramento da política de saúde e a prestação de contas à sociedade. Aliado ao exposto, verificou-se a falta de acessibilidade aos dados e de disponibilização da informação de forma adequada, dificultando o adequado entendimento dos indicadores e resultados (LIMA, 2011).

Um estudo em que se analisou a integração entre os instrumentos de planejamento da saúde e do governo do estado de São Paulo dos exercícios de 2008 a 2011 identificou que alguns programas apresentados não tiveram execução orçamentária ao longo do período analisado. Além disso, verificou-se a falta de uniformidade entre as ações, metas, resultados e indicadores, com prejuízo da clareza de informações, bem como a falta de publicação de alguns instrumentos (KUBO HIRATA, 2012).

As falhas no planejamento e na divulgação dos dados podem indicar que o emprego das verbas públicas é realizado de maneira aleatória, sem parâmetros de aplicação. Tal situação pode implicar prejuízo à gestão da saúde, sobretudo com a

possibilidade de haver recursos financeiros a serem aplicados em programas e ações de saúde considerados mais relevantes (GONÇALVES *et al*, 2013). Afirma-se, portanto, que “[...] observa-se que o PPA, em alguns casos, não tem sido utilizado como instrumento de compromisso da gestão. Segundo Paulo (2010) esse é um dos motivos pelos quais o PPA tem se tornado uma mera peça burocrática.” (GONÇALVES *et al*, 2013).

Conforme LIMA (2011), embora o PPA seja instrumento de grande importância para o monitoramento da gestão pública, o modelo é falho ao não conter uma estrutura de incentivos, que estimule o bom desempenho por meio de benefícios e vantagens e desestime a má gestão por meio de penalidades nos casos de metas não alcançadas. Destaca-se, também, a necessidade de avaliação e controle do processo de planejamento por pessoas externas ao governo, permitindo avaliação imparcial.

Nesse sentido, o modelo adotado favorece que a elaboração dos instrumentos de planejamento sejam apenas mais uma formalidade da administração pública, uma vez que não estimula o desempenho dos gestores, não cria penalidades para o mal desempenho, não padroniza o processo de elaboração do planejamento e não sistematiza de maneira minuciosa as formas de apresentação dos resultados (LIMA, 2011).

Na esfera federal existe um sistema que disponibiliza informações sobre despesas em saúde de todos os entes federados, o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS. Constitui instrumento para o acompanhamento do cumprimento dos dispositivos constitucionais e legais que determinam aplicação mínima de recursos em ações e serviços públicos de saúde.

O SIOPS possibilita a transparência e a visibilidade sobre a aplicação dos recursos públicos, monitorando a aplicação dos montantes mínimos previstos nos dispositivos legais, com consequente restrição de repasse de recursos no caso de descumprimento desses dispositivos. Entretanto, a obrigatoriedade de aplicação de recursos financeiros mínimos é dissociada da obrigatoriedade e do monitoramento do cumprimento das metas físicas e dos objetivos do programas e ações de governo.

Cumpra mencionar um estudo em que teve por objetivo identificar e descrever o uso de informações e indicadores sociais no processo de planejamento e orçamento do setor público. Restou verificado que o modelo de planejamento adotado no âmbito do SUS, implementado pela União, que é constituído pelos planos de saúde, programações anuais e relatórios de gestão, favorece a realização de uma gestão voltada por resultados. No entanto, identificaram-se dificuldades na execução desse modelo, tendo em vista a falta de preparo para realização de novas funções, com sobrecarga de atribuições por parte dos municípios brasileiros. Assim, como empecilhos ao adequado desenvolvimento do planejamento na saúde estavam presentes a falta de capacidade técnica, a desmotivação dos recursos humanos, a presença da cultura burocrática e a ausência de experiência com os novos instrumentos (VARELA, 2004).

Análise do planejamento em saúde realizado em alguns municípios e estados brasileiros para o período de 2005 a 2009 indicaram quais as dificuldades para realização do adequado planejamento em saúde, consoante o preconizado pelo Ministério da Saúde. Restou identificado que, de modo geral, as dificuldades em todas as regiões do Brasil são: inadequação de infraestrutura física, de equipamentos de informática e de acesso às informações; deficiência na capacitação em planejamento do pessoal em atuação na área de planejamento; insuficiência de pessoal específico e estável para a elaboração dos trabalhos de planejamento (SILVA, 2010).

Por fim, ressalta-se a conclusão realizada em estudo que analisou o planejamento do município de Jales – SP no ano de 2011, em que afirmou que (MOTA e NOVAIS, 2012):

Percebe-se a necessidade para os próximos anos, de investimento em ferramentas de tecnologia da informação para que se possa traçar metas, fazer o acompanhamento das atividades realizadas em cada setor da saúde, criando relatórios confiáveis que darão suporte a tomada de decisão dos gestores, dando com isso transparência dos recursos financeiros investidos, facilitando os processos de prestação de contas a convênios de outras esferas de governo e formatando o Relatório de Gestão Anual da Saúde, que é a verdadeira resposta aos instrumentos de planejamento orçamentário.

5 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

O presente trabalho buscou verificar a integração entre os instrumentos de planejamento da saúde do Distrito Federal, no período de 2012 a 2015, abrangendo a os instrumentos estabelecidos pelo Ministério da Saúde (Plano de Saúde e Relatório de Gestão), bem como os instrumentos de previsão orçamentária (Plano Plurianual, Lei de Diretrizes Orçamentárias e Leis Orçamentárias Anuais).

A compatibilização entre esses instrumentos de planejamento é obrigatória conforme os normativos que tratam do planejamento de saúde, bem como da previsão orçamentária. Sua importância reside no fato de a integração promover o encadeamento e programação dos objetivos, metas e ações a fim de atingir a finalidade maior dos programas e políticas de governo. Trata-se de um processo de organização da implementação desses programas e políticas, com o intuito de promover uma gestão pública eficaz e eficiente.

Nesse sentido, observou-se, no presente estudo de caso, que, para o período de 2012 a 2015, no âmbito do Distrito Federal, a previsão de objetivos, diretrizes e metas a serem atingidas até o ano de 2015 se mostraram compatíveis entre o Plano Distrital de Saúde e o Plano Plurianual. Entretanto, verificou-se grande incongruência entre as previsões das metas físicas e financeiras presentes no Plano Plurianual e Leis Orçamentárias Anuais, indicando a dificuldade de se estabelecer o produto a ser entregue à sociedade, bem como o montante dos recursos a serem empregados com as ações estabelecidas.

Cumprir registrar que foi identificada grande congruência entre o Plano Distrital de Saúde e o Plano Plurianual, por conseguinte, as incongruências entre o PPA e a LOA refletem em falhas de integração entre esta e o Plano Distrital de Saúde.

A partir dos resultados pode-se inferir que o planejamento possivelmente não foi utilizado como norteador das ações na saúde pública, aparentando ser mero documento formal. Tal inferência se fortalece pela falta de apresentação dos resultados para grande parte (média de 46 a 59 %) dos indicadores, metas físicas e financeiras.

No mesmo sentido, outros estudos apontam para falhas identificadas no planejamento da saúde de estados e municípios brasileiros, abrangendo períodos de 2000 a 2013. Concluindo pela possível aleatoriedade e não utilização de parâmetros na ação de estabelecer as metas a serem atingidas referentes aos objetivos e indicadores.

Quanto à disponibilização dos resultados referentes às metas estabelecidas, restaram identificadas neste estudo falhas na divulgação dos dados, com grande quantidade de resultados omissos. Cumpre registrar que uma das funções dos instrumentos de planejamento é a promoção da transparência da gestão pública, de forma que tais omissões prejudicam a realização do acompanhamento da execução dos gastos públicos, bem como da eficácia e da eficiência das ações. Prejudica, portanto, a *accountability* na administração pública, que corresponde à prestação de contas, responsabilização e transparência das ações do governo.

Nesse contexto, a falta de publicação da programação anual de saúde por parte do GDF no período analisado prejudica o cumprimento da função de transparência pública das informações sobre a gestão pública na área da saúde.

Ressalta-se o grande desafio de se realizar um adequado planejamento, envolvendo um período de quatro anos e a complexidade que envolve a oferta universal e integral dos serviços de saúde. Entretanto, surpreende a existência de incongruências entre as ações orçamentárias previstas no PPA e LOAs, principalmente quando envolve ações que são realizadas continuamente no âmbito da saúde, envolvendo vários períodos orçamentários e, que, portanto, deveria ser de fácil previsão ao gestor.

A contribuição deste trabalho está em apresentar as incongruências entre os instrumentos de planejamento na área da saúde presentes no último período de quatro anos abrangidos pelo plano distrital e plano plurianual, indicando as falhas existentes entre a integração desses instrumentos. Tal análise é um primeiro passo para o aprimoramento de todo o processo de planejamento, tendo em vista que aponta para as falhas encontradas, indicando o ponto do processo em que precisa de melhoria.

Importante, portanto, avançar para o segundo passo que é a identificação das causas de tais incongruências, ou seja, verificar quais os empecilhos existentes para

a previsão de forma mais precisa das metas físicas e financeiras a serem estabelecidas. Ademais, como melhorar o sistema de planejamento de modo a conseguir apurar e divulgar adequadamente os resultados, utilizando-os para revisão e aprimoramento do planejamento em saúde.

Ademais, outra contribuição deste estudo é a indicação da confiabilidade dos dados apresentados nos instrumentos de planejamento da saúde do Distrito Federal, alertando os gestores e responsáveis pelo controle interno e externo da gestão pública, que se utilizam de tais instrumentos para análise da situação da saúde. Demonstra, inclusive, que uma das causas da má gestão na área de saúde pode estar relacionada às falhas do planejamento das metas físicas e financeiras presentes nos documentos de planejamento.

A gestão da saúde pública é um desafio em face da obrigação de oferta de atendimento integral a todos os brasileiros em um contexto de restrição orçamentária e financeira, judicialização da saúde, bem como de necessidade de aumento dos gastos pela incorporação de novas tecnologias e crescimento e envelhecimento da população. Assim, como ferramenta essencial ao alcance dos objetivos estabelecidos pelos gestores, o adequado planejamento em saúde se mostra de fundamental importância.

Assim, a previsão adequada da quantidade de produto a ser entregue, bem como do montante adequado de recursos a serem empregados consiste em papel fundamental no atual contexto brasileiro e, portanto, do Distrito Federal, de restrição orçamentária e financeira. Trata-se de ferramenta de auxílio para o gasto eficiente dos recursos, atingindo, da melhor forma, os objetivos almejados.

Ademais, trata-se, também, de evitar que se empregue recursos em ações e serviços que não são essenciais em detrimento de áreas da saúde que são prioridades.

Conclui-se, portanto, que os instrumentos de planejamento da saúde do DF referentes ao período de 2012 a 2015 apresentaram falhas que devem ser corrigidas, caso perpetuem em outros períodos de planejamento, principalmente quanto à previsão de metas físicas e financeiras a serem atingidas para consecução dos objetivos e diretrizes do governo, bem como a apresentação dos resultados nos RAGs.

Assim, é necessária a avaliação futura das causas das falhas nas previsões das metas e apresentação dos resultados a fim proporcionar a melhoria do planejamento, implementando um modelo que auxilia a eficácia e eficiência da gestão pública da saúde.

REFERÊNCIAS

Barros, E. **Planejamento em saúde: encontros e desencontros**. Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe - CEPAL. Escritório no Brasil/IPEA, Brasília-DF, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Manual de planejamento no SUS**. 1. ed., Série Articulação Interfederativa: v. 4, Brasília, 2016.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Constituição (1988). **Emenda Constitucional n. 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. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm

BRASIL. Constituição (1988). **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. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc86.htm

BRASIL. Constituição (1988). **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. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm.

Brasil. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm.

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; e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm.

Brasil. **Portaria nº 2135, de 25 de setembro de 2013**. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde – Gabinete do Ministro. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html

Brasília – DF. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Plano Distrital de Saúde 2012 a 2015**. Brasília – DF, jun. 2012.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS. **Sistema Único de Saúde – coleção para entender a gestão do SUS**. Brasília – DF, v. 1, 2011a.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS. **O financiamento da saúde – coleção para entender a gestão do SUS**. Brasília – DF, v. 2, 2011b.

COSTA, F. L.; CASTANHAR, J. C. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 5, set./out. 2003.

GIACOMONI, J. **Orçamento público**. 16 ed. São Paulo: Atlas, 2012.

GONÇALVES, R. S.; HAYAKAWA, R. I.; GONÇALVES, A. O.; SERRANO, A. L. M. **Conselhos de saúde e controle social: um estudo comparativo dos relatórios de prestação de contas das Secretarias Estaduais de Saúde**. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 22, n. 4, 2013.

ISKROV, G.; DERMENDZHIEV, S.; KATRANZHEVA, T. M.; STEFANOV, R. Health economic data in reimbursement of new medical technologies: importance of the socio-economic burden as a decision-making criterion. **Frontiers in Pharmacology**, v. 7, 2016.

KUBO HIRATA, H. K.; Nerling, M. A. **Integração entre as peças de planejamento (PPA, LOA, LDO) da área estadual com as peças de planejamento da saúde no âmbito do SUS**. 2012. Monografia (Especialização em Gestão de Políticas Públicas) - Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em: http://www4.tce.sp.gov.br/epcp/sites/default/files/helena_keiko_hirata.pdf.

LACERDA, J. T.; CALVO, M. C. M.; BERRETTA, I. Q.; ORTIGA, A. M. B. Avaliação da Gestão para o Planejamento em Saúde em Municípios Catarinenses. **Ciência & Saúde Coletiva**, Florianópolis – SC, v.17, n. 4, p. 851-859, 2012.

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 & Saúde Coletiva**, Rio Grande do Norte, v. 17, n. 7, p. 1849 – 1856, 2012.

LIMA, C. P. **Avaliação da aplicabilidade dos indicadores propostos para o monitoramento da assistência à saúde de média e alta complexidade no SUS, ao longo do Plano Plurianual 2008-2011**. 2010. Tese (Mestrado em Modalidade Profissional em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz. Ministério da Saúde. Brasília – DF.

MAZZA, F. F.; MENDES, A. N. Decisões judiciais e orçamento: um olhar sobre a saúde pública. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 14, n.3, p. 42 – 65, nov. 2013/ fev. 2014.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS e Organização Pan-Americana da Saúde. 2ª ed., Brasília – DF, 2011.

MOTA, C.R.; NOVAIS, M. A. P. Desafios da Gestão do Orçamento Público da Secretaria de Saúde: um Estudo no Município de Jales. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde - RGSS**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 50-66, jan./jun. 2012.

PAGLIARUSSI, M. S.; NOSSA, V.; LOPES, V. A. **A influência do plano plurianual nos indicadores de execução: um estudo exploratório na prefeitura de vitória.** São Paulo, v. 12, n. 3, p. 29-45, 2005.

PINTO, E. G. Controle das Políticas Governamentais e Qualidade dos Gastos Públicos: a Centralidade do Ciclo Orçamentário. **Revista TCEMG**, Minas Gerais, jan./fev./mar., 2015.

REZENDE, F.; CUNHA, A. **A reforma esquecida: orçamento, gestão pública e desenvolvimento.** Rio de Janeiro: FGV, 2013.

SILVA, R. O. S. **Planejasus: um novo modelo de gestão no sistema público de saúde.** 2010. Trabalho (Graduação em Administração) – Faculdade de Tecnologia e Ciências Sociais Aplicadas, Centro Universitário de Brasília, Brasília – DF.

VARELA, P. S. **Indicadores sociais no processo orçamentário do setor público municipal de saúde.** 2004. Tese (Mestrado em Ciências Contábeis) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo.

WEILLER, J. A. B. **Desempenho dos gastos municipais com saúde no município de São Bernardo do Campo: um estudo sobre o instrumento “Orçamento por Desempenho”.** 2014. Tese (Mestrado em Serviços de Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

APÊNDICES

Apêndice A – Metas a serem atingidas até 2015 – Plano Distrital de Saúde e PPA 2012-2015

Objetivo 1 - Busca de maior eficiência nas intervenções setoriais para a melhoria das condições de saúde da população	
Diretriz 1.1 Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família	
Meta	
1	Atingir 75% de cobertura populacional no DF por equipes de saúde da família.
2	80% dos recém-nascidos vivos de mães residentes no DF com cobertura de 7 ou mais
3	Alcançar 95% em investigação de óbitos maternos de residentes no DF.
4	Reduzir o número absoluto de casos de sífilis congênita em 10% ao ano.
5	Reduzir as internações por complicações de diabetes mellitus para 5,8 por 10.000
6	Ampliar a oferta de práticas integrativas em saúde PIS para 80% das unidades básicas de saúde e equipes das ESF
DIRETRIZ 1.2: Promover a ampliação do acesso à atenção especializada de média e alta complexidade com foco em linhas de cuidado prioritárias.	
Meta	
1	Ampliar a cobertura populacional de leitos hospitalares para 2,4 por 1.000 habitantes do DF em 2015.
2	Elevar a capacidade de internação por leitos hospitalares do DF para 50 internações por leito em 2015.
3	Ampliar a cobertura de leitos de UTI para 9 % em relação ao total de leitos hospitalares do DF em 2015.

4	Ampliar o percentual de consultas médicas especializadas para 22,30% de consultas em relação ao total de consultas.
DIRETRIZ 1.3: Ampliar a cobertura assistencial em Saúde Mental de forma a propiciar qualidade na atenção e no cuidado do acometido de transtorno mental, familiar e servidores vinculados aos serviços, bem como o acesso universal a toda população do Distrito Federal.	
Meta	
1	Criar 31 serviços substitutivos em saúde mental, sendo 20 Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, 03 Residências Terapêuticas, 8 Unidades de Acolhimento.
2	Construir a sede do Centro de Orientação Médico Psicopedagógica - COMPP.
3	Implantar leitos de atenção integral em saúde mental nas 15 Coordenações Gerais de Saúde da SES DF, incluindo os destinados a infância/adolescência e usuários de álcool/drogas.
DIRETRIZ 1.4: Expandir e qualificar a rede de urgência e emergências, como o apoio a implantação e manutenção das Unidades de Pronto Atendimento (UPAS) e do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192).	
Meta	
1	Implantação de 14 Unidades Pré-Hospitalares Fixas de Pronto Atendimento (UPAS) até 2015.
2	Renovação da frota (30 UBS e 7 USA).
3	Aperfeiçoamento tecnológico e organizacional da Central de Regulação de Urgência.
4	Indução da regulação dos atendimentos de Urgência e Emergência, organizando fluxos de referência e contrarreferência entre os diferentes componentes da rede.
5	Implantação do acolhimento com classificação de riscos em unidades da rede de urgência e emergência do DF.
6	Qualificação da porta da urgência e emergência das unidades hospitalares, reorganizando fluxos e processos de trabalho.
DIRETRIZ 1.5: Proporcionar à população do Distrito Federal acesso à assistência farmacêutica de qualidade e de forma integral em todos os níveis de atenção.	
Meta	
1	Manter regularizado o abastecimento de 100% dos medicamentos e produtos para a saúde padronizados na SES/DF.
2	Adequar a estrutura física e organizacional de 100% das unidades de farmácia da SES/DF.
3	Atender 100% da necessidade de recursos humanos em número e qualificação adequada para a Assistência Farmacêutica da SES/DF.

DIRETRIZ 1.6: Atuar nos fatores desencadeantes, determinantes e condicionantes de doenças e agravos com a finalidade de conhecer, detectar, prevenir, controlar, reduzir e eliminar riscos e danos à saúde individual ou coletiva, em como acidentes e agravos relacionados ao trabalho.	
Meta	
1	Alcançar 80% de imóveis visitados 4 vezes/ano no DF para eliminação de criadouros de <i>Aedes aegypti</i> , em relação ao número de imóveis existentes no DF;
2	Realizar 80% de coletas para análise da qualidade da água para consumo humano, em imóveis cadastrados no SAC (Sistema de Abastecimento Coletivo) e no SAA (Sistema de Abastecimento Alternativo), referente aos parâmetros microbiológicos;
3	Vacinar 80% da população canina e felina na campanha anual de vacinação antirrábica e nos postos fixos de rotina;
4	Encerrar oportunamente 85% dos casos de Doenças de Notificação Compulsória até 2015;
5	Vacinar 95% das crianças menores de um ano com a vacina tetravalente/pentavalente de rotina do Calendário Básico de Vacinação;
6	Implantar em 80% das Coordenações Gerais de Saúde o Plano de Promoção de Saúde/PPS, até 2015;
7	Realizar, no próprio LACEN, exames em 100% das amostras biológicas encaminhadas ao LACEN.
8	Realizar ensaios laboratoriais em 100% das amostras pactuadas com as diretorias de vigilância sanitária e ambiental do Distrito Federal.
9	Cadastrar anualmente 100 aparelhos emissores de radiação ionizante em uso no Distrito Federal.
10	Aumentar em, pelo menos, 20% no quadriênio, sendo 5% ao ano, o número de emissão de Licença Sanitária para estabelecimentos de interesse da vigilância sanitária do Distrito Federal, considerando o valor inicial de 6.324 estabelecimentos licenciados em 2011.
11	Aumentar, em pelo menos 20% no quadriênio, sendo 5% ao ano, o número de notificações de agravos relacionados à saúde do trabalhador, considerando o valor inicial de 1.562 notificações em 2011
12	Compor as equipes de vigilância à saúde até 2015, baseado no levantamento de necessidades de pessoal e análise de competências pessoais e organizacionais;
13	Implantar, pelo menos, um novo sistema de informação a cada ano, no âmbito da Subsecretaria de Vigilância à Saúde, até 2015.
14	Implantar ações integradas de prevenção e controle da dengue em 50% das equipes de ESF e EACS existentes, até 2015.
15	Realizar pelo menos, 05 Semanas Anuais de Prevenção da Dengue, de setembro de cada exercício a maio do ano subsequente, conforme estabelecido no Decreto DF nº 33.034, de 11/07/11.
16	Alcançar 82% de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera curados nos anos das coortes até 2015.
17	Alcançar 90% de casos novos de hanseníase diagnosticados curados nos anos das coortes, até 2015.
18	Manter 95% de registros de óbitos com causa básica definida.
19	Manter em 2,6/100.000 habitantes a taxa de incidência de AIDS em menores de cinco

20	Reduzir o número absoluto de óbitos por dengue em relação ao ano anterior.
21	Garantir 1 agente para cada 1000 imóveis nas atividades de visitas domiciliares para a prevenção e controle da dengue.
22	Realizar, pelo menos, três Levantamentos Rápidos de Índice para Aedes aegypti (LIRAa) ao ano, nos meses de janeiro, março e outubro, respectivamente.
23	Notificar, em até sete dias, casos suspeitos de dengue grave no SINAN.
24	Encerrar pelo menos 95% dos casos graves de dengue, em até 60 dias após a notificação no Sinan.
25	Notificar, em até 24 horas, óbitos suspeitos de dengue.
26	Investigar, em até sete dias, óbitos suspeitos de dengue, com equipe composta pela vigilância e assistência.
27	Implantar remuneração variável para os agentes que executam ações de combate ao vetor da dengue, de acordo com indicadores de produtividade e resultados.
DIRETRIZ 1.7: Obter reconhecimento da sociedade pela resposta oportuna às demandas de saúde decorrentes de grandes eventos incluindo a Copa das Confederações 2013 e a Copa do Mundo de 2014.	
Meta	
1	Fortalecimento da vigilância em saúde em aeroportos e rodoviárias, bem como do sistema de notificação e investigação de surtos e casos de doenças transmissíveis, envolvendo a rede pública e a privada de assistência à saúde.
2	Reforço à infraestrutura necessária ao atendimento de urgências e emergências, como já mencionado, atentando ainda para os aspectos relativos a ambulâncias, helicópteros, heliportos de unidades de referência, equipamento para diagnóstico e tratamento nessas unidades, etc.
3	Capacitação de profissionais de saúde já atuantes na rede e de grupos de voluntários para lidar com diversas situações.
4	Aumentar a integração com as áreas de transporte e segurança para a abordagem dos diversos tipos de risco.
DIRETRIZ 1.8: Assegurar sangue, seus componentes e exames especializados com qualidade e em quantidade adequada para a população do DF, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS	
Meta	
1	Manter o atendimento das solicitações de hemocomponentes em 100% para solicitações de transfusão e em 85% para solicitações de estoque;
2	Ampliar o número de doadores fidelizados (doadores com no mínimo 2 doações por ano) para 50%;
3	Ampliar o número de doadores em relação à população do DF para 2,5%;
4	Manter índice de satisfação do doador superior a 95%;
5	Reduzir para 0% o número de não conformidades críticas evidenciadas em inspeções sanitárias;
6	Adequar 100% das instalações físicas e estrutura organizacional.

Apêndice B – Indicadores – Plano Distrital de Saúde e PPA 2012 - 2015

OBJETIVO ESPECÍFICO:	
001 –Atenção Primária em Saúde – Implementar a atenção primária em saúde no DF com ênfase na expansão e qualificação da Estratégia de Saúde da Família, garantindo a universalidade do acesso aos serviços de saúde e a equidade no atendimento das necessidades da população com vista à promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida.	
Número	Denominação do Indicador
1	Proporção da População Cadastrada pela Estratégia Saúde da Família
2	Taxa de Mortalidade Infantil (óbitos em menores 1 ano de residentes no DF/Nascidos vivos de mães residentes no DF x 1000)
3	Taxa de Mortalidade Neonatal (óbitos de crianças com menos de 28 dias/Nascidos vivos de mães residentes no DF x 1000)
4	Taxa de Mortalidade Pós-Neonatal (óbitos de crianças de 28 e 364 dias /Nascidos vivos de mães residentes no DF x 1000)
5	Proporção de Nascidos Vivos de Mães com 7 ou mais Consultas de Pré-Natal
6	Proporção de Óbitos de Mulheres em Idade Fértil e Maternos Investigados
7	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados
8	Proporção de óbitos maternos investigados
9	Incidência de Sífilis Congênita
10	Taxa de internações por Diabetes Mellitus e suas complicações
11	Cobertura de acompanhamento condicionantes de saúde do Programa Saúde da Família
12	Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica
13	Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada
14	Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal
15	Proporção de Óbitos infantis e fetais investigados
16	Taxa de mortalidade prematura (<70 anos) pelo conj. das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis-DCNT (Doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)
17	Razão de exames citopatológicos do colo de útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população feminina na mesma faixa etária

18	Proporção de unidades de atenção primária e ESF ofertando pelo menos uma prática integrativa em saúde – PIS
OBJETIVO ESPECÍFICO:	
002 –Assistência Especializada em Saúde – Proporcionar assistência especializada organizando fluxos e adequando a rede com a finalidade de promover o acesso integral aos serviços hospitalares e ambulatoriais no âmbito do Distrito Federal.	
Número	Denominação do Indicador
1	Cobertura de leitos hospitalares (número de leitos por 1.000 habitantes)
2	Capacidade de internação por leitos hospitalares
3	% Cobertura de leitos de UTI
4	Proporção de consultas médicas especializadas em relação ao total de consultas
5	Proporção de partos normais
6	Nº de óbitos materno em determinado período e local de residência reduzidos
7	Razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 anos e a população da mesma faixa etária
8	Seguimento/tratamento informado de mulheres com diagnóstico de lesões intraepiteliais de alto grau de colo de útero
9	Taxa de internação hospitalar de pessoas idosas por fratura de fêmur
10	Proporção de serviços hospitalares com contrato de metas firmado
11	Usuários classificados em Pediatria, segundo situação de gravidade nos hospitais regionais da rede de saúde do DF
12	Usuários classificados em Clínica Médica, segundo situação de gravidade nos hospitais regionais da rede saúde do DF
OBJETIVO ESPECÍFICO:	
003 –Vigilância em Saúde – Atuar nos fatores desencadeantes, determinantes e condicionantes de doenças e agravos, com a finalidade de conhecer, detectar, prevenir, controlar, reduzir e eliminar riscos e danos à saúde individual ou coletiva, bem como acidentes e agravos relacionados ao trabalho.	
Número	Denominação do Indicador
1	Proporção de imóveis visitados no DF para eliminação de criadouros de Aedes aegypti em relação ao número de imóveis existentes no DF
2	Proporção de coletas realizadas para análises da qualidade da água para consumo humano.
3	Proporção de população canina e felina vacinada.
4	Proporção de casos de Doenças de Notificação Compulsória (DNC) encerrados oportunamente (até 60 dias após a notificação).
5	Cobertura vacinal com a vacina tetravalente/pentavalente em crianças menores de um ano
6	Percentual de Regionais com Plano de Promoção de Saúde - PPS implantado.

7	Proporção de exames laboratoriais realizados em amostras biológicas encaminhadas ao LACEN de interesse da vigilância epidemiológica.
8	Proporção de ensaios de controle de qualidade de produtos - alimentos, águas, medicamentos, saneantes e cosméticos - em amostras pactuadas com as diretorias de vigilância sanitária e ambiental do DF.
9	Estabelecimentos de risco existentes no território do DF inspecionados
10	Nº de notificações de agravos à Saúde do Trabalhador, constantes da Portaria GM/MS nº 104/2011
11	Número de aparelhos emissores de radiação ionizante cadastrados em uso no Distrito Federal
12	Licenças sanitárias emitidas para estabelecimentos de interesse da vigilância sanitária do DF
13	Equipes de Estratégia de Saúde da Família e de Agentes Comunitários da Saúde com ações integradas de prevenção e controle da dengue sobre equipes existentes
14	Nº de Semanas Anuais de Prevenção da Dengue realizadas (>=5)
15	Proporção de cura nas coortes de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera
16	Proporção de cura de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes
17	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida
18	Incidência de AIDS em menores de 5 anos
19	Número absoluto de óbitos por dengue (<= 3)
20	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez

OBJETIVO ESPECÍFICO:

004 –Assistência Farmacêutica – Proporcionar à população do Distrito Federal acesso à assistência farmacêutica de qualidade e de forma integral, em todos os níveis de atenção

Número	Denominação do Indicador
1	Orçamento público liquidado com aquisição de medicamentos na SES/DF
2	Unidades de farmácia na atenção primária com profissional farmacêutico.
3	Número de leitos dos hospitais da SES/DF com implantação do sistema de distribuição por dose individualizada.
4	Unidades de medicamentos distribuídos para as unidades de saúde da SES/DF
5	Taxa de crescimento de distribuição de medicamentos padronizados para as Unidades de Saúde da SES/DF

OBJETIVO ESPECÍFICO:

006 –Urgência e Emergência – Expandir e qualificar a rede de urgência e emergências, com o apoio a implantação e manifestação das unidades de pronto atendimento (UPAS), das salas de estabilização (SE) e do serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU 192)	
Número	Denominação do Indicador
1	% de trotes recebidos
2	%de ligações pertinentes
3	Tempo resposta
4	Óbitos em ambiente pré-hospitalar
5	Unidades de saúde com serviço de notificação de violência implantada
6	Implantação do Acolhimento e Classificação de Risco, em período integral, nos hospitais regionais do DF e HBDF
OBJETIVO ESPECÍFICO:	
007 –Saúde Mental – Ampliar a cobertura assistencial em Saúde Mental de forma a propiciar qualidade na atenção e no cuidado do acometido de transtorno mental, familiar e servidores vinculados aos serviços, bem como o acesso universal a toda população do Distrito Federal.	
Número	Denominação do Indicador
1	Implantação de serviços substitutivos em saúde mental (*)
2	Taxa de Cobertura CAPS
OBJETIVO ESPECÍFICO:	
008 –Assegurar sangue, seus componentes e exames especializados com qualidade e em quantidade adequada para a população no DF, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.	
Número	Denominação do Indicador
1	Índice de leitos emergenciais SUS atendidos
2	Índice de leitos SUS atendidos (rotina)

Apêndice C – Ações Orçamentárias, Metas Físicas e Financeiras – PPA e LOAs 2012-2015

OBJETIVO ESPECÍFICO:	
001 –Atenção Primária em Saúde – Implementar a atenção primária em saúde no DF com ênfase na expansão e qualificação da Estratégia de Saúde da Família, garantindo a universalidade do acesso aos serviços de saúde e a equidade no atendimento das necessidades da população com vista à promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida.	
Código	Ações Orçamentárias
1227	(EP) Implantação do Projeto do Passe Saúde
3135	Construção de Unidades Básicas de Saúde
3136	Ampliação de Unidades Básicas de Saúde
3222	Reforma de Unidades Básicas de Saúde
4208	Desenvolvimento das Ações de Atenção Primária em Saúde
4088	Capacitação de Servidores
4133	Atenção Integral à saúde de adolescentes em medida socioeducativa de internação
6055	Assistência à saúde para o sistema prisional
OBJETIVO ESPECÍFICO:	
002 –Assistência Especializada em Saúde – Proporcionar assistência especializada organizando fluxos e adequando a rede com a finalidade de promover o acesso integral aos serviços hospitalares e ambulatoriais no âmbito do Distrito Federal.	
1413	(EP) Implantação de unidade materno infantil;
2103	(EP) Implantação do Programa Viver em Casa;
2145	Serviços assistenciais complementares em saúde;
2155	(EP) Realização de cirurgia plástica reparadoras de mama;
2156	(EP) Apoio ao tratamento de doenças raras;
2885	Manutenção de máquinas e equipamentos;
3140	Construção de unidades de atenção especializada em saúde;

3141	Ampliação de unidades de atenção especializada em saúde;
3223	Reforma unidades de atenção especializada em saúde;
3467	Aquisição de equipamentos;
4068	Alimentação e Nutrição;
4137	Contratualização de Hospitais de Ensino;
4205	Desenvolvimento de ações de atenção especializada em saúde ;
4206	Gestão de unidades assistenciais de saúde;
4227	Fornecimento de alimentação hospitalar;
6049	Atenção à Saúde Bucal;
6050	Prevenção, Controle do Câncer e Assistência Oncológica;
6052	Assistência Voltada à Internação Domiciliar;
6016	Fornecimento de aparelhos de órteses e próteses.
OBJETIVO ESPECÍFICO:	
003 –Vigilância em Saúde – Atuar nos fatores desencadeantes, determinantes e condicionantes de doenças e agravos, com a finalidade de conhecer, detectar, prevenir, controlar, reduzir e eliminar riscos e danos à saúde individual ou coletiva, bem como acidentes e agravos relacionados ao trabalho.	
Código	Ações Orçamentárias
1010	(EP) Estratégia de preservação, educação e controle de doenças crônicas;
1059	(EP) Fortalecimento da comissão intersectorial de saúde do trabalhador (CIST) do conselho de Saúde do Distrito Federal;
1068	(EP) Implementação da política Distrital de Saúde do Trabalhador;
2252	(EP) Implementação de ações de combate e prevenção à dengue;
2256	(EP) Implantação de ações de enfrentamento ao crack e outras drogas;
3154	Construção de Unidades de Vigilância em Saúde no DF;
3155	Reforma de Unidades de Vigilância em Saúde no DF;
4145	Desenvolvimento de Ações de Vigilância em Saúde no DF.
OBJETIVO ESPECÍFICO:	
004 –Assistência Farmacêutica – Proporcionar à população do Distrito Federal acesso à assistência farmacêutica de qualidade e de forma integral, em todos os níveis de atenção	
3153	Construção da Unidade de Assistência Farmacêutica;

4215	Desenvolvimento das Ações de Assistência Farmacêutica;
4216	Aquisição de medicamentos.
OBJETIVO ESPECÍFICO:	
006 –Urgência e Emergência – Expandir e qualificar a rede de urgência e emergências, com o apoio a implantação e manifestação das unidades de pronto atendimento (UPAS), das salas de estabilização (SE) e do serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU 192)	
Código	Ações Orçamentárias
2060	Atendimento de urgência pré-hospitalar (SAMU);
3172	Implantação de Unidades de Pronto Atendimento – UPA;
3173	Construção das Bases do SAMU.
4226	Gestão e manutenção das Unidades de Pronto Atendimento – UPA.
OBJETIVO ESPECÍFICO:	
007 –Saúde Mental – Ampliar a cobertura assistencial em Saúde Mental de forma a propiciar qualidade na atenção e no cuidado do acometido de transtorno mental, familiar e servidores vinculados aos serviços, bem como o acesso universal a toda população do Distrito Federal.	
Código	Ações Orçamentárias
3165	Implantação de Unidades de Atenção em Saúde Mental;
3166	Ampliação de Unidades de Atenção em Saúde Mental;
3224	Reforma de Unidades de Atenção em Saúde Mental;
3225	Construção de Unidades de Atenção em Saúde Mental;
4225	Desenvolvimento das Ações de Atenção em Saúde Mental.
OBJETIVO ESPECÍFICO:	
008 –Assegurar sangue, seus componentes e exames especializados com qualidade e em quantidade adequada para a população no DF, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.	
Código	Ações Orçamentárias
1141	Reforma do hemocentro (HEMOCENTRO e FSDF);
2811	Captação de doadores, coleta e processamento de sangue;
2812	Análises laboratoriais nas amostras de sangue de doadores;
3109	Reforma do Núcleo de hematologia e hemoterapia;
3113	Ampliação do hemocentro (FSDF);

3711	Realização de estudos e pesquisas;
3997	Construção de hemocentro;
4028	Controle de qualidade de produtos e insumos;
4054	Análises laboratoriais nas amostras de sangue de pacientes;
4060	Banco de sangue de cordão umbilical e placentário;
4081	Procedimentos hemoterápicos na hemorrede.

Apêndice D – Metas e prioridades LDOs 2012 a 2015

LDO 2012						
Número	Ação	Subtítulo	UO	Produto	Quantidade	Unidade de Medida
1	1010	(EP) ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO, EDUCAÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS CRÔNICAS	23901	PESSOA ATENDIDA	5.000	PESSOA
2	3223	REFORMA DE UNIDADES DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE	22101	UNIDADE DE SAÚDE REFORMADA	1.000	M2
3	3140	CONSTRUÇÃO DE UNIDADES DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE	23901	UNIDADE DE SAÚDE CONSTRUÍDA	1.200	M2
4	4145	DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE	23901	AÇÃO REALIZADA	30	UNIDADE
5	1413	(EP) IMPLANTAÇÃO DE UNIDADE MATERNO INFANTIL	23901	UNIDADE DE SAÚDE CONSTRUÍDA	2.000	M2
6	2256	(EP) IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES DE ENFRENTAMENTO AO CRACK E OUTRAS DROGAS	24103	AÇÃO IMPLEMENTADA	10	UNIDADE
7	3135	CONSTRUÇÃO DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE	23901	UNIDADE DE SAÚDE CONSTRUÍDA	90.000	M2
8	3172	IMPLANTAÇÃO DE UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA	23901	UNIDADE IMPLANTADA	10	UNIDADE
LDO 2013						
1	1227	(EP) IMPLANTAÇÃO DO PROJETO DO PASSE SAÚDE	-	UNIDADE DE SAÚDE CONSTRUÍDA	10.000	
2	3135	CONSTRUÇÃO DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE	-	UNIDADE DE SAÚDE CONSTRUÍDA	6.300	M2

3	3140	CONSTRUÇÃO DE UNIDADES DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE	-	UNIDADE DE SAÚDE CONSTRUÍDA	81.000	M2
4	3154	CONSTRUÇÃO DE UNIDADES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE	-	Obra realizada	200003	UNIDADE
5	3165	IMPLANTAÇÃO DE UNIDADES DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL	-	UNIDADE IMPLANTADA	5	UNIDADE
6	3172	IMPLANTAÇÃO DE UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA	-	UNIDADE IMPLANTADA	1	UNIDADE
LDO 2014						
1	2145	SERVIÇOS ASSISTENCIAIS COMPLEMENTARES EM SAÚDE		2551 - vetado		
2	3140	CONSTRUÇÃO DE UNIDADES DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE		5752 - vetado		
3	3154	CONSTRUÇÃO DE UNIDADES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE		0007 - vetado		
4	3172	IMPLANTAÇÃO DE UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA	23901	UNIDADE IMPLANTADA	10	Unidade
5	3467	AQUISIÇÃO DE EQUIPAMEN	23901	UNIDADE IMPLANTADA	1	Unidade
6	4216	AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS		0005 - vetado		
7	4216	AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS	23901	006 - medicamento distribuído	1	Unidade
LDO 2015						
1	2145	SERVIÇOS ASSISTENCIAIS COMPLEMENTARES EM SAÚDE	23901	Contrato mantido	1000	Unidade
2	3140	CONSTRUÇÃO DE UNIDADE DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE	22101	UNIDADE DE SAÚDE CONSTRUÍDA	1000	M2
3	3140	CONSTRUÇÃO DE UNIDADES DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE	23901	UNIDADES DE SAÚDE CONSTRUÍDA	25000	M2
4	3154	CONSTRUÇÃO DE UNIDADES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE	23901	Obra realizada	50000	M2

5	3172	IMPLANTAÇÃO DE UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA	23901	UNIDADE IMPLANTADA	22	unidade
6	3173	CONSTRUÇÃO DAS BASES DO SAMU	23901	Unidade construída	1	unidade
7	4216	AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS	23901	medicamento distribuído	100000	unidade
8	3135	CONSTRUÇÃO DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE	23901	UNIDADE DE SAÚDE CONSTRUÍDA	42300	M2
9	3136	AMPLIAÇÃO DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE	23901	UNIDADE AMPLIADA	25800	M2
10	3222	REFORMA DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE	23901	UNIDADE DE SAÚDE REFORMADA	16950	M2
11	3165	IMPLANTAÇÃO DE UNIDADES DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL	23901	UNIDADE IMPLANTADA	6	UNIDADE