



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS

CAMPUS DE PALMAS

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO PROFISSIONAL EM
GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS**

NELMA SUELY ANDRADE CASTRO PEREIRA

**CONTRIBUIÇÃO DA CONTROLADORIA-GERAL DA UNIÃO NA
AVALIAÇÃO DO PROGRAMA SAMU NO BRASIL**

PALMAS/TO

2020

NELMA SUELY ANDRADE CASTRO PEREIRA

**CONTRIBUIÇÃO DA CONTROLADORIA-GERAL DA UNIÃO NA
AVALIAÇÃO DO PROGRAMA SAMU NO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão de Políticas Públicas como requisito para obtenção do título de Mestre em Gestão de Políticas Públicas.

Área de concentração: Gestão e Avaliação de Políticas Públicas

Linha de pesquisa: Dinâmicas Institucionais e Avaliação de Políticas Públicas.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Ana Lúcia Medeiros

PALMAS/TO

2020

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins**

P436c → Pereira, Nelma Suely Andrade Castro Pereira.¶

Contribuição da Controladoria-Geral da União na Avaliação do Programa SAMU. / Nelma Suely Andrade Castro Pereira Pereira. -- Palmas, TO, 2020.¶
188 f.¶

Dissertação (Mestrado Profissional) -- Universidade Federal do Tocantins.¶
-- Câmpus Universitário de Palmas -- Curso de Pós-Graduação (Mestrado) Profissional em Gestão de Políticas Públicas, 2020.¶

Orientador: Ana Lúcia Medeiros¶

1. Estado. 2. Controladoria-Geral da União. 3. Políticas Públicas de Saúde.¶
4. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. I. Título¶

CDD-350¶

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS -- A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizada desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.¶

Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).¶

NELMA SUELY ANDRADE CASTRO PEREIRA

**CONTRIBUIÇÃO DA CONTROLADORIA-GERAL DA UNIÃO
NA AVALIAÇÃO DO PROGRAMA SAMU NO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Gestão de Políticas Públicas da Universidade Federal do Tocantins para obtenção do título de mestre.

Orientadora: Prof.^a. Dra. Ana Lúcia de Medeiros.

Aprovada em 29/05/2020

BANCA EXAMINADORA:



Ana Lúcia de Medeiros

Profa. Dra. Ana Lúcia de Medeiros (Orientadora)

Profa. Dra. Suzana Giliolo da Costa Nunes (Membro interno)

Profa. Dra. Mônica Aparecida Rocha da Silva (Membro externo)

A Deus.
Ao meu marido e filhas.
Aos meus pais e irmãos
Aos meus sogros e minha querida família.

AGRADECIMENTOS

Primeiro a Deus, autor da vida, sem Ele nada seria possível. Obrigada Senhor por me dá forças nos momentos difíceis, saúde e coragem para continuar minha caminhada.

A minha mãe **Decy** (in memoriam) pelo exemplo de mulher, mãe, amiga. Obrigada minha mãe, serei eternamente agradecida pela sua dedicação e sacrifícios. Sinto que continua zelando por nós e feliz por esta conquista. Te amarei para sempre.

Ao meu pai **José Pereira** (in memoriam), que sempre enfrentou as batalhas da vida com muita dignidade e por compreender a importância da educação para nossa vida. Minha eterna gratidão. Obrigada pai, te amarei para sempre.

Ao meu marido **Ramiro**, minhas filhas **Laura, Beatriz e Alice** que souberam compreender minhas ausências, momentos de angústia e tensão. Vocês fazem parte dessa conquista.

Aos meus irmãos (**Júnior e Jutay**) e demais familiares pois cada um deles, mesmo que distante, foram fundamentais nesse processo, agradeço imensamente pelo suporte e tranquilidade nos momentos difíceis.

A minha querida prima **Luciângela**, pelas orações e pelo carinho de sempre, obrigada.

A minha orientadora **Profª Dra. Ana Lúcia de Medeiros**, obrigada pela paciência, dedicação, sugestões, companheirismo, amizade. Sem palavras para expressar toda gratidão e aprendizagem.

Aos **professores** do Programa de Pós-graduação em Gestão de Políticas Públicas da UFT (GESPOL), todos fundamentais na construção deste trabalho.

A coordenação e funcionários do Programa de Pós-graduação em Gestão de Políticas Públicas da UFT.

A Controladoria-Geral da União (CGU) que tornou viável a realização deste estudo.

Aos meus colegas de mestrado, pelo companheirismo e apoio nas horas difíceis e nos momentos alegres.

E a todos que de alguma forma tornaram possível a realização deste trabalho.

Meus sinceros agradecimentos a todos.

“O comedimento financeiro deveria ser o pesadelo do militarista, e não do professor primário ou da enfermeira do hospital. É um indício do mundo desordenado em que vivemos o fato de o professor primário e a enfermeira se sentirem mais ameaçados pelo comedimento financeiro do que um general do exército.”

Amartya Sen

RESUMO

A Constituição Federal promulgada em 1988 promoveu a descentralização de políticas públicas para os entes estaduais e municipais, no entanto, o planejamento e formatação dessas políticas ainda permanecem na esfera federal. Em razão dessa descentralização e buscando assegurar aderência entre o planejamento e a execução das políticas públicas, o governo federal fortaleceu e estruturou os mecanismos de controle. No âmbito do Poder Executivo Federal a Controladoria-Geral da União (CGU) é o órgão responsável por realizar atividades relacionadas à defesa do patrimônio público e o incremento da transparência da gestão, por meio de ações de controle e avaliação. O presente estudo analisa as contribuições da CGU na avaliação das políticas públicas de saúde, especificamente no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). A pesquisa desenvolvida usou a abordagem qualitativa cuja análise dos dados foi feita por meio de análise de conteúdo de Bardin tendo como base o Relatório de Avaliação da Execução de Programa de Governo nº 61 do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192. Os dados do trabalho mostraram que a atuação da CGU promoveu melhorias no âmbito do programa SAMU por meio de medidas como o aprimoramento dos procedimentos internos ou adoção de novos procedimentos; ressarcimento de valores pagos indevidamente; adoção pelo gestor de medidas corretivas que foram recomendadas pela CGU; fortalecimento dos mecanismos de controle; alteração de rotinas internas; responsabilização dos desvios identificados; indicação de desperdícios na execução dos recursos de custeio do programa; identificação de deficiências no monitoramento do programa; entre outras recomendações.

Palavras-chaves: Desenvolvimento. Estado. Controladoria-Geral da União. Políticas Públicas de Saúde. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

ABSTRACT

The Federal Constitution enacted in 1988 promoted the decentralization of public policies for state and municipal entities, however, the planning and formatting of these policies still remain at the federal level. Due to this decentralization and seeking to ensure adherence between the planning and execution of public policies, the federal government has strengthened and structured control mechanisms. Within the scope of the Federal Executive Branch, the Comptroller General of the Union (CGU) is the organ responsible for carrying out activities related to the defense of public assets and the increase of management transparency, through control and evaluation actions. This study analyzes the contributions of CGU in the evaluation of public health policies, specifically in the Mobile Emergency Service (SAMU). The developed research used the qualitative approach whose analysis of the data was made through content analysis of Bardin based on the Evaluation Report of the Execution of Government Program nº 61 of the Mobile Emergency Service - SAMU 192. The work data showed that CGU's performance promoted improvements within the scope of the SAMU program through measures such as the improvement of internal procedures or the adoption of new procedures; reimbursement of amounts unduly paid; adoption by the manager of corrective measures that were recommended by CGU; strengthening of control mechanisms; alteration of internal routines; accountability for the identified deviations; indication of waste in the execution of the program's funding resources; identification of deficiencies in the monitoring of the program; among other recommendations.

Key-words: Development. State. Comptroller General of the Union. Public Health Policies. Mobile Emergency Care Service.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Controle Social x Controle Institucional.....	76
Figura 2- Organograma da CGU	86
Figura 3 - Encaminhamento dos resultados no âmbito da CGU.....	92
Figura 4 - Processo da AEPG	93
Figura 5- Componentes da Política Nacional de Atenção Urgências	112
Figura 6 - Sistemas de Controle Interno	124

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 - Benefícios financeiros apurados pela CGU por ano	21
Quadro 02 – Principais autores e contribuições para as Ciências Econômicas antes da Segunda Guerra Mundial	25
Quadro 03- Trajetória dos direitos civis, políticos e sociais no Brasil	41
Quadro 04 – Obras sobre políticas públicas mais referenciadas e seus autores	44
Quadro 05- Algumas definições sobre Políticas Públicas	46
Quadro 06 - <i>Accountability</i> democrática	69
Quadro 07 – <i>Accountability</i> e Finanças Públicas no Brasil	70
Quadro 08 – Definições de Controle Interno no âmbito organizacional	78
Quadro 09 - Legislações que fortaleceram o controle interno	80
Quadro 10 - Síntese da evolução do Sistema de Controle Interno no Brasil	84
Quadro 11 - Resumo de cada área finalística da CGU	89
Quadro 12 - Resumo dos principais instrumentos normativos da CGU	90
Quadro 13 – Resumo da metodologia da pesquisa	104
Quadro 14 – Implantação do SAMU na França	108
Quadro 15 - Concepção americana X Concepção francesa no APH	109
Quadro 16 – Etapas implementadas da PNAU	113
Quadro 17 – Categorias extraídas do relatório de auditoria	120
Quadro 18 – Inconsistências nos valores repassados	121
Quadro 19 – Grade de distribuição prevista nos editais x quantitativo de veículos distribuídos aos entes	122
Quadro 20 – Ocorrências relacionadas à ausência de documentos nos processos de habilitação de Unidades do SAMU analisado	125
Quadro 21 – Principais deficiências estruturantes nas Centrais de Regulação fiscalizadas	129
Quadro 22 – Inadequações das Unidades Básicas de Saúde	130
Quadro 23 – Percentual identificado de Técnico Auxiliar de Regulação Médica capacitados	131
Quadro 24 – Recomendações x Benefícios obtidos	135

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AICPA	<i>American Institute of Certified Public Accountants</i> (Instituto Americano de Contadores Públicos Certificados).
AIS	Ações Integradas em Saúde
APH	Atendimento Pré-Hospitalar
APS	Atenção Primária a Saúde
ASC	<i>International Accounting Standards Committee</i> (Conselho de Padrões de Contabilidade Internacional).
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BNDES	Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
CAPs	Caixas de Aposentaria e Pensões
CGU	Controladoria-Geral da União
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária
COSO	<i>Committee of Sponsoring Organizations of the Threadway Commission.</i>
CRG	Corregedoria-Geral da União
DASP	Departamento Administrativo do Serviço Público
DNS	Departamento Nacional de Saúde
DLOG	Departamento de Logística em Saúde
EUA	Estados Unidos da América
FMI	Fundo Monetário Internacional
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IAP	Institutos de Aposentadoria e Pensões
IASB	<i>International Accounting Standards Board</i> (Comitê Internacional de Normas Internacionais de Contabilidade).
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
LAI	Lei de Acesso à Informação
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual

LOPS	Lei Orgânica da Previdência Social
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MAPA	Memória da Administração Pública Brasileira
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OEA	Organização dos Estados Americanos
OGU	Ouvidoria-Geral da União
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PIB	Produto Interno Bruto
PNAU	Política Nacional de Atenção às Urgências
PPA	Plano Plurianual
PRC	Portarias de Consolidação
RAV	Relatório de Avaliação de Execução de Programa de Governo
RBCE	Rede Brasileira de Cooperação em Emergências
RO	Rádio-Operadores
RUE	Rede de Urgências e Emergências
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SAIPS	Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde
SCC	Secretaria de Combate à Corrupção
SEM	Serviço de Emergências Médicas
SFC	Secretaria Federal de Controle
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais
SIAFI	Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal
STN	Secretaria do Tesouro Nacional
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais
STPC	Secretaria de Transparência e Prevenção da Corrupção
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Serviço Único de Saúde
TARM	Telefonia Auxiliar de Regulação Médica

UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USA	Unidade de Suporte Avançado
USB	Unidade de Suporte Básico
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 Objetivos	20
1.1.1 Objetivo geral:	20
1.1.2 Objetivos específicos:.....	20
1.2 Justificativa	21
2 CONTEXTO HISTÓRICO DO MODELO DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO DO BRASIL	24
2.1 Ampliação do conceito de desenvolvimento	32
2.2 Estado e Políticas Públicas	38
2.2.1 Direitos Sociais: origem e evolução	40
2.2.2 Políticas Públicas	43
2.2.2.1 <i>Tipos de Políticas Públicas</i>	47
2.2.2.2 <i>Abordagem metodológica em políticas públicas: construção; formulação; implementação e avaliação.</i>	51
3 POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE	56
3.1 Accountability como processo de democratização do Estado	67
3.2 Conselho de Saúde como instrumento de controle social	72
4 O CONTROLE INTERNO NAS AVALIAÇÕES DAS POLÍTICAS PÚBLICAS	77
4.1 Controle Interno na gestão pública	80
4.1.1 Evolução do Controle Interno no Brasil	81
4.2 Estrutura e funcionamento da CGU	85
4.3 Avaliação de políticas públicas no âmbito da CGU	91
5 MÉTODO DA PESQUISA	96
5.1 Demarcação epistemológica da pesquisa	96
5.2 Natureza e abordagem da pesquisa	101
5.3 Coleta de dados	101
5.4 Análise de Conteúdo	103
5.5 Resumo da metodologia da pesquisa	104
6 SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA-SAMU	105
6.1 Evolução do Atendimento Pré-Hospitalar	105
6.1.1 Modelo Americano	106
6.1.2 Modelo Francês	107

6.1.3 Principais diferenças entre modelo americano e o francês.....	108
6.2 SAMU no Brasil.....	110
7 RESULTADOS E DISCUSSÕES	116
7.1 Aspectos gerais.....	116
7.2 Apresentação do Relatório de Execução e Avaliação do Programa SAMU – RAV N.º 61	118
7.3 Apresentação dos dados do Relatório de Execução e Avaliação do Programa SAMU – RAV N.º 61	119
7.3.1 Categoria 1: Processo de Planejamento e Implementação do SAMU.....	120
7.3.2 Categoria 2 – Controles Internos Administrativos adotados pelo Ministério da Saúde	123
7.3.3 Categoria 3 – Aquisições de equipamentos e veículos da frota SAMU.....	126
7.3.4 Categoria 4 – Funcionamento das Centrais de Regulação do SAMU e das Unidades Móveis de Saúde.....	128
7.3.5 Categoria 5 – Aplicação dos recursos de custeio pelos entes federativos (estados e municípios).....	131
7.3.6 Categoria 6 – Monitoramento dos entes federativos pelo Ministério da Saúde	133
7.3.7 Síntese das Recomendações e dos Benefícios obtidos no processo de avaliação do programa SAMU	134
7.4 Discussão das contribuições dadas pela CGU no processo de avaliação do programa SAMU	138
7.4.1 Etapas do processo de avaliação do SAMU pela CGU	144
7.4.2 Discussão por categoria.....	145
7.4.3 Contribuições da CGU para <i>accountability</i> na administração pública.....	151
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	155
REFERÊNCIAS	158
LEGISLAÇÃO	169
APÊNDICE	170

1 INTRODUÇÃO

O Estado brasileiro é constituído por um sistema federal introduzido com a proclamação da República em 1889. Esta forma de organização estabelece uma estrutura governamental formada por três níveis de governo: federal, estadual e municipal.

Neste sentido, os entes federados são ao mesmo tempo independentes e interdependentes entre si. O federalismo tem como característica essencial uma estrutura de poder descentralizado, em que o Estado Federal é soberano e as unidades federativas (estados e municípios) são autônomas e têm capacidade política, administrativa e financeira.

Segundo Dallari (1995), etimologicamente o termo federação vem do latim “*foedus*” que significa pacto, aliança, sendo que no caso do Brasil é formado pela união de vinte e seis estados, o distrito federal e os municípios brasileiros. Dessa forma, um Estado Federal representa a união de centros de poder político e administrativo autônomos.

O autor assinala que “a evolução da sociedade criou exigências novas, que atingiram profundamente o Estado. Este passou a ser cada vez mais solicitado a agir, ampliando sua esfera de ação e intensificando sua participação nas áreas tradicionais” (DALLARI, 1995, p. 186).

Nessa linha de pensamento, observa-se uma tendência de alargamento das funções e serviços públicos ofertados pelo Estado, como a busca de proteção do trabalho, da segurança e da saúde, da educação, melhor planejamento dos recursos financeiros, entre outros. Todavia, os países considerados desenvolvidos já evidenciaram claramente que políticas sociais implementadas de forma eficientes promoveram resultados igualitários e justiça social. “A melhoria da qualidade de vida, o desenvolvimento econômico e social podem ser alcançados por uma série de caminhos, e nunca se viu desenvolvimento de uma nação sem o apoio e estímulo do Estado (SANTOS, 2001, p. 77).

Nesse processo, Demo (2001) destaca três fases fundamentais das políticas sociais: 1) a socioeconômica (binômio ocupação/renda); 2) a assistencial (direito à cidadania a grupos vulneráveis); 3) a política (participação social).

As políticas sociais brasileiras desenvolveram-se, a partir do início do século passado, por um período de cerca de 80 anos, configurando um tipo de padrão de proteção social só alterado com a Constituição Federal de 1988. Dessa forma, o sistema de proteção social brasileiro que combinava um modelo de seguro social com um modelo assistencial, evoluiu para o modelo de seguridade social. Neste novo modelo as políticas sociais adquiriram o sentido de instrumento de justiça social e que garante a todos um padrão mínimo de benefícios sociais universais (FLEURY, 2005; COTTA; CAZA; MARTINS; 2010).

A partir da promulgação da Constituição Federal Brasileira de 1988 foi criado o Sistema Único de Saúde – SUS, que tem como objetivo a implementação de políticas públicas direcionadas para ações e serviços de saúde. Essa nova legislação tem como princípio fundamental garantir o acesso universal, integral e igualitário a todos para a promoção, proteção e recuperação da saúde da população. Para isto, foram desenvolvidas estratégias de atuação de forma descentralizada pelos gestores das três esferas de governo: federal, estadual e municipal.

Com a criação do SUS foi instituída a Política Nacional de Atenção às Urgências onde, inicialmente, o atendimento pré-hospitalar era prestado pelas equipes do Corpo de Bombeiros que integravam o Serviço de Salvamento e tinham como atribuição específica a remoção de vítimas dos locais de acidente. No entanto, esse atendimento carecia de ações integrais de equipes de saúde desde a remoção até o atendimento ambulatorial e que pudesse oferecer uma resposta apropriada para as demandas existentes. Assim, o atendimento de urgência e emergência se consolidou a partir das normas estabelecidas em portarias ministeriais e resultou na criação do Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Nesse contexto, a chamada “Constituição cidadã”, promulgada em 1988, impulsionou os avanços sociais decorrentes de políticas públicas que tem como característica o caráter inclusivo, universal, democrático e participativo. O novo marco legal (CF 1988) no artigo 194, que trata da Seguridade Social (conjunto integrado de ações destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social) também estabelece a equidade na forma de participação no custeio; a diversidade da base de financiamento, uniformidade dos benefícios entre as populações urbanas e rurais, entre outros direitos.

No tocante as políticas públicas no Brasil, estudos destacam o papel de coordenação do governo federal e sua importância para assegurar maior efetividade na execução de políticas sociais pelos governos locais. Ademais, nas últimas décadas houve um aumento significativo dessas políticas, resultado do processo de universalização e da multiplicação de programas. Para isto acontecer, houve ao longo dos anos, o envolvimento dos três níveis de governo (federal, estadual e municipal) desde a formulação, execução e financiamento.

No entanto, trata-se de um país de dimensões continentais e que apresenta grandes contrastes econômicos e sociais que podem prejudicar a implementação de políticas públicas conforme inicialmente planejado. Para minimizar as discrepâncias existentes, o governo federal além de atuar fortemente na formulação dos programas, também é responsável por suportar parte dos gastos na execução dessas políticas, geralmente por meio de um sistema de transferências intergovernamentais para o seu financiamento.

Por outro lado, é preciso assegurar que as políticas públicas sejam executadas em consonância com o planejamento inicial desenhado de forma a alcançar uma uniformização e um padrão mínimo de qualidade. Neste sentido, são estabelecidos mecanismos de monitoramento e avaliação desenvolvidos preferencialmente, por órgãos não responsáveis por sua execução.

A avaliação de políticas públicas, executada como um processo sistemático, integrado e institucionalizado, tem como premissa básica verificar a eficiência dos recursos públicos e, quando necessário, identificar possibilidades de aperfeiçoamento da ação estatal, com vistas à melhoria dos processos, dos resultados e da gestão (BRASIL, 2018, p. 14).

A Constituição promoveu a descentralização de políticas públicas para os entes estaduais e municipais. No entanto, o planejamento e formatação dessas políticas ainda permanecem na esfera federal. A descentralização permitiu que os municípios ampliassem seu papel no tocante à gestão e implementação de políticas sociais.

Em razão dessa descentralização e buscando assegurar aderência entre o planejamento e a execução das políticas públicas, o governo federal fortaleceu e estruturou os mecanismos de controle. No âmbito do Poder Executivo Federal, a Controladoria-Geral da União (CGU) é o órgão responsável por realizar atividades relacionadas à defesa do patrimônio público e o incremento da transparência da gestão, por meio de ações de controle interno, auditoria pública, correição, prevenção e combate à corrupção e ouvidoria (BRASIL, 2017).

Neste sentido, o órgão tem como missão “Promover o aperfeiçoamento e a transparência da gestão pública, a prevenção e o combate à corrupção, com participação social, por meio de avaliação e controle das políticas públicas e da qualidade do gasto” (BRASIL, 2017).

Também cabe a CGU realizar a supervisão técnica dos órgãos que compõem o Sistema de Controle Interno e o Sistema de Correição e das Unidades de Ouvidoria do Poder Executivo Federal, prestando a orientação normativa necessária. Para desenvolver suas atribuições, foram criadas unidades descentralizadas da CGU em todos os estados da federação. Estas unidades são denominadas de Controladorias Regionais da União nos Estados e realizam por meio de auditorias e fiscalizações o monitoramento e avaliação de políticas públicas na área da educação, assistência social, saúde, entre outras.

No Brasil, o SAMU foi implementado no ano de 2005 e assim como toda política pública desenvolvida pelo Governo Federal passa por auditorias periódicas da Controladoria Geral da União (CGU). Nesta linha de atuação, torna-se necessário considerar as ações de fiscalização da CGU no sentido de aprimorar a rede de urgência e emergência, avaliando a

expansão e adequação do SAMU, em consonância com os objetivos e estratégias desenvolvidas para a efetividade do programa.

Nesse contexto, o presente estudo orienta-se pela seguinte pergunta norteadora:

Quais as principais contribuições da Controladoria-Geral da União na avaliação do programa SAMU no Brasil?

Para tanto, propõe-se analisar a atuação da CGU no tocante à execução do programa SAMU no âmbito Brasil nos últimos 5 (cinco) anos, especificamente quanto ao monitoramento e avaliação desse programa.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo geral:

Estudar atuação da Controladoria-Geral da União na execução do programa SAMU.

1.1.2 Objetivos específicos:

Analisar os relatórios de auditoria do programa SAMU produzidos pela CGU;

Discutir as contribuições dadas pela CGU no processo de execução do programa SAMU;

Desenvolver uma cartilha de orientação para os gestores públicos com vistas a melhorar a gestão do SAMU.

1.2 Justificativa

A Controladoria-Geral da União (CGU), por meio de ações de controle realizadas em estados, municípios e órgãos públicos obteve uma economia efetiva aos cofres públicos no montante de aproximadamente R\$ 24,7 bilhões nos últimos 5 (cinco) anos, discriminados no quadro abaixo.

Quadro 1 - Benefícios financeiros apurados pela CGU por ano

BENEFÍCIO	2014	2015	2016	2017	2018	TOTAL
TOTAL	7,54	2,38	2,87	4,61	7,29	24,70
	BILHÕES	BILHÕES	BILHÕES	BILHÕES	BILHÕES	BILHÕES

Fonte: Portal da CGU

As principais ocorrências identificadas nas análises que resultaram em benefícios financeiros foram: Arrecadação de multa legal ou prevista em contrato; Cancelamento de licitação/Contrato com objeto desnecessário, inconsistente ou inadequado tecnicamente; Compatibilização do objeto contratado com as especificações ou com o projeto; Eliminação de desperdícios ou redução de custos administrativos; Elevação da receita; Incremento da eficiência, eficácia ou efetividade de programa de governo; Recuperação de valores pagos indevidamente, entre outras.

Cabe salientar que os dados apurados são decorrentes de ações de controle que tiveram impactos na execução de várias políticas públicas, além de melhoria na qualidade dos serviços públicos. Também essas ações promoveram resultados que contribuíram para correções na formatação de políticas públicas, que resultaram em melhorais na execução e que não podem ser financeiramente mensurados.

Além disso, estudos apontam que a criação da CGU representou uma inovação institucional na administração pública brasileira pelos seguintes motivos: a) promoveu a reorganização do controle interno da Administração Pública Federal; b) consolidou a ampliação das atividades de controle interno para a promoção da qualidade da gestão, indo além do controle da legalidade; c) a CGU se tornou a “agência anticorrupção do Brasil”; d) é o órgão responsável pela luta contra a improbidade administrativa, pela promoção da transparência dos atos da Administração Pública bem como em fomentar a ética e integridade; e) atua como órgão indutor e de fortalecimento do controle social, realizando a formação técnica de conselheiros e a iniciativa da organização de conferências sobre controle social (BRASIL, 2017; CORRÊA, 2011; LOUREIRO *et al*, 2012).

Conforme estabelece o artigo 74 da Constituição Federal de 1988, a avaliação de políticas públicas deverá ser realizada permanentemente pelo sistema de controle interno, que no Poder Executivo Federal tem como órgão central a CGU. Neste caso, o processo de avaliação realizado pela CGU perpassa por um método criterioso de planejamento, iniciando-se pela seleção adequada das políticas públicas a serem avaliadas; a delimitação do escopo e forma de operacionalizar as ações de controle; a obtenção de evidências que irão subsidiar a avaliação da política avaliada; elaboração de recomendações que visam produzir melhorias na execução da política pública e também emitir e divulgar opinião da CGU sobre a execução da política pública avaliada.

Para Saravia e Ferrarezi (2006) o processo de política pública não está baseado em uma ordenação tranquila, na qual cada parte conhece e atua conforme esperado. A implementação de políticas públicas supõe ao menos dois tipos de agentes situados em pontos distintos: os agentes encarregados da formulação dos termos de operação de um programa, planejando, definindo seu desenho e os objetivos e agentes que irão executá-la. (ARRETCHE, 2001). No Brasil, os agentes responsáveis pela execução ocorrem no âmbito local.

Podemos definir políticas públicas como um conjunto de ações desenvolvidas pelo poder público (federal, estadual ou municipal) que tem por objetivo atender as necessidades da população. Na prática, os governos arrecadam tributos (recursos financeiros) e devolvem para a sociedade serviços como segurança, saúde, educação, assistência social, infraestrutura, saneamento, entre outras. Portanto, as políticas públicas são executadas com recursos provenientes da sociedade e devem ter como função primordial garantir serviços de qualidade aos seus financiadores, no caso, a própria sociedade.

No Brasil, normalmente as políticas públicas são executadas de forma tripartite, ou seja, a União é responsável pela criação e normatização e os estados e municípios pela execução. Ressalta-se que a União atualmente é o ente que arrecada o volume maior dos recursos públicos e por isto, é responsável por maior participação no custeio, seja diretamente ou por meio de transferências voluntárias.

Para esta pesquisa, delimitamos este estudo no sentido de conhecer a atuação da CGU na avaliação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), um programa desenvolvido pelo Ministério da Saúde em parceria com os governos estaduais e municipais, que visa prestar assistência 24 horas em nível pré-hospitalar na área de urgência e emergência.

Os recursos para o custeio do programa são de responsabilidade compartilhada entre os entes federativos, divididos da seguinte forma: União, responsável por 50%; os estados que respondem por no mínimo 25% e os municípios que são responsáveis por até 25% dos recursos

para o custeio do programa. O cálculo dos valores a serem repassados pela União é feito de acordo com a quantidade de unidades móveis em funcionamento e a população da região de cobertura do serviço (BRASIL, 2018).

Segundo dados do Ministério da Saúde, atualmente, o SAMU encontra-se implantado em todos os estados da federação e atende a 173,8 milhões de habitantes que corresponde a aproximadamente 85% da população brasileira, distribuídos em 3.672 municípios em todo o território nacional (BRASIL, 2015). Contudo, podemos imaginar as dificuldades na implementação de um programa federal como o SAMU, de abrangência nacional, cuja execução depende da articulação política e simultânea dos três entes federativos (União, Estados e Municípios) para alcançar os objetivos propostos.

2 CONTEXTO HISTÓRICO DO MODELO DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO DO BRASIL

Neste capítulo será feita uma discussão sobre o conceito de desenvolvimento para mostrar a sua evolução ao longo do tempo. Inicialmente, serão apresentados os principais estudos que abordam o desenvolvimento numa visão mais direcionada com ao crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) e suas contradições. Posteriormente, apresentaremos o conceito de desenvolvimento na visão de outros pesquisadores, especialmente o entendimento de Amartya Sen, que amplia o conceito de desenvolvimento com a introdução de outras variáveis e não apenas o crescimento dos índices econômico (PIB) mas, principalmente na expansão das liberdades de escolha, tendo como foco a dignidade humana por meio do acesso à educação, saúde, emprego, moradia, bem-estar, segurança, entre outros.

O conceito de desenvolvimento como nova área de pesquisa ganhou destaque internacional após a Segunda Guerra Mundial. Tal fato deve-se as transformações políticas e econômicas provocadas pelo processo de independência de antigas colônias europeias e a influência dos Estados Unidos e da União Soviética. Outro aspecto observado foi a procura desmensurada pelo processo de industrialização e de crescimento econômico que fez com que a maioria dos países concentrasse seus esforços na promoção do crescimento do Produto Interno Bruto (PIB), desse modo, o crescimento econômico era visto como meio e fim para se alcançar o desenvolvimento. (AMARO, 2003; BRESSER-PEREIRA, 2006; DINIZ, 2009; FURTADO, 1974; OLIVEIRA, 2002; SCHNEIDER, 2013)

Estudiosos afirmam que frequentemente termos como progresso, crescimento industrial, transformação, modernização são usadas como sinônimo de crescimento. A controvérsia existe provavelmente devido a conceituação econômica que é dada ao termo desenvolvimento.

Oliveira (2002) afirma que:

O debate acerca do conceito de desenvolvimento é bastante rico no meio acadêmico, principalmente quanto à distinção entre desenvolvimento e crescimento econômico, pois muitos autores atribuem apenas os incrementos constantes no nível de renda como condição para se chegar ao desenvolvimento, sem, no entanto, se preocupar como tais incrementos são distribuídos (OLIVEIRA, 2002, p. 39).

Sob esse viés, as abordagens teóricas sobre “desenvolvimento” visavam o crescimento econômico ou a busca de resolução dos problemas ligados ao subdesenvolvimento. Todavia, de acordo com Amaro (2003) existiam na verdade outros motivos para explicar a importância e o interesse do conceito de desenvolvimento nesse período: O autor destaca quatro delas: 1) os

desafios da reconstrução da Europa (Plano Marshall – progresso e riqueza, ou seja, desenvolvimento dos países afetados pela guerra); 2) A chamada Guerra Fria (EUA x União Soviética – necessidade de acumulação produtiva que pudesse sustentar a corrida armamentista, contribuir para o avanço tecnológico bem como vincular o progresso as doutrinas e pensamentos ideológicos de cada corrente); 3) “a afirmação do keynesianismo” como novo paradigma da Ciência Econômica (Intervenção Estatal na economia para garantir o progresso e o aumento do bem estar das sociedades) e, 4) As novas afirmações idealistas para o progresso e a paz mundial que se concretizaram por meio de declarações e compromissos assumidos pelos países com organismos como a ONU (Organização das Nações Unidas), entre outros.

Amaro (2003) sustenta que mesmo considerando o conceito de desenvolvimento com fundamento científico a partir desse período (após a 2ª guerra mundial), a literatura revela que outros autores procuraram compreender as perspectivas do progresso e da riqueza nos países afetados pela Revolução Industrial. O quadro a seguir apresenta sucintamente os principais autores e suas contribuições para as Ciências Econômicas e a abordagem do desenvolvimento que foram elaboradas antes da Segunda Guerra Mundial.

Quadro 02 – Principais contribuições teóricas para as Ciências Econômicas antes da Segunda Guerra Mundial

Autor	Contribuições
Adam Smith	Considerado o responsável por elaborar o primeiro estudo de uma teoria do desenvolvimento – “natureza e causa da riqueza das nações.”
Tomas Malthus	Apresentou os limites decorrentes dos recursos naturais alimentares.
David Ricardo	Entre outras ideias, afirmava que o comercio era uma das principais fontes para o enriquecimento e do desenvolvimento de um país.
John Stuart Mill	Seu pensamento contestava muitos autores e defendia o papel do Estado muito mais ativo que seus antecessores.
Karl Marx	Argumentava que o Estado foi criado para defender a classe dominante e pregava a luta de classes para combater o capitalismo)
Joseph Schumpeter	Considerava as inovações tecnológicas como a principal ferramenta para o desenvolvimento capitalista.

Fonte: elaboração própria com base nos estudos de Amaro (2003)

De modo geral, as sociedades industriais, constituídas principalmente por países europeus, tornaram-se referência de progresso para fundamentar o conceito de desenvolvimento, haja vista as medidas e práticas adotadas para o fortalecimento da riqueza. Essas práticas estão concentradas no período de 200 anos percorridos pelos países europeus, que tem início com a Revolução Industrial e se estendeu até a Segunda Guerra Mundial. Destaca-se que a Revolução Industrial tinha como principais características: fortalecimento do

setor industrial, o progresso tecnológico; divisão técnica do trabalho; a especialização; a busca por produtividade; o aumento do processo de urbanização, entre outras (AMARO, 2003; DINIZ, 2009).

Não obstante, outros movimentos também contribuíram para o fortalecimento das sociedades industriais como: a Revolução Cultural e Filosófica (Renascimento); a Reforma Protestante (conhecida como protesto contra o abuso do clero e considerada como fundadora de uma nova ética favorável ao espírito de poupança, investimento e do lucro e portanto, a aceitação do consumo e do bem estar material); a Revolução Científica (base da ciência moderna); a Revolução Política (administração burocrática, democracia parlamentar representativa, surgimento de novas classes burguesas, modo de vida urbano). (AMARO, 2003)

Na prática, essas quatro revoluções formaram a base da Revolução Francesa que trouxe novos valores e princípios como liberdade, igualdade e fraternidade que já afloravam nesses outros movimentos. Por fim, a Revolução Industrial e a Revolução Francesa “ao influenciarem decisivamente as sociedades industriais (nas suas várias versões), marcaram profundamente o conceito de desenvolvimento que as tomou como referência.” (AMARO, 2003, p. 45). O autor descreve onze mitos que marcaram fortemente o conceito de desenvolvimento no mundo:

- 1 - economicismo, sendo considerado o crescimento econômico a condição necessária e suficiente para o desenvolvimento e muitas vezes com ele confundido (ou tornado sinónimo);
- 2 - produtivismo, considerando-se a produtividade, o tempo e os critérios produtivos os fatores decisivos do desenvolvimento, levando à marginalização do (e dos) que não é (são) produtivo(s).
- 3 - consumismo, uma vez que é necessário vender o que se produz (para o crescimento econômico) e, portanto, desenvolver-se é também consumir cada vez mais;
- 4 - quantitativismo, valorizando a quantidade (e as economias de escala), muitas vezes em detrimento da qualidade;
- 5 - industrialismo, uma vez que foi através da industrialização que os países desenvolvidos iniciaram e construíram o seu processo de desenvolvimento e o mesmo deviam fazer os outros, imitando aqueles;
- 6 - tecnologismo, acreditando-se no progresso tecnológico como a verdadeira alavanca e o motor mais potente da produtividade e do crescimento econômico e, portanto, um dos pilares fundamentais do desenvolvimento;
- 7 - racionalismo, como base do conhecimento certo (a «ciência») e da ação produtiva (a eficiência);
- 8 - urbanicismo, traduzido no mito da superioridade do «urbano» sobre o «rural», e na conseqüente fuga para as cidades, e na adoção dos modos de vida urbanos, como símbolos de desenvolvimento;
- 9 - antropocentrismo, colocando o Homem acima dos outros seres vivos e no centro do processo de bem-estar, ainda que de forma parcial, valorizando sobretudo, ora o Indivíduo (no capitalismo), ora o Coletivo (no socialismo), mas esquecendo-se do «Homem na Natureza»;

10 - etnocentrismo, que não é propriamente uma característica específica deste contexto cultural e civilizacional (as «sociedades industriais»), mas que nele assume uma perspectiva eurocêntrica globalizante, ou seja, interferindo e violentando todos os outros continentes (incluindo a destruição de civilizações);

11 - uniformismo, porque, em nome da eficiência, se definiram «one best ways», ou modelos únicos de boas práticas a imitar, no que se refere aos modelos de produção e de consumo, aos modos de vida, aos modelos culturais, aos sistemas políticos e aos ecossistemas, destruindo a diversidade de que é feita a Vida. (AMARO, 2003, p. 45-46)

Outrossim, esses mitos ainda fazem parte das práticas e expectativas para o desenvolvimento de muitos países, ou que muitas vezes são compelidos ou aconselhados a adotarem essa estratégia para alcançar o padrão de desenvolvimento “desejável”. Outro aspecto importante refere-se ao fato de alguns economistas do desenvolvimento utilizar indicadores de crescimento econômico para aferir e ao mesmo tempo qualificar o nível de desenvolvimento alcançado por determinados países. Amaro (2003), aponta como consequência:

- Considerar-se frequentemente o crescimento econômico (enquanto processo contínuo de aumento da produção de bens e serviços) como a condição necessária e suficiente (“sine qua non”) do desenvolvimento, de que dependiam as melhorias de bem-estar da população, a todos os outros níveis (educação, saúde, habitação, relações sociais, sistema político, valores culturais, etc.);

- Utilizar-se sistematicamente, como já foi referido, os indicadores de crescimento econômico, e em particular o nível de rendimento per capita, para classificar os países em termos de desenvolvimento. (AMARO, 2003, p. 47)

Durante o Século XX imperou o mito do desenvolvimento. Nesse contexto muitos países cresceram economicamente, enquanto outros tantos não tiveram sucesso em suas estratégias para o desenvolvimento.

Em contraposição a literatura dominante, os estudos de Furtado (1974), apresentados em sua obra “O mito do desenvolvimento econômico” divergia da ideia disseminada de que haveria a universalização para todos os países dos benefícios alcançados por esse modelo de desenvolvimento econômico. De acordo com o autor essa ideia representava uma visão limitada, haja vista que muitos economistas elaboraram “complexos esquemas de processo de acumulação de capital no qual o impulso dinâmico é dado pelo progresso tecnológico, inteléquia existente fora de qualquer contexto social. Pouca ou nenhuma atenção foi dada às consequências no plano cultural, de um crescimento exponencial do *stock* de capital” (FURTADO, 1974, p. 14).

Na visão do autor as economias dos países periféricos jamais alcançariam o nível de desenvolvimento similar às economias que compõem o centro do sistema capitalista. E mais, o

autor afirmava que se isto acontecesse haveria um colapso da civilização e até o risco de extinção da espécie humana em razão do esgotamento dos recursos naturais. (FURTADO, 1974).

Ainda assim, o modelo de desenvolvimento econômico oriundo da Revolução Industrial e intensificado no período posterior à II Guerra Mundial, resultou em alguns avanços. Entre eles, se destaca:

- o espetacular aumento da produção e do conseqüente consumo de bens e serviços (efeito de crescimento econômico), permitindo uma melhoria geral do bem-estar material das sociedades onde ele ocorreu;
- um aumento muito elevado dos níveis de produtividade média e, portanto, da eficiência produtiva;
- uma melhoria muito nítida dos níveis de escolarização, com recuo acentuado das taxas de analfabetismo; - uma melhoria generalizada e clara das condições de saúde, expressa nomeadamente na diminuição radical das taxas de mortalidade infantil e no aumento considerável da longevidade média e da esperança média de vida à nascença;
- os avanços extraordinários verificados em vários domínios científicos, alargando os horizontes de conhecimento da Humanidade;
- as novas oportunidades de eficiência produtiva e de conforto na vida em geral, trazidas por vagas sucessivas de inovações tecnológicas, que alteraram radicalmente os modos de produção, de consumo e de lazer. (AMARO, 2003, p. 48)

Todavia, alguns dos efeitos positivos desse modelo concentraram-se em 1/3 da população mundial, enquanto que os outros 2/3 permaneceram a margem desse progresso, ou seja, para a maior parte da população esse modelo de desenvolvimento não trouxe benefícios ou foi muito limitado. (AMARO, 2003).

Ademais, o autor assinala que a persistência de diversas formas de “mal-estar”, especialmente nos países do Terceiro Mundo em áreas fundamentais como educação, saúde e o aparecimento de novos problemas que impactam na vida em sociedade como insegurança, quebra de laços comunitários, desestruturações familiares, desumanização das relações de trabalho, degradação da natureza, desencadeamento da intolerância religiosa e cultural são desafios ao modelo de desenvolvimento econômico (AMARO, 2003).

Para Oliveira (2002, p.39) o desenvolvimento “deve ser encarado como um processo complexo de mudanças e transformações de ordem econômica, política e, principalmente, humana e social”. Por tais razões, o mito do desenvolvimento gerou expectativas que não se concretizaram, possivelmente, em razão de sua lógica cumulativa e concêntrica. Por isso, muitos estudos indicam que esse modelo provocou o empobrecimento, especialmente nos países periféricos.

No Brasil, como em quase toda América Latina, o Estado desenvolvimentista iniciou-se como uma resposta as crises econômicas. A Grande Depressão de 1929 que atingiu profundamente a economia brasileira fez com que os governos de Getúlio Vargas nos períodos de 1930 a 1945 e de 1951 a 1954 adotassem medidas políticas e econômicas que objetivavam o desenvolvimento. Entre as medidas adotadas destacam-se: a proteção tarifária; a criação de empresas estatais de aço; o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico (BNDES); a Petrobrás e as políticas setoriais para instalação das empresas automobilísticas. (SCHNEIDER, 2013).

Outro avanço foi a criação no governo Vargas do Departamento Administrativo do Serviço Público (DASP) que era uma agência de pessoa que tinha por finalidade profissionalizar e despolitizar o serviço público federal. Após esse período, no Brasil outros governos adotaram importantes estratégias para o desenvolvimento e houve evolução em alguns aspectos, especialmente sob governos democráticos de 1945 a 1964 como substituição de importações e a criação de instituições estatais como o BNDES e a Petrobrás já citado anteriormente. (SCHNEIDER, 2013).

No entendimento de Bresser Pereira (1998) o período compreendido entre 1930 e 1960 o Estado foi um fator de desenvolvimento econômico e social. O autor cita o crescimento econômico e a melhoria nos padrões de vida, especialmente após a Segunda Guerra Mundial como algo nunca antes registrado.

No entanto, a partir de 1970 em decorrência de seu “crescimento distorcido e do processo de globalização, o Estado entrou em crise e se transformou na principal causa de redução das taxas de crescimento econômico, da elevação das taxas de desemprego e do aumento das taxas de inflação (...)” (BRESSER-PEREIRA, 1998). Acrescenta-se que no período de 1979 a 1994 o Brasil registrou uma estagnação de renda per capita e altas taxas inflacionárias que corroíam o poder de compra da população.

Com este cenário de crise fiscal do Estado, a partir dos anos 80 seguindo orientação de organismos internacionais, iniciou-se no Brasil um processo de reformas, com medidas focadas no ajuste fiscal, na liberalização comercial e de preços. O objetivo principal dessas medidas de ajuste estrutural macroeconômico por meio de programas de privatização, era reduzir a participação do Estado na economia em consonância com os ideólogos neoliberais. (HÖFLING, 2001).

A agenda neoliberal tinha como eixo central promover a estabilização das economias e intervir nas políticas sociais que eram consideradas uma das causas do desajuste econômicos. Por outro lado, a disseminação dos ideais neoliberais tinha como foco evidenciar a baixa

capacidade gerencial do Estado e ao mesmo tempo fortalecer a crença nos valores individuais e nas soluções de mercado. No entanto, as medidas adotadas não impulsionaram o desenvolvimento esperado. (HÖFLING, 2001; SANTOS; VEIRA, 2018)

A despeito dessas medidas, outros estudiosos argumentavam que um ajuste estrutural (ajuste fiscal e as reformas orientadas para o mercado) não seriam suficientes para provocar a retomada do crescimento. No entendimento de Bresser-Pereira (1998, 2006) a crise econômica dos anos 80 tinha duas razões: a crise de Estado (uma crise no modo de intervenção do Estado no econômico e no social) e a crise resultante da forma burocrática de administrar o Estado. Dessa forma, busca-se implementar a chamada Reforma Gerencial.

Nesse contexto, nos anos 90 iniciam-se novas reformas no Estado que são voltadas especificamente para a reforma da administração pública. “ A reforma do Estado, além da reforma administrativa, envolve também, no plano diretamente fiscal, a reconstrução da poupança pública e a reforma da previdência social, e, no plano político, as reformas políticas visando dar mais governabilidade aos governos (...)” (BRESSER-PEREIRA, 1998, p. 31).

Do outro lado, a reforma administrativa tinha como meta melhorar a eficiência do Estado em diversas áreas, por meio de instituições e estratégias gerenciais e também organizações públicas não estatais para executar suas atividades. Este modelo de gestão contradiz a política neoliberal que considerava o Estado ineficiente e visava um Estado mínimo. (BRESSER-PEREIRA, 1998, 1998, 2006).

Para Bresser-Pereira (1998, p.33) “a reforma do Estado tem como objetivos tornar o Estado mais governável e com maior capacidade de governança, de forma a não apenas garantir a propriedade e os contratos, como querem os neoliberais, mas também complementar o mercado na tarefa de coordenar a economia e promover uma distribuição de renda mais justa”.

Nesse sentido, Bresser-Pereira (1998) considera fundamental a reforma gerencial para tornar o Estado mais eficiente. Para o autor a ineficiência do Estado afeta principalmente os direitos sociais que abrangem os serviços de saúde, educação e previdência e que só poderão ser melhor executados “nos termos de uma administração pública gerencial, moderna e eficiente (...)” (BRESSER-PEREIRA, 1998, p. 45).

Em 1995 inicia-se um processo de reforma do Estado. De acordo com Bresser-Pereira (2006) a proposta apresentada para reforma do aparelho estatal pressupunha a existência de quatro setores dentro do Estado: 1) o núcleo estratégico do Estado (responsável pela definição de leis e das políticas públicas); 2) as atividades exclusivas de Estado (poder do Estado – legislar, tributar, fiscalizar, regulamentar, entre outras); 3) os serviços não exclusivos do Estado

(são realizados pelo Estado ou subsidiados por ele por serem considerados relevantes) e, 4) a produção de bens e serviços para o mercado (realizados por empresas de economia mista).

Cumprir ressaltar que as medidas adotadas no Brasil não conseguiram promover um desenvolvimento que conseguisse alavancar a justiça social, no entanto, ao longo dos anos a economia cresceu e, também, sofreu abalos que provocaram desemprego, baixa qualidade dos serviços ofertados pelo Estado, alto endividamento interno, entre outros problemas.

No entendimento de Oliveira (2002, p.40) “desenvolvimento nada mais é que o crescimento – incrementos positivos no produto e na renda – transformado para satisfazer as mais diversificadas necessidades do ser humano, tais como: saúde, educação, habitação, transporte, alimentação, lazer, dentre outras.”

Em 2008 ocorre nova crise econômica com reflexo mais forte nas economias dos países que já enfrentavam problemas econômicos. Nesse contexto os defensores do neoliberalismo começam a pregar a necessidade de austeridade fiscal.

Santos e Vieira (2018) afirmam que:

(...) a austeridade fiscal “se caracteriza por escolhas que exigem grandes sacrifícios da população, seja porque aumentam a carga tributária seja pela implementação de medidas que restringem a oferta de benefícios, bens e serviços públicos, em razão de cortes de despesas e/ou da realização de reformas estruturais.” (SANTOS; VEIRA, 2018, p. 2305)

Muitos estudiosos criticavam o uso do termo austeridade pelos neoliberais para justificar a moderação do crescimento dos salários ou a diminuição dos gastos públicos no bem-estar da população, no entanto, não se falava em moderação dos lucros. Ou seja, na visão desses autores a austeridade era para os trabalhadores e não alcançava a parte empresarial. (SANTOS; VEIRA, 2018).

Por fim, de modo geral, a frustração da sociedade com os modelos de desenvolvimento adotados após a Segunda Guerra Mundial deve-se a sua incapacidade de promover o bem-estar da população. Mesmo nos países considerados economicamente desenvolvidos é possível observar o crescimento da desigualdade social.

Outro aspecto importante é a orientação de instituições como o FMI (Fundo Monetário Internacional) e o Banco Mundial aos países que recorrem aos seus empréstimos. Na verdade, essas instituições terminam por condicionar a liberação de empréstimos a medidas de austeridade que impactam diretamente nos direitos sociais como saúde, o trabalho, educação, entre outros. (SANTOS; VEIRA, 2018).

2.1 Ampliação do conceito de desenvolvimento

A compreensão do conceito desenvolvimento, em que o crescimento econômico deixa de ser o aspecto fundamental e passa a incorporar outros valores sociais como a promoção da liberdade, do bem-estar e da dignidade dos indivíduos obteve grandes progressos nos estudos de intelectuais na década de 70, entre eles, se destaca Amartya Sen. Em seus estudos o pesquisador buscou ampliar o conceito de desenvolvimento ao integrar outros aspectos importantes na metodologia avaliativa de políticas públicas ou outras ações direcionadas para o desenvolvimento humano.

Sob tal perspectiva, o conceito de desenvolvimento humano ultrapassa o aspecto econômico e está fundamentado na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 na busca de valorização e dignidade das pessoas. Esses estudos ajudaram na reformulação dos indicadores de pobreza, colaborando na criação do chamado “Índice de Desenvolvimento Humano” (IDH) e de seu novo cálculo. Em suas pesquisas o autor introduziu gradações no nível de miséria e que teve como resultado parâmetros mais eficazes em demonstrar o processo econômico que gera a fome. Também se notabilizou por seus estudos em temas como justiça social, desenvolvimento e combate à pobreza. É considerado autoridade mundial na teoria “*da escolha social*” e “*economia do bem-estar*”, e seus trabalhos têm influenciado a análise de programas desenvolvidos por organismos internacionais como a ONU e o Banco Mundial.

Em sintonia com os estudos de Amartya Sen (2010), este trabalho procura demonstrar que o desenvolvimento pode ser visto como um processo de expansão das liberdades reais para aquelas pessoas que usufruem dessa situação. O trabalho do autor vai de encontro aos estudos que identificam de maneira restrita o desenvolvimento com o crescimento do Produto Interno Bruto (PIB), aumento das rendas das famílias; processo de industrialização; avanço tecnológico ou com a modernização social.

No entanto, o autor não nega que estas premissas contribuem consideravelmente para expandir a liberdade humana. Contudo, estas determinantes são “meios” para a expansão das liberdades, sendo que outros fatores como serviços de educação e saúde e os direitos civis desempenham um papel extremamente relevante nesse processo.

Nessa Perspectiva, o desenvolvimento não é apenas o crescimento do PIB e/ou aumento da renda das pessoas. (OLIVEIRA, 2002) Contudo, o crescimento é um fator importante para o desenvolvimento, mas é preciso que esse crescimento tenha como foco a população e seja de qualidade. Por isso compreende-se que no crescimento a mudança é quantitativa e no desenvolvimento a mudança é qualitativa.

Para Demo (1994), é ainda comum a alegação de que crescimento está relacionado apenas com o fenômeno econômico e que o termo “desenvolvimento” ocorre quando este está comprometido com o social. Para o autor esta percepção continua sendo válida, no entanto, “a questão do desenvolvimento ganhou dimensões bem mais múltiplas e matizadas.” (DEMO, 1994, p. 99).

O desenvolvimento não está relacionado exclusivamente à questão econômica, mas está intimamente ligado ao papel que a liberdade exerce na expansão das perspectivas política, social e econômica. Essas questões são meios para se atingir um fim que é a melhoria de vida das pessoas. Ou seja, a expansão da liberdade é vista como principal fim e meio do desenvolvimento. “As liberdades não são apenas os fins primordiais do desenvolvimento, mas também os meios principais” (SEN, 2010, p. 25).

Nesse contexto, o processo de desenvolvimento necessita que as barreiras que impactam negativamente na liberdade como pobreza, tirania, ausência de oportunidades econômicas, serviços públicos precários sejam combatidos por meio de políticas públicas. “Se a desigualdade social tem origem histórica, e, por decorrência, suprimível na história, desde que se atue sobre sua causa” (DEMO, 1994, p. 15).

Desta forma, em situações onde as pessoas não podem fazer suas escolhas também não se tem liberdade. Então a alternativa é buscar detectar os obstáculos e propor medidas de correção. Ademais, os estudos demonstram que existe uma inter-relação entre privação de liberdade econômica e privação de liberdade social ao salientar que a falta de uma pode resultar na falta da outra. Assim, quem não desfruta de liberdade econômica, possivelmente carece também de liberdade social e o grau de liberdade social pode ser fator imprescindível para o alcance da liberdade econômica. (SEN, 2010).

Nas reflexões Senianas a pobreza, a desigualdade e o desemprego devem ser vistos como privação das capacidades básicas e não apenas como baixa renda e que podem refletir nas mortes prematuras, subnutrição, analfabetismo, entre outras deficiências como perda de autonomia, de autoconfiança e de saúde física e psicológica. E mais, a ausência de oportunidades econômicas pode ter o efeito de restringir a expansão das liberdades. Diz ainda,

Às vezes a ausência de liberdades substantivas relaciona-se diretamente com a pobreza econômica, que rouba das pessoas a liberdade de saciar a fome, de obter uma nutrição satisfatória ou remédios para doenças tratáveis, a oportunidade de vestir-se ou morar de modo apropriado, de ter acesso a água tratada ou saneamento básico. (SEN, 2010, p. 17).

Ademais, a compreensão do papel das capacidades humanas deve ser considerada observando sua relevância direta para o bem-estar e a liberdade das pessoas e indiretamente, sua influência para a mudança social, bem como para a produção econômica (SEN, 2010).

Analogamente, a oferta de educação pública, saúde, oportunidades de emprego podem ser mais igualitária e mais eficaz. “O que as pessoas conseguem positivamente realizar é influenciado por oportunidades econômicas, liberdades políticas, poderes sociais e por condições habilitadoras como boa saúde, educação básica e incentivo” (SEN, 2010, p. 18).

Nos dizeres de Sen (2010) a expansão da liberdade é considerada o fim primordial e o principal meio do desenvolvimento. Por isso essa liberdade pode assumir dois papéis: o “*papel constitutivo*” e o “*papel instrumental*” da liberdade no desenvolvimento.

O papel constitutivo está relacionado as capacidades elementares da vida humana como ter condições de evitar privações como fome, subnutrição, morbidez evitável, morte prematura, bem como liberdades associadas a educação, a participação política, a liberdade de expressão etc. Já o papel instrumental está relacionado ao modo como diferentes tipos de direitos e oportunidades contribuem para a expansão da liberdade humana em geral e que resulta na promoção do desenvolvimento.

Nessa abordagem o autor relaciona cinco tipos distintos de liberdade sob uma perspectiva “instrumental” e considera que cada um desses tipos contribui na promoção das capacidades individuais de uma pessoa e tem o efeito se complementar mutuamente. São elas: “*liberdades políticas*”, “*facilidades econômicas*”; “*oportunidades sociais*”; “*garantias de transparência e segurança protetora*”. Essas capacidades sofrem influência de políticas públicas instituídas, sendo que ao mesmo tempo, a implementação dessas políticas e seu alcance dependem do grau participativo da sociedade. Para melhor compreensão, cada tipo de liberdade será melhor explicitado.

As “*liberdades políticas*”, também denominadas de direitos civis, referem-se a possibilidade de escolher seus governantes, de fiscalizar e criticar autoridades, de poder dispor de uma imprensa sem censura, etc.” (SEN, 2010).

As “*facilidades econômicas*” estão associadas com as oportunidades que as pessoas têm para utilizar os recursos econômicos, seja para o consumo, a produção ou a troca de produtos. “A perda de liberdade pela ausência de escolha de emprego e pela forma de trabalho tirânica pode ser, em si, uma privação fundamental” (SEN, 2010).

As “*oportunidades sociais*” estão vinculadas ao acesso da sociedade nas áreas de educação, saúde, lazer, seguridade social, etc., e que influenciam na qualidade de vida das pessoas. Ou seja, a criação de oportunidades social traz como resultado inicial melhorias nas

capacidades humanas e que conseqüentemente, irá influenciar nas habilidades produtivas das pessoas, refletindo no crescimento econômico como um todo.

As “*garantias de transparência*” asseguram a clareza e o conhecimento dos atos. Também podem atuar como inibidores da corrupção, da irresponsabilidade financeira e de transações ilícitas. Transparência é, portanto, fundamental, haja vista que “a influência política visando ganho econômico é um fenômeno muito real neste mundo em que vivemos” (SEN, 2010).

A “*segurança protetora*” diz respeito aos dispositivos institucionais (políticas públicas) como benefícios aos desempregados, suplementos de renda, distribuição de alimentos ou criação de empregos públicos para gerar renda aos necessitados. Ela é necessária para assegurar uma rede de segurança social e evitar que populações afetadas por situações extremas sofram impactos irreversíveis como a fome e a morte de pessoas (SEN, 2010).

Cabe salientar que Amartya Sen tem como característica principal em suas obras demonstrar o incômodo com as desigualdades sociais no mundo. Esta característica ganha mais relevância em sua obra intitulada “*Desigualdade Reexaminada*” na qual o autor aponta inicialmente duas questões centrais para a análise ética da igualdade: 1) *Por que a igualdade?* e 2) *Igualdade de quê?* (SEN, 2012). O autor considera que são questões distintas, mas que são interdependentes.

Nessa perspectiva, Sen (2012) destaca que questões relacionadas a ideia de igualdade é “contrariada pela diversidade de dois tipos distintos: 1) a heterogeneidade básica dos seres humanos, e 2) a multiplicidade de variáveis em cujos termos a igualdade pode ser julgada.” (SEN, 2012, p. 44). Para o autor, “os seres humanos são profundamente diversos tanto em características externas, (por exemplo, o ambiente em que vivemos, a renda) como por características pessoais (sexo, idade, aptidão física e mental, propensão a doença, etc)”. (SEN, 2012, p. 29). No entanto, as vantagens e desvantagens de cada pessoa no tocante a essa multiplicidade de variáveis devem ser consideradas na análise da desigualdade.

Dessa forma “as existências da igualdade em diferentes espaços não coincidem precisamente porque os seres humanos são diversos” (SEN, 2012, p. 201). Neste caso, a título de exemplo um defensor da democracia, ou da igualdade de renda pode ter diferentes prioridades, no entanto, cada um almeja a igualdade na variável que considera importante. Estas variações interpessoais muitas vezes não são consideradas haja vista que isto demandaria um tratamento desigual em favor dos que se encontram em desvantagem

Em outra obra de destaque, Amartya Sen em parceria com Bernardo Kliksberg apontam o “assustador” crescimento da desigualdade verificada nas últimas décadas. “As preocupantes

desigualdades incluem disparidades na riqueza e também assimetrias brutais no poder e nas oportunidades políticas, sociais e econômicas” (SEN; KLIKSBURG, 2010, p. 23).

A primeira parte da obra traz os estudos de Amartya no tocante a temas como globalização, exclusão e inclusão, democracia e questões climáticas. Para o autor, apesar dos avanços tecnológicos esse fato não se refletiu na diminuição da desigualdade, pelo contrário, a tecnologia, apesar de contribuir para o aumento na produtividade de alimentos, milhares de pessoas ainda passam fome e sede (SEN; KLIKSBURG, 2010).

Outro ponto tratado pelo autor é a equidade na saúde, e que esta não deve ser tratada isoladamente, pelo contrário, deve estar “em sintonia com a questão mais ampla da justiça social, incluindo a distribuição econômica...” (SEN; KLIKSBURG, 2010, p. 74). No entanto, a equidade a saúde não se resume apenas ao acesso a saúde ou aos serviços de saúde disponíveis, é importante considerar o tema como entre os mais importantes da justiça social

Não se pode ignorar o papel da saúde na vida das pessoas, que também significa liberdade, no sentido de que uma pessoa saudável está apta a fazer suas escolhas. Por outro lado, a ocorrência de doenças evitáveis, relacionadas com as condições de pobreza, falta de saneamento, ausência de políticas públicas de prevenção, entre outros fatores, têm impacto negativo para a justiça social (SEN; KLIKSBURG, 2010). Argumentam estes autores que:

O fato de que a saúde é central em nosso bem-estar precisa ser enfatizado, bem como o reconhecimento igualmente básico de que as liberdades e possibilidades que somos capazes de enxergar dependem de nossas realizações da saúde. O fato é que não somos capazes de fazer muita coisa se estamos incapacitados ou somos incessantemente atormentados pela doença, e podemos fazer de fato muito pouco se não estamos vivos.” (SEN; KLIKSBURG, 2010, p. 85).

Aprofundando o debate, os autores apresentam a América Latina como a região mais desigual do planeta e relatam os impactos de se viver em uma sociedade de contrastes tão profundos. Em seus argumentos os pesquisadores demonstraram que os índices usuais utilizados para mensurar o desenvolvimento como taxas de crescimento anual, Produto Interno Bruto *per capita*, baixo níveis de inflação que normalmente são indicadores de progresso, não conseguiram refletir a deteriorização nas bases econômicas. Os níveis de desigualdade cresceram e aumentou o contingente de pessoas excluídas (SEN; KLIKSBURG, 2010).

As discrepâncias identificadas fortaleceram a necessidade de que as novas dimensões apresentadas por Amartya Sen (2010) fossem observadas ao se avaliar se uma sociedade está de fato progredindo ou não. Para tanto, além dos indicadores usuais relatados anteriormente,

deve-se considerar outros aspectos como desenvolvimento social, ambiental, acesso a cultura, liberdades, democracia, entre outros.

Corroborando este entendimento, Demo (1994) diz:

Esta discussão sinaliza concepção mais atualizada de desenvolvimento, que a ONU acabou definindo como questão de oportunidade. Primeiro, desenvolvimento é visto de modo interdisciplinar e matricial, onde todos os componentes guardam sua importância própria, mas num todo interligado. Em vez de setores (educação, saúde, economia, energia etc.), são destacados problemas ou desafios do desenvolvimento, para cujo enfrentamento desenha-se uma matriz de ação articulada.

Segundo, aceita-se um rol de componentes estratégicos do desenvolvimento, entre eles: econômico, tecnológico, social, ambiental, político, institucional etc. Se a meta do desenvolvimento for o atingimento de uma sociedade mais justa e habitável, pelo menos mais tolerável, é necessário atuar sobre tais estratégias em bloco.

Terceiro, fala-se hoje muito de “desenvolvimento estratégico” para significar que, ao enfrentar desafio tão complexo e exigente, é essencial termos noção do que seria prioritário e mais decisivo. (DEMO, 1994, p. 104).

Como resultado, uma nova maneira de se pensar em desenvolvimento, diferente do convencional ou usual, tem sido apresentada para se avaliar o desempenho nacional, atribuindo-se outro significado ao peso dos recursos humanos no tocante aos avanços tecnológicos, graus de competitividade e de crescimento.

Não obstante, as principais diferenças observadas de desempenho nacional tem sido associada a “qualidade da população” de um país que tem como característica fundamental o nível de educação e de saúde de sua população (SEN; KLIKSBERG, 2010). As duas dimensões de desenvolvimento, educação e saúde, são fortemente dependentes uma da outra e ao mesmo tempo tem se revelado impulsora do desenvolvimento. Pesquisas demonstram que “a acumulação de capitais em ambas as dimensões mostrou-se uma alavanca-chave do desenvolvimento nas economias consideradas mais bem-sucedidas como a nórdica e algumas do Sudeste Asiático” (SEN; KLIKSBERG, 2010, p. 141). Neste caso, os avanços na saúde e na educação foram fundamentais para o desenvolvimento de suas economias.

Por outro lado, os elevados níveis de desigualdades existentes no Brasil relatados nos estudos de Sen e Kliksberg (2010), impactam fortemente em outras dimensões como educação, saúde, renda, serviços públicos, participação política, trabalho, entre outras áreas. No entanto, este estudo se limitará em entender os impactos da política de saúde pública e as estratégias adotadas para enfrentar as possíveis deficiências no Brasil. “A forma como uma sociedade trata de seus membros nessa área essencial é um “indicador de choque” crucial, de em que medida ela está, ou não, realmente avançando” (SEN; KLIKSBERG, 2010, p. 140).

Ainda que o Brasil tenha registrado avanços na saúde pública, os desafios são imensos e isto requer um conjunto de medidas direcionadas para reduzir as disparidades identificadas.

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196 estabelece o papel do Estado no tocante à saúde que assim dispõe: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. (BRASIL, 1988).

O texto constitucional expõe claramente os princípios da universalização e da igualdade nos serviços de saúde pública disponíveis no Brasil. Em outras palavras, isto significa que todos tem direito ao acesso a saúde de maneira igualitária. Posteriormente, outras leis formuladas em consonância com a Constituição, resultaram na criação do SUS – Sistema Único de Saúde.

O SUS é considerado um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo (BRASIL, 1988). Trata-se da concretização de políticas públicas desenhadas para garantir a atenção integral à saúde e o bem-estar social de todos. No entanto, o alcance de seus objetivos depende de múltiplos fatores. Neste caso, o fortalecimento da participação da sociedade civil, a transparência pública e prestação de contas (*accountability*) bem como o combate a corrupção devem estar presente na agenda pública brasileira como mecanismo de aprimoramento da gestão pública.

2.2 Estado e Políticas Públicas

Segundo Dallari (1995) o termo Estado vem do latim “status” que significa estar firme. Nessa concepção pode ser entendido como uma situação permanente de convivência e ligado a uma sociedade política, dotada de certas características. A palavra Estado foi difundida e ganhou prestígio ao aparecer no livro “O Príncipe” escrito por Maquiavel em 1513 (todos os estados, todos os domínios que imperaram e imperam sobre os homens, foram e são ou repúblicas ou principados.) (BOBBIO, 1987; DALLARI, 1995).

Para Bobbio (1987, p.94), o Estado é “um ordenamento jurídico destinado a exercer o poder soberano sobre um dado território, ao qual estão necessariamente subordinados os sujeitos a ele pertencentes.”

Dallari (1995, p.101) conceitua Estado como “a ordem jurídica ou soberana que tem por fim o bem comum de um povo situado em determinado território”. O Estado Democrático tem origem em três movimentos político-sociais: A Revolução Inglesa (Bill of Rights, de 1689); a Revolução Americana (Declaração de Independência das treze colônias americanas, 1776) e a Revolução Francesa (Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão. (DALLARI, 1995).

Os Estados podem ter a forma unitária ou federativa. Estados unitários são aqueles que tem um poder central e são federais quando são constituídos pela junção de vários centros de poder político autônomo. O modelo de Estado Federal nasceu em 1787 com a constituição dos Estados Unidos da América. Esse fato teve origem em 1776 quando treze colônias britânicas declararam-se independentes e cada uma delas tornou-se um novo Estado, mais tarde, esses Estados formaram uma confederação que se converteu em federação, dando origem ao Estado Federal americano (DALLARI, 1995). O autor relata que os constituintes americanos, influenciados por Montesquieu, elaboraram o sistema chamado de “freios e contrapesos”, com os três poderes: Legislativo, Executivo e Judiciário, independentes e harmônicos entre si.

Outro ponto importante do modelo federal é que não existe hierarquia em sua organização, haja vista que cada esfera do poder corresponde uma competência determinada. Não obstante, a competência no Estado Federal está fixada na Constituição Federal, que traz as atribuições da União e das unidades federativas. “A regra, portanto, no Estado Federal é a distribuição de competências, sem hierarquia” (DALLARI, 1995, p. 219). Nesse contexto cada ente federado dispõe de autonomia financeira e o poder político é compartilhado pela União e pelas unidades federadas, no entanto, apenas o Estado Federal tem soberania.

Para Arretche (2001, p.29) “O conceito clássico de Estado federativo, como foi construído pela geração de estudos dos anos 60 e 70, o define como uma forma particular de governo dividido *verticalmente* (entre distintos níveis de governo), de modo que diferentes governos têm autoridade sobre a mesma população e território”

Arretche (2001) acrescenta que ao se comparar o federalismo brasileiro com outras federações contemporâneas, o Brasil e os EUA estão no extremo da escala da expressão *demos-constraining* – onde legisladores que representam menos de 10% do eleitorado podem acarretar problemas para o funcionamento legítimo e eficaz da democracia. Para a autora, “o sistema de composição do Senado brasileiro, semelhante ao do americano, com número equivalente de cadeiras para Estados excepcionalmente diferentes em termos populacionais, garante um excessivo grau de super-representação aos Estados menores” (ARRETCHE, 2001, p. 28).

O Brasil adota como forma de governo a república, que tem como característica a temporariedade do mandato, a eletividade por meio do voto popular e a responsabilidade dos representantes que se configura na obrigatoriedade de prestação de contas dos atos praticados. Todavia, a afirmação de certos valores fundamentais da pessoa, a exigência de organização e funcionamento do Estado para o alcance do bem comum, impõe a escolha dos meios adequados. Nesse contexto, a busca do bem comum para o homem, que deve ser o objetivo primordial das ações do Estado.

2.2.1 Direitos Sociais: origem e evolução

Após o fim da ditadura no Brasil, a partir de 1985 a democracia ganhou relevância e a discussão do fenômeno da cidadania entrou no debate nacional. Considerando a complexidade desse fenômeno, é importante compreender seu significado, evolução histórica e seus reflexos para a busca do bem-estar social.

Segundo Carvalho (2016), fundamentado nos estudos de T.A. Marshall sobre os estudos do direito na Inglaterra, o autor relata que a cidadania inclui várias dimensões, como liberdade, participação e igualdade para todos. Essas dimensões têm servido para mensurar a qualidade da cidadania em cada país. A partir dessa análise, uma cidadania pode ser considerada plena ou incompleta. Considera-se cidadão pleno aquele que é titular de todos esses direitos, ou seja, uma cidadania que combine liberdade, participação e igualdade e que devem ocorrer simultaneamente. Do outro lado, a cidadania incompleta ocorre quando alguns desses direitos não estão presentes.

O autor acima também discorre que é prática comum “desdobrar a cidadania em direitos civis, políticos e sociais” (CARVALHO, 2016, p.15). São considerados direitos civis os direitos fundamentais à vida, a liberdade, à propriedade, à igualdade perante a lei. Estes direitos estão relacionados com a liberdade individual e com a existência da sociedade civil. Os direitos políticos permitem ao cidadão participar da formação do governo de maneira direta ou indireta, seja por meio do voto na escolha de um representante, ou a concorrer a um cargo público (sendo votado). Já os direitos sociais garantem ao cidadão a participação na riqueza coletiva. Deles fazem parte o direito à educação, ao trabalho, a aposentadoria, à saúde, entre outros. Também são esses direitos que podem promover nas sociedades organizadas uma diminuição da desigualdade social e assegurar um mínimo de bem-estar da população para que ocorra a denominada justiça social (CARVALHO, 2016).

Carvalho (2016) destaca os estudos de T.A. Marshall, que apresentou as várias dimensões da cidadania e sua trajetória histórica. Nesses estudos o pesquisador sugeriu que a cidadania se desenvolveu muito lentamente na Inglaterra, iniciando-se no século XVIII com os direitos civis, depois no século XIX surgiram os direitos políticos e por último dos direitos sociais no século XX. Observou-se que ocorreu não apenas uma sequência cronológica em sua origem, mas também ocorreu uma sequência lógica em sua implementação. De maneira prática, ao dispor de direitos civis, esses cidadãos reivindicaram o direito de votar e participar do governo e a partir da representatividade (votar e ser votado). Introduziu-se os direitos sociais, com exceção da educação popular que não seguiu essa sequência lógica. “Ela é definida como

um direito social, mas tem sido, historicamente, um pré-requisito para a expansão dos outros direitos” (CARVALHO, 2016, p.17).

O percurso seguido pela Inglaterra e outros países como França, Alemanha e Estados Unidos não foi o adotado pelo Brasil. Identificou-se aqui pelo menos duas diferenças importantes: primeiro houve maior ênfase nos direitos sociais e depois houve alteração da sequência adotada por outros países, ou seja, os direitos sociais precederam os direitos civis e políticos. (CARVALHO, 2016). “Aqui, primeiro vieram os direitos sociais, nos anos 1930, implantados em período de supressão dos direitos políticos e de redução dos direitos civis por Getúlio Vargas ...” (SOUZA, 2006, p.212).

Com base nos estudos de Carvalho (2016) o quadro a seguir apresenta de maneira sucinta a trajetória dos direitos civis, políticos e sociais, ocorridos em períodos distintos da história do Brasil.

Quadro 03: Trajetória dos direitos civis, políticos e sociais no Brasil

Período	Direitos civis	Direitos políticos	Direitos sociais
1822-1930 (Primeiros passos)	Precários	Houve avanço a partir da Proclamação da República.	Fim da escravidão
1930-1964 (marcha acelerada)	Progrediram lentamente	Instabilidade, alternando entre ditaduras e regimes democráticos.	Avanço dos direitos sociais; Criação do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. Criação da CLT (Consolidação das Leis Trabalhistas)
1964-1985 (Passo atrás, passo adiante)	Cerceamento dos direitos civis, restringidos pela violência estatal.	Cerceamento dos direitos políticos	Expansão dos direitos sociais; Criação do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social); Crescimento econômico e aumento da desigualdade
1985 em diante (A cidadania após a redemocratização)	Direitos civis foram recuperados como liberdade de expressão, de imprensa e de organização. No entanto, houve agravamento no que se refere à segurança individual (violência)	Amplitude dos direitos políticos	Persistência das grandes desigualdades sociais

Fonte: elaboração própria com base nos estudos de Carvalho (2016).

A leitura do quadro indica que desde o primeiro período da nossa história se prolongando até os dias atuais, os direitos sociais não foram plenamente alcançados. Carvalho (2016) destaca que devido a precariedade dos direitos civis e políticos, houve comprometimento na conquista dos direitos sociais. Como exemplo, o autor cita um fato marcante na história do

Brasil que foi a abolição da escravatura, cujos libertos não tiveram acesso à escola, terras, emprego ou qualquer outra assistência por parte do Estado. As consequências disso persistem até os nossos dias, com uma população de pobres constituída em sua maioria por negros que ocupam posição inferior na aferição de indicadores de qualidade de vida (CARVALHO, 2016).

Por fim, o autor argumenta que a garantia de um direito pode não se constituir no acesso pleno a outros direitos. No Brasil a existência dos direitos civis e políticos ainda estão distantes de assegurar a garantia plena aos direitos sociais. Em vista disso, é importante aprofundar o debate sobre os conceitos e evolução de direitos sociais no Brasil.

O marco do avanço dos direitos sociais no Brasil foi a promulgação da Constituição Federal de 1988. Apelidada por muitos como a Constituição Cidadã, promulgada sob um regime democrático, a carta magna ganhou essa denominação por trazer em seu bojo direitos fundamentais e um conjunto de direitos sociais, que traduziam os anseios da sociedade.

Um dos avanços da nova constituição foi a possibilidade de admitir propostas não oriundas do Congresso Nacional, denominadas emendas populares que representam participação cidadã e um estímulo a participação social. É importante destacar que esses avanços foram obtidos a partir da mobilização social, atuação de parlamentares vinculados aos movimentos sindicais e populares e outras organizações da sociedade civil comprometidos com propostas democráticas (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2011; SOUZA, 1997).

No tocante ao fortalecimento da cidadania, os principais avanços da Constituição Federal de 1988 em comparação com outras constituições brasileiras destaca-se: a) ação popular, de esfera ampliada, b) a ação civil pública, c) a iniciativa popular, d) a ampliação da legitimidade para a ação direta de inconstitucionalidade, e) o direito à informação, f) a ampla liberdade de manifestação, de imprensa, entre outros (FERREIRA FILHO, 2005).

Pizzio (2009, p. 189) argumenta que atualmente há na sociedade brasileira uma ênfase significativa na construção de uma nova cidadania. “Uma noção de cidadania que aponta na direção de uma sociedade que se baseia no reconhecimento de seus membros como portadores de direitos.” e entre esses direitos, destacam-se os direitos sociais.

Esses direitos estão expostos no artigo 6º da Constituição Federal de 1988, que após algumas alterações, assim estabelece: “ São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (BRASIL, 2019).

Segundo entendimento de Morais (2012, p.261) alguns direitos sociais, enquanto direitos fundamentais, são cláusulas pétreas. O autor afirma que:

Os direitos sociais caracterizam-se como verdadeiras liberdades positivas, de observância obrigatória em um Estado Social de Direito, tendo por finalidade a melhoria das condições de vida aos hipossuficientes, visando à concretização da igualdade social, que configura um dos fundamentos de nosso Estado Democrático, conforme preleciona o art. 1.º, IV (MORAES, 2003, p. 261).

Com o passar dos anos, esses direitos foram ampliados com a inclusão do direito à moradia, a alimentação e por último ao transporte. São direitos difundidos em todo o texto constitucional e que tem como finalidade a diminuição da desigualdade social e a busca da justiça social para todos.

Desse modo, com os direitos sociais assegurados na Lei Maior, é necessário a concretização desses direitos, assim, cabe ao Poder Executivo traçar estratégias de atuação por meio da implementação de políticas públicas adequadas. Mas afinal o que são políticas públicas?

2.2.2 Políticas Públicas

A Palavra “política” tem origem na palavra “*pólis*”, que pode ser traduzida como um lugar ou arena de decisões sobre a vida em sociedade. Já a palavra “*pública*” refere-se ao interesse precípua dos cidadãos. Desse modo a expressão “*política pública*” pode se referir ao interesse dos cidadãos no tocante às decisões sobre sua vida em sociedade. (BRASIL, 2016).

Antes de apresentar os principais conceitos de políticas públicas, é importante destacar os autores mais referenciados nas revistas americanas, europeia e brasileira nessa área de conhecimento. Segundo Secchi e Zappellini (2016) os autores Paul A. Sabatier, Elinor Ostrom e Bryan D. Jonas são os mais citados nas revistas americanas; na Europa destaca-se Haroldo D. Lasswell, R. A. W. Rhodes, e Mark Bevir e no Brasil Leonardo Avritzer, Jon Elster E Roberto Grün (SECCHI; ZAPPELLINI, 2016).

A análise bibliométrica de Secchi e Zappellini (2016) teve como objetivo demonstrar a concentração/dispersão das referências teóricas e o nível de isolamento/integração das comunidades epistêmicas de políticas públicas do Brasil, EUA e União Europeia. No tocante ao nível de concentração/dispersão os dados demonstraram que a comunidade epistêmica do Brasil possui o maior nível de concentração, com 33,9% das citações entre os autores com mais de 0,2% das referências totais das revistas brasileiras, enquanto que, nas revistas dos EUA é de 11,65% e nas revistas europeias é de 12,96% o nível de concentração.

A pesquisa também revelou que a comunidade epistêmica norte-americana é a mais isolada entre as comunidades estudadas. “Os artigos norte-americanos utilizam 89% de referências domésticas, frente a 45,4% das revistas europeias e 33% nas revistas brasileiras (SECCHI; ZAPPELLINI, 2016, p. 128).

A pesquisa conclui que a área de políticas públicas “na realidade são múltiplas áreas, com múltiplos conceitos, múltiplas agendas de pesquisa, múltiplos autores, múltiplas obras de referências, o que pode ser um reflexo da falta de maturidade deste campo que acaba de completar 60 anos de existência” (SECCHI; ZAPPELLINI, 2016, p. 128). Os autores também destacaram as obras de políticas públicas mais referenciadas nesses países analisados:

Quadro 04 – Obras sobre políticas públicas mais referenciadas e seus autores

Local	Obra	Autoria
EUA	Agendas and instability in American politics	Frank L. Baumgartner e Bryan D. Jones
Europa	Understanding Governance: Policy Networks, Governance, Reflexivity and Accountability.	R.A.W. Rhodes
Brasil	Estado, governo e políticas públicas.	Marcus André Melo
	Desenvolvimento como liberdade	Amartya Sen

Fonte: elaboração própria com base nos estudos de Secchi e Zappellini, 2016.

Souza (2006) em seus estudos ressalta que as últimas décadas registraram o ressurgimento da importância do campo de conhecimento designado de Políticas Públicas, como também, das instituições, regras e modelo no tocante à decisão, elaboração, implementação e avaliação dessas políticas. Na visão da autora, “entender a origem e a ontologia de uma área do conhecimento é importante para melhor compreender seus desdobramentos, sua trajetória e suas perspectivas” (SOUZA, 2006, p. 21).

Destarte, a Política Pública como disciplina acadêmica nasce nos EUA, desvinculada de bases teóricas relacionadas as funções do Estado, mas em estudos relacionados ao modo de ação dos governos. Enquanto na Europa os estudos estavam concentrados na análise dos Estados e suas instituições, no mundo acadêmico os estudos de Políticas Públicas ocorreram como um desdobramento desses trabalhos sobre o papel do Estado (AMORIM ; BOULLOSA, 2013; ARAÚJO; RODRIGUES, 2017; SECCHI; ZAPPELLINI, 2016; SOUZA, 2006).

No entendimento de Souza (2006) três fatores que contribuíram para essa área de conhecimento: 1) Políticas restritivas de gastos, especialmente nos países em desenvolvimento; 2) Novas visões sobre o papel dos governos em substituição às políticas keynesianas do pós-guerra; 3) Democracias recentes ou recém-democratizadas, particularmente na América Latina

(SOUZA, 2006). E mais, a autora diz que em democracias estáveis, aquilo que o governo faz ou deixa de fazer é possível de ser formulado cientificamente e, também, pode ser analisado por pesquisadores independentes, e que essas premissas fortaleceram a constituição e a consolidação dos estudos na área. Souza (2006) também afirma:

(...) A trajetória da disciplina, que nasce como subárea da ciência política, abre o terceiro grande caminho trilhado pela ciência política norte-americana no que se refere ao estudo do mundo público. O primeiro, seguindo a tradição de Madison, cético da natureza humana, focalizava o estudo das instituições, consideradas fundamentais para limitar a tirania e as paixões inerentes à natureza humana. O segundo caminho seguiu a tradição de Paine e Tocqueville, que viam, nas organizações locais, a virtude cívica para promover o “bom governo”. O terceiro caminho foi o das políticas públicas como um ramo da ciência política para entender como e por que os governos optam por determinadas ações. (SOUZA, 2006, p. 22).

Nesse sentido, Amorim e Boullosa (2013) relatam que a partir dos estudos do cientista político Harold Laswell em 1930 buscava demonstrar a importância de compreender as ações do governo fora da disciplina de ciências políticas, a partir de diferentes áreas do conhecimento “Para entender tais ações, segundo Lasswell (1950), seria necessária a contribuição de diferentes áreas do conhecimento, revelando, portanto, sua natureza multidisciplinar” (AMORIM; BOULLOSA, 2013, p. 2).

Estudos apontam que a introdução da política pública como ferramenta utilizada para as decisões do governo ocorreu no período da Guerra Fria, onde houve também uma valorização da tecnocracia como forma de amenizar as consequências desse embate. No entanto, pesquisadores declaram que grande parte da literatura considera quatro grandes “pais” ou fundadores da área: **H. Laswell** (introduziu em 1936 a expressão *policy analysis* ou análise de política, como forma de conciliar e estabelecer diálogo com os estudos científicos/acadêmicos com a produção governamental e com grupos de interesse); **H. Simon**, (introduziu o conceito de racionalidade limitada dos decisores públicos ou *policy makers*; **C. Lindblom** (1959, 1979 – questionou a ênfase no racionalismo de Laswell e Simon e apresentou outras variáveis na análise das políticas públicas como relações de poder, burocracias, partidos e grupos de interesse) e por último, **D. Eston** (1965 – definiu Políticas Públicas como um sistema que sofre influência dos partidos, da mídia de grupos de interesses e que vão impactar na formulação, resultados e seus efeitos). (ARAÚJO; RODRIGUES, 2017; SOUZA, 2006)

Mas afinal o que são políticas públicas? Souza (2006) afirma que não existe uma única ou melhor definição sobre o tema. No entanto a pesquisadora apresenta algumas definições:

Quadro 05- Algumas definições de Políticas Públicas

Autor	Definições
L. M. Mead (1995)	Define como um campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas.
L. E. Lynn (1980)	Conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos.
B.G Peter (1986)	Política é a soma das atividades dos governos que agem diretamente ou através de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos.
Tomas D. Dye (1984)	Sintetiza a definição de política pública como “o que o governo escolhe fazer ou não fazer.”
H. D. Laswell (1958)	Definição mais conhecida. Decisões e análises sobre política pública implicam responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por quê e que diferença faz.

Fonte: elaboração própria com base nos estudos de Souza (2006, p. 24)

De acordo com Souza (2016) a definição mais conhecida continua sendo a de Laswell, em que argumenta que decisões e análise sobre política pública implicam responder as seguintes questões. *Quem ganha o quê, por quê e que diferença faz.* Segundo a autora “pode-se então, resumir política pública como o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo. “colocar o governo em ação” e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente)” (SOUZA, 2006, p. 26).

A autora acrescenta que a formulação de políticas públicas em governos democráticos representa seus propósitos e plataformas eleitorais que se concretizam em ações que produziram resultados para a sociedade. De fato, as políticas públicas tanto influenciam como sofrem influência de valores e ideias que norteiam a relação entre Estado e sociedade.

Amorim e Boullosa (2013) sustentam que uma revisão da literatura sobre os conceitos de políticas públicas revela que não existe um consenso sobre o tema, existindo na verdade uma multiplicidade de definições e conceitos construídos a partir de análises de diversos pesquisadores. “Tal pluralidade é resultado da multidisciplinaridade presente no processo de constituição do campo de estudos de políticas públicas, que contou com aportes de diferentes disciplinas, como as ciências políticas, a economia, a sociologia, a administração pública e a teoria das organizações” (AMORIM; BOULLOSA, 2013, p. 61).

Na visão de Saraiva e Ferrarezi (2006) as definições de políticas públicas dos dicionários de ciência política, encontram-se os seguintes componentes comuns:

- a) Institucional: a política é elaborada ou decidida por autoridade formal legalmente constituída no âmbito de sua competência e é coletivamente vinculante;

- b) Decisório: a política é um conjunto-sequência de decisões, relativo à escolha de fins e/ou meios, de longo ou curto alcance, numa situação específica e como resposta a problemas e necessidades;
- c) Comportamental: implica ação ou inação, fazer ou não fazer nada; mas uma política é, acima de tudo, um curso de ação e não apenas uma decisão singular;
- d) Causal: são os produtos das ações que têm afeitos no sistema político e social. (SARAVIA; FERRAREZI, 2006, p. 31)

As abordagens mais tradicionais presentes na literatura brasileira geralmente vinculam as políticas públicas às ações e decisões de governo, sendo que essas ações têm por objetivo tratar problemas em áreas como educação, saúde, transporte, trabalho, moradia, segurança, lazer, entre outras (AUGUSTO, 1989; AMORIM; BOULLOSA, 2013).

Nessa perspectiva, Arretche (2003) argumenta que houve um crescimento no meio acadêmico em estudar a área de políticas públicas no Brasil. Para a autora, tal fato pode ser confirmado pelo número de dissertações e teses nos programas de pós-graduação que tratam das políticas governamentais, além de linhas de pesquisas e financiamentos voltadas para esse campo de conhecimento (ARRETCHÉ, 2003).

Nesses estudos, busca-se compreender o funcionamento dessas políticas, com os seguintes questionamentos: Como são conhecidos os problemas e como eles entram na agenda política? Quais são as soluções formuladas, como e por quê? Que decisões são tomadas, por quem, como e por quê? Como são concretizadas as políticas públicas e por quem? Quais os resultados e impactos das decisões? (ARAÚJO; RODRIGUES, 2017).

A seguir, apresentamos tipologias ou modelos explicativos de políticas públicas. Esses modelos procuram demonstrar como e por que o governo faz ou deixa de fazer determinadas ações, ou seja, esses modelos contribuem para compreender a origem dos problemas, bem como o processo das políticas públicas (ARAÚJO; RODRIGUES, 2017; SOUZA, 2006). Cabe esclarecer que muitos modelos teóricos foram desenvolvidos, no entanto, serão abordados os modelos apresentados por Souza (2006):

2.2.2.1 Tipos de Políticas Públicas

Souza (2016), apresenta os estudos de Thodor Lowi (1964:1972), responsável pela elaboração da tipologia de políticas públicas mais difundidas: 1) Políticas distributivas – decisões de governo que desconsideram a limitação de recursos e que gera mais impactos individuais do que universais. Pode-se privilegiar determinados grupos ou regiões em detrimento de outros. 2) Políticas regulatórias – são mais perceptíveis para a população e podem

envolver burocratas, políticos e grupos de interesses. 3) Políticas redistributivas – pode resultar em perdas reais a curto prazo a determinados grupos sociais e geralmente impactam em maior número de pessoas. 4) Políticas constitutivas – estão relacionadas com procedimentos do governo.

Souza (2006), traz também a tipologia do Incrementalismo desenvolvida por Lindblom (1979), Caiden e Wildavsky (1980) e Wildavsky (1992). Para esses autores os recursos governamentais para execução de programa, órgão ou de determinada política pública são influenciadas por decisões marginais e incrementais que muitas vezes desconsideram mudanças políticas ou mudanças substantivas nos programas públicos. Dessa forma os autores acreditam que elas não partem do zero. A visão do incrementalismo é que muitas decisões tomadas no passado podem impactar nas decisões futuras e limitar a capacidade dos governos na tentativa de mudar ou reverter as políticas públicas anteriormente adotadas.

Outra tipologia denominada de ciclo da política pública ou modelo sequencial considera como sendo um ciclo deliberativo, composto por várias etapas em um processo dinâmico e de aprendizagem. De acordo com a literatura, pesquisadores identificaram várias etapas, fases ou sequência do ciclo da política pública, no entanto, quatro etapas são comuns nesses estudos: *definição do problema e agendamento; formulação das medidas de política e legitimação da decisão; implementação e avaliação*. (ARAÚJO; RODRIGUES, 2017; SOUZA, 2006). Essas etapas foram sintetizadas pelas autoras Araujo e Rodrigues (2017) da seguinte forma:

- definição do problema e agendamento, relativos ao contexto e ao processo de emergência das políticas públicas — percepção de um problema como problema político —, ao debate público sobre as suas causas e à entrada do problema na agenda política;
- formulação das medidas de política e legitimação da decisão, relativas ao processo de decisão e de elaboração de argumentos explicativos da ação política, de desenho de objetivos e de estratégias de solução do problema, de escolha de alternativas, bem como de mobilização das bases de apoio político;
- implementação, relativa aos processos de provisionamento de recursos institucionais, organizacionais, burocráticos e financeiros para a concretização das medidas de política;
- avaliação e mudança, relativas aos processos de acompanhamento e avaliação dos programas de ação e das políticas públicas, com o objetivo de aferir os seus efeitos e impactos, a distância em relação aos objetivos e metas estabelecidos, a eficiência e eficácia da intervenção pública, os processos de modifica a ação dos objetivos e dos meios políticos decorrentes de novas informações, de alterações no contexto de espaço e de tempo, a partir dos quais (por efeito de feedback) se inicia um novo ciclo político em que as etapas se repetem. (ARAÚJO; RODRIGUES, 2017, p. 19).

De acordo com as autoras, o modelo sequencial ou do ciclo político tem sido criticado por muitos estudiosos, especialmente por ter como base uma metodologia “muito restrita e por

criar uma visão artificial do processo político” (ARAÚJO; RODRIGUES, 2017, p. 19). Como exemplo, as autoras apresentam os argumentos dos seguintes autores:

Parsons (1995, p.79-80) argumenta que o modelo do ciclo político não é um modelo causal, que não pode ser empiricamente testado e que privilegia uma análise *top-down* do processo político, ignorando os diferentes níveis de decisão e a diversidade de atores intervenientes no processo, ignorando assim os múltiplos níveis de decisão e de ciclos.

John Kingdon (2011, p.205) critica o modelo das etapas, por entender que o processo político não decorre ordenadamente, em fases; argumenta que o agendamento não ocorre em primeiro lugar, gerando posteriormente alternativas. Pelo contrário, o autor sugere que alternativas são defendidas e analisadas durante todo tempo, antes que surja uma oportunidade de compor a agenda.

Também Paul Sabatier (2007, p.7) critica a abordagem, por não identificar o conjunto de causalidades que norteia o processo político, por ser imprecisa, normativa, simplificadora e marcadamente *top-down*, focando a sua atenção num único ciclo e desconsiderando as dinâmicas decorrentes das interações entre múltiplos ciclos, que envolvem diferentes propostas de solução, diferentes atores e múltiplos níveis de decisão.

Mesmo com as variadas críticas, esse modelo tem sido considerado o ponto de partida para diversas abordagens e enquadramentos teóricos na análise de políticas públicas. É considerado um modelo heurístico por servir para descoberta ou investigação de fatos relacionados a essas políticas públicas, todavia, deve-se ser utilizado com parcimônia e como facilitador da compreensão do processo político (ARAÚJO; RODRIGUES, 2017; LIMA; D'ASCENZI, 2014).

Na visão de Lima e D'Ascenzi (2014) o modelo sequencial ou ciclo da política pública é uma ferramenta analítica que apresenta a política pública em três etapas: a formulação (que está relacionado ao processo de definição e escolha dos problemas para atuação governamental ou propostas de solução e/ou tomada de decisão); a implementação que se refere a concretização das ações tomadas na fase anterior); e a avaliação que se traduz em analisar os impactos provocados por determinada política pública.

O modelo *garbage can* ou “lata de lixo”, foi desenvolvido por Cohen, March e Olsen (1972) está relacionado com as escolhas das políticas públicas. Essa tipologia tem como característica principal a limitação para a compreensão e solução dos problemas, ou seja, existem muitos problemas e poucas soluções sendo que essas soluções não são detidamente analisadas (SOUZA, 2006).

O modelo de Coalizão de defesa (*advocacy coalition*) formulado por Sabatier e Jenkins-Smith (1993) vai de encontro com os modelos ciclo da política pública e *garbage can*. Resumidamente, os autores consideram que outras variáveis como crenças, valores, ideais são dimensões importantes e que podem influenciar na mudança das políticas públicas (SOUZA, 2006)

A tipologia denominada de Arenas Sociais tem como característica surgir a partir dos chamados empreendedores políticos. Utilizam como ferramenta para advertir a administração pública (*policy makers*), estratégias como a divulgação de indicadores; eventos ou desastre que sinalizam a repetição do problema e o *feedback* ou informações que apontam as falhas ou os baixos resultados da política atual. “Esses empreendedores constituem a *policy community*, comunidade de especialistas, pessoas que estão dispostas a investir recursos variados esperando um retorno futuro, dado por uma política pública que favoreça suas demandas” (SOUZA, 2006, p. 32).

Criado por Baumgartner e Jones (1993) o modelo denominado “equilíbrio interrompido” (*punctuated equilibrium*) permite entender as alterações no sistema político que pode agir de forma incremental ou adotar mudanças drásticas nas políticas públicas. É baseado em noções da biologia e computação, sendo imprescindível que por meio da mídia, ocorra a construção da imagem de determinada decisão ou política (*policy image*) que servirá para apoiar ou dar credibilidade ao objetivo pretendido (SOUZA, 2006).

Por fim, surgiram os modelos influenciados pelo “novo gerencialismo” público e pelo ajuste fiscal, que são novos formatos de políticas públicas adotados por vários governos que tem como característica a busca da eficiência face a política fiscal restritiva de gasto (SOUZA, 2006).

Considerando os conceitos e diversos modelos de políticas públicas, Souza (2006) apresenta uma síntese dos principais elementos desse campo de conhecimento. Quais sejam:

A política pública permite distinguir entre o que o governo pretende fazer e o que, de fato, faz.

A política pública envolve vários atores e níveis de decisão, embora seja materializada através dos governos, e não necessariamente se restringe a participantes formais, já que os informais são também importantes.

A política pública é abrangente e não se limita a leis e regras.

A política pública é uma ação intencional, com objetivos a serem alcançados.

A política pública, embora tenha impactos no curto prazo, é uma política de longo prazo.

A política pública envolve processos subsequentes após sua decisão e proposição, ou seja, implica também implementação, execução e avaliação.” (SOUZA, 2006, p. 36)

Dessa forma, as políticas públicas entraram para o centro dos debates políticos especialmente devido aos seus custos e os benefícios sociais proporcionados. Nesse contexto, o Estado ao organizar a sociedade atua de forma intervencionista seja na vida econômica, social ou política da população. Nesse processo, considerando a adoção do modelo de federação tridimensional do Estado brasileiro, que representa três níveis de poder (federal, estadual e municipal), com competências próprias e autonomia político-administrativa é importante compreender o processo implementação das políticas públicas bem como os possíveis fatores que interferem nesse processo (DIEGUES, 2012).

Como em outras áreas do conhecimento, diversas abordagens procuram demonstrar como as políticas públicas são formuladas e executadas, os atores envolvidos e o que considerar na análise, como resultado, as respostas são variadas e trazem a percepção do pesquisador e suas referências teóricas.

2.2.2.2 Abordagem metodológica em políticas públicas: construção; formulação; implementação e avaliação.

Os estudos de Viana (2006) que trazem abordagens metodológicas em políticas públicas, apresentam as fases ou etapas dessas políticas, quais sejam: Construção da agenda; Formulação; Implementação e Avaliação de Políticas Públicas. Essas fases serão abordadas de maneira sucinta, apresentando também outros estudos desse tema.

a) Construção da agenda

Conforme Viana (2006) “a agenda é definida como o espaço de constituição da lista de problemas ou assuntos que chama a atenção do governo e dos cidadãos (VIANA, 1996, p. 7). Nesse sentido, a autora apresenta os fatores que influenciam na construção dessa agenda: os participantes ativos (atores governamentais e não governamentais) e os processos pelos quais algumas alternativas ou itens ganham destaque (eventos ou crises, influência política, entre outros)

b) Formulação de Políticas

O processo de formulação está relacionado aos objetivos e estratégia definidos na estrutura normativa. Todavia, é importante que os formuladores determinem de forma transparente os requisitos e as especificidades que deverão ser observadas no processo de implementação. “Regras claras, compreensíveis e específicas visam permitir a difusão do plano e minimizar a discricão, considerada uma distorção da autoridade governamental” (LIMA; D’ASCENZI, 2014, p. 53).

Nessa linha, Hill (2006) elenca os conselhos clássicos para altos formuladores de políticas, no sentido de assegurar uma implementação mais próxima do desenho original, quais sejam:

- manter a política clara, não ambígua;
- planejar estruturas simples de implementação, com o menor número possível de elos na cadeia de implementação;
- manter controle efetivo sobre os atores da implementação;
- evitar interferências externas sobre o processo político. (HILL, 2006, p. 66).

Hill (2006) sustenta que a distinção entre formuladores e implementadores de políticas tem sido enfatizada na literatura por pesquisadores que adotam o modelo de etapas, contudo, a ênfase no processo de implementação como sendo distinto do processo de formulação tem provocado diferenças exageradas.

Já Lima e D’Ascenzi (2014) apontam que “o processo de formulação seria permeado pela lógica da atividade política, e a implementação estaria no âmbito da prática administrativa” (LIMA; D’ASCENZI, 2014, p. 53).

c) Implementação

“A implementação pode ser entendida como o conjunto de atividades pelas quais se pretende que esses objetivos, tidos como desejáveis, sejam alcançados” (MARTES *et al.*, 1999, p. 108).

Por outro lado, o processo de implementação efetiva perpassa por relações complexas entre os agentes formuladores e os agentes implementadores que podem estar situados em níveis de poder diferentes (estadual, municipal), em um ambiente em contínua transformação que inevitavelmente trará impactos independente da vontade dos implementadores.

Na prática, governos estaduais e municipais podem adotar uma agenda própria nem sempre coincidente com a agenda do executivo federal. Todavia, o federalismo brasileiro

permite que relações verticais sejam estabelecidas entre a União, estados e municípios bem como dos estados com seus respectivos municípios. Esse modo de relacionamento são características da independência e da autonomia política e administrativa do modelo federal brasileiro. Segundo Arretche (2004, p.20) “em tese, as garantias constitucionais do Estado federativo permitem que os governos locais estabeleçam sua própria agenda na área social”. A autora diz que:

A autonomia política e fiscal dos governos estaduais e municipais permite que estes adotem uma agenda própria, independente da agenda do Executivo federal. As relações verticais na federação brasileira – do governo federal com Estados e municípios e dos governos estaduais com seus respectivos municípios – são caracterizadas pela independência, pois Estados e municípios são entes federativos autônomos. Em tese, as garantias constitucionais do Estado federativo permitem que os governos locais estabeleçam sua própria agenda na área social. (ARRETCHÉ, 2004, p. 20).

Por conseguinte, também pode haver coincidência nos objetivos dos formuladores e implementadores de determinada política, mas por conta de outras variáveis como capacidade fiscal, administrativa ou mesmo de ordem política não seja possível realizar os objetivos previstos (MARTES, *et al.*, 1999).

Sob esse viés, os implementadores detêm maior autonomia para atuar segundo suas próprias referências, ou seja, na implementação de programa públicos cabe a esses implementadores definir sua natureza, quantidade e qualidade dos bens a serem ofertados a população. “Nestas circunstâncias, para obter adesão e “obediência” (*compliance*) aos objetivos e ao desenho do programa, a autoridade central deve ser capaz de desenvolver uma bem-sucedida estratégia de incentivos” (MARTES, *et al.*, 1999, p. 112). Desse modo, cabe aos formuladores construir um modelo de implementação que deverá abarcar uma adequada estrutura de incentivos direcionadas para os agentes responsáveis pela execução, ou seja, um processo de implementação exitoso depende de um contexto de cooperação entre as partes envolvidas.

d) Avaliação de Políticas Públicas

A avaliação das políticas públicas tem demonstrado que dificilmente se consegue implementar essas políticas conforme originalmente planejado. Conforme já relatado, diversos fatores podem impactar nesse processo, no entanto, ao se avaliar, pode ser observada necessidade de ajustes, aperfeiçoamento ou mesmo substituição de programa.

Todavia, a literatura aponta que assim como ocorre no conceito de política pública, não existe uma única definição para avaliação de políticas públicas. Ainda assim, apresenta-se a definição do Comitê de Assistência ao Desenvolvimento da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), que diz que o propósito da avaliação é determinar a pertinência e o alcance dos objetivos, a eficiência, a efetividade, o impacto e a sustentabilidade do desenvolvimento (TREVISAN; BELLEN, 2008).

No entendimento de Cavalcanti (2006) a “avaliação de políticas públicas não é simplesmente um instrumento de aperfeiçoamento ou de redirecionamento dos programas empreendidos pelo governo, mas, uma ferramenta capaz de prestar contas à sociedade das ações governamentais” (CAVALCANTI, 2006, p. 2). A pesquisa de Baptista e Rezende (2015) apresenta dois tipos avaliação de políticas públicas: as avaliações *ex-ante* e *ex-post*.

As “*avaliações ex-ante*” como o próprio nome sugere, são estudos ou levantamento de informações realizados antes da implantação de determinada política e que tem por objetivo orientar, criar parâmetros e indicadores ou melhorar o seu desenho e estratégias metodológicas. Esse conjunto de informações irão orientar na formulação e na tomada de decisões (BAPTISTA; REZENDE, 2015).

As “*avaliações ex-post*” são aquelas que ocorrem juntamente com a fase de implementação ou após essa fase. Essas avaliações se subdividem, quanto à natureza, em “*avaliação de processo*” e as “*avaliações de resultado*”. Na “*avaliação de processo*” o objetivo é identificar e mobilizar os atores estratégicos, definir a estratégia e seus subprocessos e estágios para implementação. Já “*avaliação de resultados*” busca verificar se as metas e objetivos traçados pelos formuladores de determinado programa foram alcançados de forma eficiente (BAPTISTA; REZENDE, 2015).

Na visão de Arretche (1998) é importante distinguir “avaliação de política pública” de outras modalidades de avaliação como a “avaliação política” e a “análise de políticas públicas.”

No entendimento de Arretche (1998) a “avaliação política” examina os pressupostos e fundamentos políticos de um determinado curso de ação pública, independentemente de sua engenharia institucional e de seus resultados” (ARRETCHÉ, 1998, p. 29). Essa avaliação tem em comum com a “*ex-ant*” o fato de ocorrer antes da fase de implementação.

Já a “análise de políticas públicas”, entende-se como sendo exame da engenharia institucional e dos traços constitutivos de determinado programa, haja vista que qualquer política pública pode ser formulada e implementada de diversos modos. “A análise de políticas públicas busca reconstituir estas diversas características, de forma a apreendê-las em um todo

coerente e compreensível. Ou melhor dizendo, de forma a dar sentido e entendimento ao caráter errático da ação pública” (ARRETCHE, 1998, p. 30).

Por outro lado, a “*avaliação de política pública*” compreende na adoção de métodos e técnicas de pesquisa capaz de estabelecer uma relação causal entre um programa e seu resultado ou ainda a sua ausência e o seu não resultado. Neste sentido, a “avaliação de política pública” apresentada por Arretche (1998) guarda conformidade com a “*avaliações de resultados*” relatada anteriormente.

Arretche (1998) também afirma que a literatura de avaliação de políticas públicas costuma distingui-las em termos de sua efetividade (implementação e seus impactos); eficácia (metas alcançadas) e eficiência (esforço empregado e resultados alcançados). Desse modo, uma avaliação baseada nos denominados 3 E’s (eficiência, eficácia e efetividade) consiste em compreender os meios, os possíveis efeitos, os resultados e os produtos esperados e não esperados de determinada política.

Nessa perspectiva, a avaliação de políticas públicas realizadas no âmbito da CGU busca obter diagnósticos acerca da eficácia, eficiência e economicidade, assim como, quando possível, da efetividade das políticas públicas. Ademais, estudos demonstraram que avaliações qualificadas com resultados confiáveis, contribuem para o aprimoramento de políticas, permitem justificar esse gasto ou possibilidade de economia de recursos, contribui com uma gestão mais eficiente, além do seu impacto social.

3 POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE

No período colonial brasileiro não havia políticas públicas desenvolvidas para a saúde ou assistência social da população em geral. Devido à ausência de medidas de controle e prevenção por parte do Estado, as chamadas doenças pestilenciais (varíola, tuberculose, malária, gripe espanhola, entre outras) assolavam o país e dizimavam a população. Eram doenças consideradas de fácil transmissão, principalmente pela ausência de saneamento básico e pelos aglomerados urbanos que começaram a surgir.

Nesse cenário, famílias com alto poder aquisitivo utilizavam serviços privados e eram atendidas por médicos da família que geralmente acompanhavam o ciclo de vida desse núcleo familiar por várias gerações. Ainda assim, havia escassez desses profissionais e de medicamentos. O restante da população não tinha uma assistência definida pelo Estado e a assistência era prestada por entidades de caridades, leigos ou curandeiros e essa situação não sofreu alteração até praticamente o final do século 19.

Paralelo a isso, o país vivia enorme desigualdade social e prevalecia a ideologia liberal, marcada pelo entendimento de que o Estado deveria atuar somente onde o indivíduo sozinho ou a iniciativa privada não pudesse fazê-lo. O acesso da população a saúde ainda continuava por meio da medicina privada ou prestada por entidades filantrópicas para a população carente.

Aos pobres, durante a República Velha (1889-1930), o acolhimento era prestado por organizações filantrópicas de cunho religioso, pautadas no princípio da caridade e que já desenvolviam essas ações anteriormente ao período republicano (GERSCHMAN; SANTOS, 2006; ZANI, 2016).

Neste momento, grandes epidemias (febre amarela, malária, gripe espanhola) fragilizavam os interesses específicos da economia exportadora o que levou o governo a investir em assistência coletiva através de campanhas de vacinação. Instalou-se um modelo chamado de “sanitarista campanhista”, criado por Osvaldo Cruz que atuava na prevenção e controle das doenças da coletividade e foi coordenado pelo Departamento Nacional de Saúde Pública. As medidas campanhistas e a vacinação obrigatória utilizavam de meios repressivos e muitas vezes abusivos por parte do Estado para combater as epidemias, isso resultou no episódio marcante denominado “Revolta das vacinas”, apesar disso, houve a erradicação da febre amarela.

Além da desigualdade social no Brasil, outra questão que chamava a atenção era a precariedade das relações de trabalho. Não havia previsão legal quanto a jornada de trabalho, piso salarial ou condições de trabalho. Isso gerava insatisfação dos empregados das grandes

empresas (minério de ferro, carvão), então esses trabalhadores começaram a si organizar e a criar movimentos sindicais de trabalhadores.

Até 1923 não existia benefícios previdenciários (aposentadorias e pensões) ou assistência à saúde. Com esses movimentos houve avanços nas discussões das relações de trabalho e que resultaram na elaboração da Lei Eloy Chaves, publicada em 24 de janeiro de 1923, considerada um marco na construção do sistema de proteção social brasileiro. Essa lei determinou a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões – CAPs, inicialmente para os empregados das empresas ferroviárias e posteriormente outras empresas foram beneficiadas e seus empregados também se tornaram segurados. As CAPs eram organizadas por empresas que ofereciam aos seus associados além dos benefícios previdenciários (aposentadorias e pensões), também serviços assistenciais como medicamentos subsidiados, assistência médica, auxílio para funeral, entre outros benefícios (GERSCHMAN; SANTOS, 2006; ZANI, 2016).

Neste período, o sistema de proteção social alcançava apenas as categorias de empregados inseridos no mercado de trabalho formal e ficaram excluídos os profissionais autônomos, empregados domésticos e rurais, sendo que estes representavam na época a maior força de trabalho no Brasil. As CAPs não tinham vínculo com orçamento da união, eram totalmente independentes e os seus recursos eram provenientes de contribuição efetuada pelos empregados e pelos empregadores das empresas. Ou seja, era uma contribuição bipartite e opcional

Em 1930, ocorreu a ascensão de Getúlio Vargas ao poder. A economia brasileira ainda era voltada para a indústria do café e com a quebra da bolsa de valores em Nova York a economia nacional sofreu impacto em razão dos Estados Unidos serem o maior comprador da produção nacional. Essa crise do café brasileiro levou a um deslocamento do polo da economia da zona rural para a zona urbana e resultou no crescimento das cidades e no avanço da economia urbana (GERSCHMAN; SANTOS, 2006; ZANI, 2016).

Na denominada Era Vargas foram criadas leis e estruturas administrativas voltadas para a proteção social no Brasil. Entre as medidas adotadas, ocorreu a consolidação da política previdenciária que resultou na substituição das CAPs pelos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs) que abrangia outras categorias profissionais, mas que manteve excluído os trabalhadores rurais, domésticos e autônomos pertencentes ao mercado informal.

Os IAPs eram grandes institutos organizados por categorias profissionais, que ampliou os benefícios ofertados pelas CAPs, como os programas habitacionais e de suplementação alimentar. Para manter o controle administrativo desses institutos, o governo Vargas ampliou a

participação e o controle estatal que perdurou durante o chamado Estado Novo (1945). (ZANI, 2016).

A partir da criação dos IAPs, o Estado passou a intervir e a contribuir no financiamento desses institutos, tornando-se tripartite, ou seja, empregados, empregadores e o Estado juntos contribuía na formação dos recursos. Os institutos cresceram bastante e houve aumento significativo na arrecadação, causado também pelo aumento progressivo das taxas cobradas dos associados, no entanto, os trabalhadores começaram a ter dificuldades na concessão dos benefícios.

Os IAPs foram o embrião do que se chama de Orçamento da Seguridade Social que financia a Previdência Social, a Assistência Social e a Saúde, estabelecido a partir da Constituição Federal de 1988. Nesta época, o Ministério da Saúde ainda não existia de fato e de direito. O setor saúde fazia parte do Ministério dos Negócios da Educação e da Saúde Pública, sendo administrado pelo Departamento Nacional de Saúde (DNS).

A atuação do governo na área de saúde se restringia ao controle de endemias e de higiene pública. Para tanto, eram realizadas ações denominadas de *sanitarismo campanhista* em locais como portos e outros lugares ligadas ao processo de exportação do café. Dessa forma as ações sanitárias estavam direcionadas em proteger a economia cafeeira dos possíveis impactos relacionados as endemias por ser a principal fonte econômica da época. O crescimento dos centros urbanos, a situação dos trabalhadores assalariados que viviam em condições precárias de higiene, saúde e habitação e o processo de industrialização que dependia dessa massa de trabalhadores, pressionaram o governo para que ofertasse novos serviços de saúde. Eles reivindicavam reformas no setor da saúde e entre estas reformas estava a reforma sanitária.

Isto ocorreu de forma gradativa nos anos seguintes e assim foram desenvolvidos serviços nacionais de saúde como da febre amarela e malária. No mesmo período, a rede de saúde foi ampliada pelo estabelecimento de centros e postos de saúde, pela instalação de hospitais gerais, de sanatórios para tuberculose e de leprosários. Iniciava-se aí uma verdadeira política de saúde no Brasil (BRASIL, 2019a).

Após o final do Estado Novo (1937-45) uma nova Constituição Federal foi promulgada, sendo restabelecido o estado de direito e das garantias individuais, também houve a restauração da divisão dos poderes (legislativo, judiciário e executivo).

O Ministério da Educação que nessa época era responsável pelo setor da saúde promoveu duas Conferências de saúde que ocorreram aqui no Brasil. Nestas conferências os problemas sanitários brasileiros eram apontados e discutidos e já havia propostas para criação de um Plano Nacional de Saúde que alcançasse as três esferas de governo, ou seja, União,

estados e municípios. Em 1953 foi criado o Ministério da Saúde pois até então o setor da saúde no Brasil era administrado pelo Ministério da Educação (BRASIL, 2019a).

Em 1960 foi criada a Lei Orgânica da Previdência Social – LOPS. Essa Lei unificou a legislação referente aos IAPs e teve como objetivo uniformizar os benefícios aos segurados, antes, cada categoria profissional tinha o IAPs e uma base de benefícios para seus segurados. Com a LOPS todos os segurados passaram a receber o mesmo valor, só que nivelando por baixo esses direitos. Ou seja, o mínimo que poderia ser pago tornou-se o estipulado para todos (ZANI, 2016).

Outro ponto observado foi o surgimento de novas classes de trabalhadores com maior poder de mobilização. Como resultado, as categorias mais fortes acabaram sendo privilegiadas em detrimento daquelas com menor poder de pressão. Com isso, a assistência médica torna-se preceito da Previdência Social, os benefícios pecuniários foram ampliados e até estendidos aos dependentes dos segurados. Ou seja, se no Governo Vargas a assistência médica tinha um papel secundário, com a LOPS assume relevância no contexto da Previdência Social (ZANI, 2016).

Contudo, a ampliação dos benefícios não significou sua transformação nos moldes da seguridade social, pautada por princípios como cobertura universal e redistribuição e a cobertura estava vinculada a contribuição individual dos segurados. Ademais, o Estado não cumpria com os repasses legalmente previstos, e isto resultará na crise financeira do sistema na década de 1980 (GERSCHMAN; SANTOS, 2006; ZANI, 2016).

Em 1964, inicia-se o regime militar marcado pela centralização do poder na esfera federal. Nesse período as Conferências de saúde ainda continuavam a vigorar de maneira mais tímida, mais enfraquecidas. Nesse período, houve a unificação dos institutos previdenciários e em 1966 foi criado o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) que integrou os diferentes IAPs, com a justificativa de necessidade de racionalização e otimização do gasto social. A política previdenciária progressivamente se afasta da assistência médica e dos serviços de habitação e nutrição (ZANI, 2016). Importante esclarecer que após a unificação dos IAPs no INPS o financiamento manteve-se tripartite e o acesso aos benefícios continuaram alcançando apenas os empregados do mercado formal.

A transição política do regime militar para uma democracia participativa gerou uma abertura política impulsionada pela pressão da sociedade civil, através da força dos movimentos sociais, que se diferenciam por expressar fortes conteúdos reivindicativos e de oposição ao regime militar, tendo a liberdade política como o ponto de partida da mobilização social (COTTA; CAZA; MARTINS, 2010).

Em meados da década de 1970 houve o surgimento de novos partidos políticos, o fortalecimento dos sindicatos e expansão dos movimentos sociais. Nesse contexto, novos arranjos políticos e negociações culminaram na elaboração da Constituição Federal de 1988 que consolidou o marco regulatório do SUS – Sistema Único de Saúde que tem como principais características o direito universal, descentralizado, participativo e voltado para as ações preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais. O Brasil ainda continuava numa crise econômica, mas a população brasileira já estava mais urbanizada, mobilizada socialmente. A partir dessas mobilizações sociais estava se iniciando os primeiros passos para a reforma sanitária (TEIXEIRA, 2009).

É importante destacar que na década de 70 o INPS passou a englobar as categorias de trabalhadores rurais que passaram a ter acesso aos benefícios da previdência. Em 1977 o INPS foi desmembrado em três órgãos: o INPS propriamente dito, encarregado pelo pagamento dos benefícios previdenciários e assistenciais; o INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social que tinha a responsabilidade de prestar assistência médica aos seus associados (pessoas do mercado formal que contribuíam para a Previdência Social) e o IAPS – Instituto da Administração da Previdência e Assistência Social com a função de arrecadar e administrar os recursos para a assistência previdenciária (SANTOS; MERHY, 2006).

A assistência à saúde desenvolvida pelo INAMPS atendia os trabalhadores da economia formal e seus dependentes e não tinha caráter universal. Quanto mais desenvolvida a economia do Estado ou daquela região, maior a presença das relações formais de trabalho, maior o número de beneficiados, conseqüentemente, maior era a quantidade de recursos para garantir a assistência essa população. Os recursos eram aplicados naquelas regiões mais populosas, ou seja, a região sul e Sudeste eram as que tinham mais trabalhadores e mais contribuintes para o sistema (SANTOS; MERHY, 2006).

Nesta época a situação da saúde dos brasileiros estava dividida em três categorias:

1 – Os que podiam pagar pelos serviços – que eram as pessoas que não precisavam pagar o INAMPS, tinham recursos financeiros e podiam pagar pelos seus próprios médicos, os médicos de família – a assistência era particular.

2 – Os que tinham direito a assistência pelo INAMPS, ou seja, aqueles que contribuíam.

3 – Os que não tinham nenhum direito porque não estavam vinculados ao mercado formal.

Esse modelo conhecido como liberal, privatista, também chamado de modelo assistencial privatista já estava presente no Brasil desde a década de 20 com o surgimento da assistência médica previdenciária, mas ficou mais evidente com o surgimento das cidades e vigorou até os anos 80.

Os recursos arrecadados foram utilizados para a construção de grandes unidades de atendimento ambulatorial, hospitalar e, também, na contratação de serviços privados nos grandes centros urbanos para atendimento dos beneficiários. Desse modo, o sistema de proteção social brasileiro, até o final da década de 1980, combinou um modelo de seguro social na área previdenciária, incluindo a atenção à saúde, com um modelo assistencial para a população sem vínculos trabalhistas formais.

No modelo assistencial as ações, de caráter emergencial, estão dirigidas aos grupos de pobres mais vulneráveis, inspiram-se em uma perspectiva caritativa e reeducadora, organizam-se em base à associação entre trabalho voluntário e políticas públicas, estruturam-se de forma pulverizada e descontínua, gerando organizações e programas muitas vezes superpostos e não configurava uma relação de direito social. No modelo de seguro social, a proteção social dos grupos ocupacionais estabelece uma relação de direito contratual, na qual os benefícios são condicionados às contribuições pretéritas e à afiliação dos indivíduos a tais categorias ocupacionais que são autorizadas a operar um seguro (FLEURY, 2005).

A partir desse momento começa a aparecer programas que vão direcionar a cobertura das ações da saúde para essa população excluída do sistema previdenciário. A reforma sanitária permitiu uma discussão sobre essa medicina comunitária voltada para a cobertura das ações básica e a partir dessa época, foi-se falado pela primeira vez na atenção primária a saúde. Esse termo foi abordado no congresso de Alma-Ata, promovido pela Organização Mundial de Saúde – OMS, e que foi difundido pelos países em desenvolvimento, inclusive no Brasil. (BRASIL).

Em 1976 foi criado o PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento, que tinha como finalidade implantar uma estrutura básica de políticas públicas em comunidades de até 20.000 habitantes. Além da interiorização da assistência à saúde, isto possibilitou a criação de hospitais, centros de saúde, ampliação da rede ambulatorial no interior, contratação de médicos generalistas, técnicos de saúde para atender essa população que até então ficava a margem e não tinha assistência à saúde (SCOREL, 1999).

O período compreendido entre o final dos anos 70 e início dos anos 80 foi marcado por crise política e fiscal, provocada pela recessão, pelo desemprego, pelo aumento da dívida pública, pela queda da arrecadação, ineficiência dos serviços públicos, em especial, os serviços de saúde e previdência. Como consequência, a maior parte da população não tinha acesso a

assistência médica ou previdenciária e o país era assolado por diversas epidemias, como meningite, febre amarela.

Em 1980 a crise ainda continuava, mas a população estava mais organizada socialmente e revelava um pensamento crítico em relação as políticas de saúde. Essa crise foi chamada de Crise dos 4 Is – Ineficiência, ineficácia, inequidade e insatisfação popular pelos seguintes motivos:

Ineficiência- influência do modelo médico hegemônico, privatista que existia onde havia um maior investimento em procedimentos mais custosos e que tinha baixo impacto para a população de maneira em geral.

Ineficácia – por causa dessa desproporção entre o que era gasto e o impacto real dessa despesa na saúde da população. Havia países que gastavam muito pouco e que tinham mais resultados do que o Brasil por exemplo.

Inequidade – é o oposto de equidade. Equidade é tratar os desiguais de maneira desigual e o nosso país nessa época, ainda não tinha capacidade de ver os desiguais como pessoas que precisavam de uma maior assistência. Havia uma má alocação de recursos destinados a essa população.

Insatisfação popular – era resultado do descontentamento da população com o sistema de saúde brasileiro.

A essa crise surgiram três correntes explicativas a seguir detalhadas: 1) a corrente Incrementalista que afirmava que o Brasil vivia em crise porque os recursos financeiros eram escassos e havia baixo investimento na saúde, mas não explicava muito a crise dos 4 Is. 2) a corrente Racionalista que foi a mais aceita, afirmava que a crise era uma questão administrativa. Segundo essa corrente havia gastos desnecessários e serviços de pouca utilidade para a sociedade e reconhecia também que o Brasil tinha uma fonte de investimento, mas os recursos eram mal gastos. 3) Já a corrente Estruturalista defendia que a crise acontecia devido ao modelo que vigorava no Brasil. Modelo centrado na doença e não na prevenção. Esse modelo não iria resolver os problemas de saúde e essa corrente propunha um novo modelo de assistência social no Brasil já discutido na reforma sanitária.

Em 1981 foi criado o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária – CONASP que surgiu devido a necessidade de se promover uma revisão nas formas de organização da assistência pública médica previdenciária que existia no Brasil. Devido à crise financeira que existia no sistema previdenciário, o CONASP tinha como objetivo conter as despesas da previdência social com a assistência médica. Assim, foi elaborado um plano de

reorientação da assistência à saúde que também contemplava algumas propostas da reforma sanitária, chamado de Plano CONASP.

O Plano CONASP tinha por objetivo priorizar as ações da atenção primária da saúde, dando ênfase a assistência ambulatorial e buscava a integração das instituições federal, estaduais e municipais, formando assim um sistema regionalizado e hierarquizado.

A prioridade do Plano era a racionalização dos gastos, para isso, foi implementado o sistema de pagamento por procedimento, pois até então os pagamentos eram realizados pelas unidades de serviços. Também foi introduzido o mecanismo de auditorias técnicas que tinham por finalidade reduzir o superfaturamento praticado pela multiplicação dos atos assistenciais que eram prestados.

Além da preocupação com essa racionalização dos recursos previdenciários, o Plano CONASP também contemplou a descentralização da assistência, de forma que os estados e municípios brasileiros passaram a ter maior autonomia no planejamento da assistência à saúde.

A partir do Plano CONASP surgiram as Ações Integradas em Saúde – AIS, que buscavam a regularização institucional da assistência à saúde, evitando assim, ações paralelas entre as instituições sanitárias. Essas ações eram uma estratégia de integração programática entre as organizações de saúde no nível federal, estadual e municipal. Estavam envolvidas nas AIS entidades como INAMPS, Ministério da Educação através dos hospitais universitários, as secretarias de saúde dos estados e dos municípios, entre outros.

Ademais, as AIS também tinham como objetivo desenvolver uma capacidade gerencial dos serviços no nível local e regional e, também, integrar os recursos que vinham de diversas fontes para as ações de saúde. Para desenvolver suas ações, as entidades participantes contribuíam com a constituição de um fundo único, e os recursos eram utilizados no custeio e no investimento dessas ações. Isto resultou no aumento da produtividade das secretarias estaduais e municipais de saúde, além de uma maior autonomia por parte dessas secretarias.

Os princípios que norteavam as AIS eram a universalidade, integralidade, equidade, regionalização, hierarquização, descentralização, democratização, planejamento, controle do setor público (controle social). As AIS propiciaram então o surgimento das Comissões Interinstitucionais de Saúde (CIS) e posteriormente, a constituição do Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS).

Em 1985, O Brasil viveu a transição do regime militar para a redemocratização. Um governo civil, eleito de forma indireta, Tancredo Neves, por problemas de saúde não conseguiu assumir o cargo e faleceu. O vice-presidente José Sarney assumiu, representando um governo de características heterogêneas. Na prática, o governo Sarney comandava um país onde forças

conservadores e progressistas se digladiavam na política nacional, parte do apoio do governo vinha de dissidentes do regime militar e do outro lado, dos segmentos opositores que buscavam melhorias nas políticas públicas.

A segunda metade da década de 80 viu surgir um Brasil diferente, um país com uma população destemida, que ia às ruas reivindicar seus direitos e ocupar o espaço que há 20 anos lhe era negado. Em 1986 realizou-se a VIII Conferência Nacional de Saúde, primeira aberta ao público, reuniu quase 5.000 pessoas em Brasília, onde foram discutidos três eixos temáticos principais: 1) saúde como direito; 2) reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e 3) financiamento do setor (FIOCRUZ; CORTES, 2014).

Além disso, esta Conferência foi decisiva para a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que depois se tornaria o SUS e por difundir o movimento da Reforma Sanitária. A Conferência foi presidida por Sergio Arouca, considerado um dos idealizadores do movimento da Reforma Sanitária, que também presidia o Conselho Nacional de Saúde, a Fiocruz e na época, percorreu todo o país participando ativamente das conferências estaduais preparatórias da Nacional. A pressão exercida por estas organizações resultou no atendimento de parte das demandas apresentadas para a Assembleia Nacional Constituinte de 1987, que elaborou a Constituição Federal de 1988. O resultado foi um texto constitucional sobre saúde moderno e abrangente, um dos mais avançados do mundo. Seguiram-se as Constituições Estaduais e as Leis Orgânicas dos Municípios, com seu componente sanitário (FREURY, 2009; FIOCRUZ; CORTES, 2014).

A Constituição Federal de 1988 representou avanços significativos se comparados com as Constituições anteriores. Dentre os principais, destacaremos os seguintes: 1) Todos os mecanismos de uma democracia representativa foram garantidos, mesmo aqueles associados à democracia direta, como o plebiscito, o referendo e o direito da população de proposição de projeto de lei; 2) Fortalecimento do poder Legislativo e do Judiciário; 3) Fortalecimento dos níveis subnacionais de governo (Estados e municípios); 4) Liberdade de organização partidária; 5) Avanços nos direitos trabalhistas e nos padrões de proteção social sob um modelo mais igualitário e universalista; 6) Inovação em relação às minorias, com a introdução de penalidades rigorosas para discriminações contra mulheres e negros (FREURY, 2009; KINZO, 2001).

A Carta Magna de 1988 representa uma profunda transformação no padrão de proteção social brasileiro, consolidando, na lei maior, as pressões que já se faziam sentir há mais de uma década. Surge então o modelo da seguridade social que passa a estruturar a organização e o formato da proteção social brasileira, em busca da universalização da cidadania. No modelo de seguridade social busca-se romper com as noções de cobertura restrita a setores inseridos no

mercado formal e afrouxar os vínculos entre contribuições e benefícios, gerando mecanismos mais solidários e redistributivos. Os benefícios passam a ser concedidos a partir das necessidades, com fundamentos nos princípios da justiça social, o que obriga a estender universalmente a cobertura e integrar as estruturas governamentais (FLEURY, 2005).

No texto constitucional o artigo 194 estabelece:

Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Parágrafo único. Compete ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos:

I - universalidade da cobertura e do atendimento;

II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;

III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;

IV - irredutibilidade do valor dos benefícios;

V - equidade na forma de participação no custeio;

VI - diversidade da base de financiamento;

VII - caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados.

A Constituição promoveu também a descentralização de políticas públicas para os entes estaduais e municipais, e permitiu que esses entes ampliassem seu papel no tocante a gestão e implementação de políticas sociais, no entanto, o planejamento e formatação dessas políticas ainda permanecem na esfera federal.

No entendimento de Cortês (2014) as propostas reformistas obtiveram resultados positivos. A autora elenca quatro pontos: 1) a universalização do acesso à assistência à saúde, além da melhoria; 2) fusão de subsetores de saúde pública e previdenciária em um único sistema; 3) a descentralização – participação maior dos municípios desde o financiamento até as ações; 4) criação das comissões intergestores – decisões sobre planejamento, orçamento e competências passaram a ser pactuadas; e de mecanismos participativos como as conferências e os conselhos de saúde.

Por meio da Emenda Constitucional nº 29, em 13 de setembro de 2000 foi estabelecida a vinculação dos recursos para o custeio da saúde, essa legislação foi considerada um avanço para a garantia do acesso universal, ainda que os recursos fossem considerados insuficientes para ações e serviços de saúde (CORTES, 2014).

Em 2014 o Brasil viveu uma crise fiscal e um período de instabilidade política e resultou na mudança de governo. Assim, em 15 de dezembro de 2015 foi aprovada a Emenda Constitucional nº 95 que instituiu o Novo Regime Fiscal. Esse regime estabeleceu um novo teto de gastos para as despesas primárias da União, sem, contudo, ser estabelecido limites para as despesas financeiras. Na prática, de 2017 até 2036 essas despesas (saúde, educação, entre outras) ficam congeladas, sendo apenas corrigidas pelos índices inflacionários.

A aprovação dessa legislação foi considerada um retrocesso para as políticas públicas e que resultará na diminuição da atuação do Estado. E mais, essa Emenda mesmo sendo considerada como medidas de austeridade fiscal, não afetará toda a sociedade de maneira igual. Desse modo, para muitos, são medidas seletivas que não atingirá a parte mais rica da sociedade, mas que afetará diretamente as populações mais vulneráveis.

Segundo Cortês (2014) “o ajuste fiscal implementado no Brasil não teve por objetivo principal controlar o desequilíbrio momentâneo nas contas públicas, mas sim forçar a redução da participação do Estado na oferta de bens e serviços para a população” (...) (CORTES, 2014, p. 2308). Cortês (2014) acrescenta que as medidas de austeridade acarretarão graves consequências para as políticas voltadas para o bem-estar social e representa a hegemonia da visão neoliberal sobre o funcionamento da economia e das funções do Estado.

Corroborando com esse entendimento, Saravia e Ferrarezi (2006) diz que:

O ataque às políticas sociais como causadoras de déficit público e, conseqüentemente, de desemprego, mina a solidariedade social e reduz a cidadania, possibilitando o rearranjo dos grandes cartéis internacionais à revelia dos interesses dos cidadãos. Na verdade, não se reduz o tamanho do Estado, mas sim os interesses nele envolvidos. (SARAVIA e FERRAREZI, 2006, p. 310)

Para Freury (2009) a consciência sanitária pela população no tocante ao direito à saúde aumentou, apesar das deficiências existentes. Associado a isso, a autora entende que deve-se buscar assegurar maior equidade no financiamento do SUS e defende o fortalecimento do sistema de saúde nos moldes estabelecido na 8ª Conferência de Saúde. Por tais razões, a autora diz: “reafirmamos a convicção de que, apenas o Sistema Único, e público, de Saúde pode responder às demandas sanitárias e à necessidade de construção de uma sociedade democrática pautada nos direitos sociais de cidadania” (FREURY, 2009, p. 162).

Corroborando com esse entendimento, Gerschman e Santos (2006) argumentam que talvez a sociedade brasileira já tenha incorporado as bases para o desenvolvimento mais solidários, especialmente quanto as políticas públicas de saúde. Nessa perspectiva, o “SUS assume, assim, formatos condicionados por arranjos institucionais que o precederam e hoje o

sustentam, e, com todas as contradições e embates, parece haver um significativo consenso em torno de sua preservação” (GERSCHMAN; SANTOS, 2006, p. 186).

3.1 *Accountability* como processo de democratização do Estado

Após encerramento do regime militar, o cenário político do Brasil mudou consideravelmente. Em 1988 uma nova Constituição Federal foi elaborada, o regime democrático se consolidou e foram implementadas reformas no aparelho estatal, com a finalidade de tornar a administração pública mais eficiente. Em consonância, muitos estudos foram desenvolvidos no meio acadêmico para analisar e compreender as mudanças ocorridas no tecido social e quais foram suas contribuições no sentido de promover uma aproximação do conteúdo do conceito da *accountability* frente a realidade da administração pública brasileira (MEDEIROS; CRANTSCHANINOV; SILVA, 2013; PINHO; SACRAMENTO, 2009).

O termo a *accountability* ganhou relevância e passou a ser usado em muitos periódicos brasileiros da área de administração, ciência política e ciências sociais como sinônimo de controle social, participação e de Estado democrático. “Apesar de sua notoriedade, ainda não existe uma palavra ou idioma brasileiro que traduza completamente o termo, gerando uma série de debates e diferentes interpretações sobre o mesmo” (MEDEIROS; CRANTSCHANINOV; SILVA, 2013).

O resultado mais observado nesses estudos é que a palavra *accountability* tem sido comumente traduzida como “responsabilização” e/ou “prestação de contas” (MEDEIROS; CRANTSCHANINOV; SILVA, 2013; PINHO; SACRAMENTO, 2009).

Nos estudos de Pinho e Sacramento, (2009) ao publicar o artigo “*accountability*: já podemos traduzi-la para o português?”, apresenta os estudos realizados por Anna Maria Campos e sua angústia em relação a ausência do conceito de uma palavra que traduzisse perfeitamente para a língua portuguesa a palavra *accountabilty*. Nessa perspectiva Pinho e Sacramento (2009) questionam se “as alterações políticas, sociais e institucionais, ocorridas nos últimos 20 anos, contribuíram para que a tradução da palavra *accountability* germinasse no solo brasileiro?” (PINHO; SACRAMENTO, 2009, p. 1.345).

Os estudos de Campos (1990) já afirmavam que para tornar a administração pública brasileira menos sujeita a controles políticos, é fundamental as seguintes ocorrências: a) necessidade de que os cidadãos brasileiros se organizem para exercer o controle político do governo; b) necessidade de remodelagem governamental, tornando-se descentralizado e

transparente; e c) necessidade de substituição de valores tradicionais por valores sociais emergentes

A *accountability* está relacionada com o princípio da soberania popular, com a premissa de que todo poder emana do povo e que, portanto, o povo deve controlar seus governantes. Neste sentido, para O'Donnell (1998), as ações realizadas individualmente e/ou coletivamente fazem parte da *accountability* vertical. Por outro lado, as Agências Estatais com poder legal de promover sanções ou de até o *impeachment* contra delituosos, bem como supervisão são consideradas *accountability* horizontal.

A *accountability* vertical não é suficiente para garantir que políticos e burocratas ajam de acordo com a vontade popular expressa nas eleições, nem para garantir que a burocracia não usurpe a autoridade dos políticos; além dela, é necessária a *accountability* horizontal.

Abrucio e Loureiro (2004) apresentam em seus estudos uma discussão teórica do conceito de *accountability* e seus impactos nas instituições econômicas a partir de um conceito democrático. Os autores argumentam que os ideais democráticos devem ser observados a partir de três princípios: Primeiro – Governo emana do povo; Segundo – Prestação de contas pelos governantes e responsabilização dos atos e omissões ocorridos durante o mandato e Terceiro – Leis e Normas que delimitem o campo de atuação do Estado, visando a defesa dos direitos básicos dos cidadãos, sejam direitos individuais ou coletivos. (ABRUCIO; LOUREIRO, 2004).

“A estes ideais democráticos correspondem às formas que no mundo contemporâneo visam garantir a *accountability*, ou seja, a responsabilização política ininterrupta do Poder Público em relação à sociedade” (ABRUCIO; LOUREIRO, 2004, p. 76). Discorre ainda que essas formas *accountability* ocorre em todos os países democráticos, variando maior ou menor grau de sucesso, mas sua consecução depende da “utilização de instrumentos institucionais e da existência de condições mais gerais (sociais, políticas e culturais, etc.), capazes de dar um alicerce estrutural à democracia e suas formas de de responsabilização política” (ABRUCIO; LOUREIRO, 2004, p. 76). Destarte, as formas de *accountability*, os instrumentos e condições estão apresentados no quadro a seguir, elaborado por Abrucio e Loureiro (2004).

Quadro 06 - *Accountability* democrática

Formas de <i>Accountability</i>	Instrumentos	Condições
Processo Eleitoral	<ul style="list-style-type: none"> - Sistema eleitoral e partidário - Debates e formas de disseminação da informação - Regras de Financiamento de Campanhas - Justiça eleitoral 	<ul style="list-style-type: none"> - Direitos políticos básicos de associação, de votar e ser votado - Pluralismo de ideias (crenças ideológicas e religiosas) - Imprensa livre e possibilidade de se obter diversidade de informações
Controle institucional durante o mandato	<ul style="list-style-type: none"> - Controle parlamentar (controles mútuos entre os poderes, CPI, arguição e aprovação de altos dirigentes públicos, fiscalização orçamentária e de desempenho das agências governamentais, audiências públicas etc.) - Controle Judicial (controle da constitucionalidade, ações civis públicas, garantia dos direitos fundamentais etc.) - Controle administrativo-procedimental (Tribunal de Contas e/ou auditoria financeira) - Controle do desempenho dos programas governamentais - Controle social (conselho de usuários dos serviços públicos, plebiscito, orçamento participativo etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> - Independência e controle mútuo entre os Poderes - Transparência e fidedignidade das informações públicas - Burocracia regida pelo princípio do mérito (meritocracia) - Predomínio do império da lei - Existência de mecanismos institucionalizados que garantam a participação e o controle da sociedade sobre o poder público - Criação de instâncias que busquem o maior compartilhamento possível das decisões (“consensualismo”)
Regras estatais intertemporais	<ul style="list-style-type: none"> - Garantias de direitos básicos pela Constituição (cláusulas pétreas) - Segurança contratual individual e coletiva - Limitação legal do poder dos administradores públicos - Acesso prioritário aos cargos administrativos por concursos ou equivalentes - Mecanismos de restrição orçamentária - Defesa de direitos intergeracionais 	<ul style="list-style-type: none"> - Predomínio do império da Lei - Eficácia dos mecanismos judiciais - Definição de assuntos e regras que - valham para o Estado, independente dos governos de ocasião.

Fonte: ABRUCIO; LOUREIRO, (2004)

O modelo de *accountability* democrática sintetizado no quadro acima apresenta três formas de *accountability* e os instrumentos por meio dos quais essas formas podem ser aplicadas, bem como as condições que podem garantir a responsabilização e os limites do Poder público em um ambiente democrático.

Para Abrucio e Loureiro (2004) qualquer governo democrático inicia-se com o processo eleitoral. No entanto, esse processo deve ser constituído por regras básicas presentes no sistema eleitoral democrático que se complementa com uma justiça eleitoral eficiente que possa assegurar a vontade popular. Outras condições também foram elencadas como a transparência do processo, lisura do pleito, o pluralismo de ideias e uma imprensa livre que possa disseminar as informações e estimular o debate.

O controle institucional do mandato ocorre quando os atos praticados pelo representante podem ser fiscalizados e avaliados. Os controles políticos e sociais são ferramentas utilizadas

para acionar os mecanismos de responsabilização dos atos praticados pelos representantes. São os instrumentos de *accountability* (ABRUCIO; LOUREIRO, 2004).

As regras estatais intertemporais estão relacionadas com a proteção de direitos básicos individuais e coletivos e, também, por mecanismos para limitar o poder dos governantes. Destaca-se o predomínio do império da Lei e dos mecanismos judiciais.

Retornando aos estudos de O'Donnell (1998), o autor apresenta os tipos de *accountability* (horizontal e vertical) importantes para o funcionamento dos sistemas democráticos. A *accountability* vertical permite que os cidadãos exerçam o direito de participar da escolha de quem vai governar e contribuir com a administração pública. Para isto é necessário promover o controle social. Por outro lado, a *accountability* horizontal está intrinsecamente relacionado com a existência de uma estrutura de controle autorizada e disposta a “supervisionar, controlar, retificar e ou punir ações ilícitas de autoridades” (O'DONNELL, 1998, p. 47). Para isto essa estrutura tem o Poder legal e estão capacitadas para desenvolver suas ações.

Nessa perspectiva, a partir da Constituição Federal de 1988 foram consolidados mecanismos de controle na tentativa de buscar uma administração pública mais eficiente e transparente e, principalmente, responsabilizar os gestores públicos por atos praticados no exercício do cargo. Outro aspecto importante são as formas de *accountability* que afetam as finanças públicas, o quadro abaixo apresenta uma estrutura elaborada por Abrucio e Loureiro (2004).

Quadro 07 – *Accountability* e Finanças Públicas no Brasil

FORMAS DE ACCOUNTABILITY	INSTRUMENTOS
Processo Eleitoral	Financiamento de campanhas eleitorais
Controle Institucional durante o Mandato	Comissões Parlamentares de Inquérito Regras de discussão, publicização e <i>accountability</i> horizontal do Orçamento (processo de elaboração do PPA, LDO e LOA); Tribunais de Contas; Auditorias Financeiras Internas (Controladoria-Geral da União); Orçamento Participativo.
Regras Estatais Intertemporais	Regras de restrição orçamentária de responsabilidade fiscal; Limites de endividamento público; Metas Inflacionárias

Fonte: elaborado por Abrucio e Loureiro (2004) e atualizado

Abrucio e Loureiro (2004) destacam as mudanças ocorridas principalmente no aperfeiçoamento das finanças públicas. Os autores apontam os períodos democráticos vivenciado pelo Brasil como algo recente e relativamente curto, o primeiro período vai de 1946

a 1964 e o segundo, a partir de 1980 com a redemocratização. Desde então, ocorreu o fortalecimento dos instrumentos de *accountability* que resultaram nas seguintes mudanças: fechamento da conta-movimento do Banco do Brasil; a unificação do Orçamento público; e criação da conta única do Tesouro; criação da Secretaria Nacional do Tesouro (STN), vinculada ao Ministério da Fazenda, órgão centralizador da gestão fiscal do país; criação do SIAFI (Sistema Integrado de Administração Financeira); controle mais rigoroso do endividamento público por meio de resoluções do Senado; o acordo de refinanciamento das dívidas subnacionais e, por fim, a promulgação da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), que representou um marco na gestão fiscal do país.

Quanto à questão orçamentária, Abrucio e Loureiro (2004) argumentam que os mecanismos de responsabilização dos governantes no Brasil são limitados e citam a alta concentração do poder decisório no Poder Executivo e a falta de transparência como prejudiciais. Contudo, os autores ressaltam que desde o período de redemocratização houve avanços na constituição da peça orçamentária, que atualmente representa as decisões políticas para o gasto público.

Por outro lado, a Constituição de 1988, artigo 165 avançou ainda mais nas questões orçamentárias ao estabelecer a obrigatoriedade dos seguintes documentos: a) o Plano Plurianual (PPA); b) a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO); c) Leis Orçamentárias Anuais (LOA). São leis de iniciativa do poder executivo e devem ser encaminhadas por este para apreciação do Congresso Nacional. Diz ainda:

§ 1º A lei que instituir o **plano plurianual** estabelecerá, de forma regionalizada, as diretrizes, objetivos e metas da administração pública federal para as despesas de capital e outras delas decorrentes e para as relativas aos programas de duração continuada.

§ 2º A **lei de diretrizes orçamentárias** 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.

(...)

§ 5º A **lei orçamentária anual** compreenderá:

I - o orçamento fiscal referente aos Poderes da União, seus fundos, órgãos e entidades da administração direta e indireta, inclusive fundações instituídas e mantidas pelo poder público;

II - o orçamento de investimento das empresas em que a União, direta ou indiretamente, detenha a maioria do capital social com direito a voto;

III - o orçamento da seguridade social, abrangendo todas as entidades e órgãos a ela vinculados, da administração direta ou indireta, bem como os fundos e fundações instituídos e mantidos pelo poder público. (grifo nosso)

Outro avanço na área de finanças públicas foi a promulgação da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) que trouxe os limites e restrições ao Orçamento e ao endividamento público. Ademais, a Constituição Federal de 1988 já determinava o direito de acesso aos dados públicos pelos cidadãos, no entanto, com a promulgação da Lei 12.527, de 18 de novembro de 2011, denominada de Lei de Acesso à Informação (LAI) regulamentou-se esse acesso que já estava previsto no inciso XXXIII do artigo 5º; no inciso II do § 3º do artigo 37 e no § 2º do artigo 216 do texto constitucional. Dessa forma, a obrigatoriedade da transparência dos atos públicos viabilizou a possibilidade de o cidadão acompanhar a gestão pública e obter acesso as informações requeridas.

Seguindo a linha de estudos de O'Donnell (1998) no tocante aos mecanismos institucionalizados de controle e fiscalização, por meio da *accountability horizontal*, torna-se importante compreender as ações desenvolvidas no âmbito da CGU, especialmente na avaliação de políticas públicas.

3.2 Conselho de Saúde como instrumento de controle social

Em 13 de janeiro de 1937 foi criado pela Lei nº 378 o Conselho Nacional de Saúde (CNS) como órgão consultivo do Ministério da Saúde, sendo que seus membros eram indicados pelo próprio Ministro de Estado. No entanto, o conselho não tinha função deliberativa e não havia participação de usuários na sua composição

Posteriormente, outras legislações foram criadas para regulamentar a atuação do Conselho ou para estabelecer o número de membros em sua composição. É importante informar que ao longo do tempo foram realizadas diversas Conferências de Saúde promovidas pelo CNS e que foram fundamentais para a democratização do setor, entre elas, se destaca a 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986.

Os debates se aprofundaram nessa Conferência e nela foram apresentadas as principais propostas para a reestruturação do sistema de saúde brasileiro e que posteriormente, compôs o texto da CF/88 nos temas relacionados à saúde. Seu impacto foi tão grande que ela ganhou o nome alternativo de “Constituinte da Saúde”, sendo de fato, o evento fundador do SUS (BRASIL, 2019a).

Entre as principais propostas discutidas estava a ampla mobilização popular para garantir de maneira organizada a presença e a participação popular nesse processo, bem como definir a saúde como de interesse coletivo e dever do estado a ser contemplado de forma prioritária através de políticas sociais e econômicas.

Em 1987, foi publicado o Decreto n. ° 93.933, de 14 de janeiro, dispondo sobre a organização e atribuições do CNS, com funções normativas e de assessoramento do Ministro de Estado da Saúde. A partir desse decreto, o CNS passa a ser composto por 13 membros indicados pelo governo, inclusive os sete representantes da sociedade civil, que deveriam ter notória capacidade e comprovada experiência na área da saúde, ou seja, deveriam demonstrar saber técnico (BRASIL, 2019a).

Com a promulgação da constituição Federal em 1988, a saúde ganhou nova dimensão, especialmente nos artigos 196 a 200 e estabeleceu a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas. Além disso, a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, instituiu as Conferências e os Conselhos de Saúde como instâncias de controle social.

Segundo Farah (2016, p.972) “o regime de políticas públicas sofreu uma alteração profunda com a criação, a partir da Constituição de 1988, de mecanismos de participação da sociedade civil na formulação, na implementação e no controle das políticas”. A participação de novos atores no processo de análise de políticas públicas ganhou destaque com o surgimento de novos canais de participação, seja por meio do orçamento participativo, conferências públicas, audiências públicas, e dos conselhos gestores que contribuíram para a diversificação de espaços para a análise de políticas públicas (FARAH, 2016).

A partir de então, a atuação da sociedade no sistema de saúde ganhou uma nova dimensão. *A participação social foi ampliada, democratizada e passou a ser qualificada por “controle social”* (BRASIL, 2019a). Na prática, as políticas públicas de saúde passaram, por meio do CNS, a ter o controle da sociedade, alterando o modelo existente de controle exclusivamente governamental, e a população começou a participar da gestão do sistema de saúde, desde o cumprimento da legislação, planejamento, execução e avaliação da prestação de contas pelos entes.

Os conselhos de saúde e as conferências de saúde se constituem, atualmente, nos principais espaços para o exercício da participação e do controle social na implantação e na implementação das políticas de saúde em todas as esferas de governo. Atuando como mecanismo essencialmente democrático, através dele, a sociedade se organiza para a efetiva proteção da saúde como direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 2019).

Segundo Borges (2014) ao adentrar a realidade dos conselhos de saúde é fundamental destacar dois aspectos propulsores da *accountability*, quais sejam:

- promover a participação social num nível em que o controle das ações do Estado seja realizado por uma ampla e diversificada camada da sociedade; e

- instrumentalizar uma participação efetiva da sociedade por meio da análise de um relatório de prestações de contas, inteligível e amigável, pois é ele que vai municiar o conselheiro, representante da comunidade, com as informações necessárias para acompanhar, fiscalizar e apontar correções para o gestor da saúde local. (BORGES, 2014, p. 14)

Em conformidade com esse entendimento, Kronemberger, Medeiros e Dias (2016, p.152) define “os conselhos como esferas públicas de composição **plural e paritária** entre Estado e sociedade civil, cuja principal função é atuar na formulação, acompanhamento, fiscalização e decisão das políticas públicas”. As autoras argumentam que o termo “*plural*” que significa a representação de diversos segmentos da sociedade e “*paritária*” no sentido de formar pares, neste caso, está relacionado com a composição do Conselho, que assegura 50% de participação de representantes da sociedade civil e os demais, distribuídos entre profissionais da saúde, gestores e prestadores de serviços.

Para muitos estudiosos a participação contribui com o crescimento da consciência crítica da população, fortalece seu poder reivindicatório e, também, pode ser o caminho para solução de problemas que individualmente seriam impossíveis de resolver. Nesse sentido, Bordenave diz:

Do ponto de vista dos planejadores democráticos, a participação garante o controle das autoridades por parte do povo, visto que as lideranças centralizadas podem ser levadas facilmente à corrupção e à malversação dos fundos. Quando a população participa da fiscalização dos serviços públicos, estes tendem a melhorar em qualidade e oportunidade. (BORDENAVE, 1994, p. 13).

Contribuindo com essas afirmações, um estudo realizado por Coelho, Marcondes e Barbosa (2019) na cidade de São Paulo, no período de 2001 e 2016 revelou que as desigualdades em saúde decresceram, especialmente na política de atenção primária à saúde. Todavia, esse fato, segundo as autoras, não pode ser explicado unicamente com a implantação de novos programas federais e financiamento ao município, pois se houvessem sido implementados seguindo a mesma lógica existente, poderiam contribuir para a manutenção da desigualdade.

Nesse estudo as autoras relatam que:

Até 2000, a distribuição de serviços e equipamentos públicos de saúde era concentrada nas áreas centrais do município de São Paulo, detentoras dos melhores indicadores socioeconômicos (Coelho; Silva, 2007). Essa situação mudou ao longo dos anos e, entre 2001 e 2016, uma distribuição de serviços mais equitativa foi alcançada entre as regiões da cidade que apresentam melhores e piores indicadores sociais e econômicos. (COELHO; MARCONDES; BARBOSA, 2019, p. 324).

Para Coelho, Marcondes e Barbosa (2019) esses resultados foram facilitados devido a ação conjunta de três mecanismos de *accountability* a saber: *accountability* eleitoral que tem sua dinâmica estimulada pelo processo de eleição dos gestores municipais; *accountability* social cuja dinâmica é fomentada pela participação social, institucionalizada nos conselhos e conferências de saúde e que tem o potencial de tornar o processo de discussão e implementação da política pública mais transparente, além de poder expressar os anseios da população, e por fim, a *accountability* gerencial que está relacionada a demanda por desempenho dos serviços públicos.

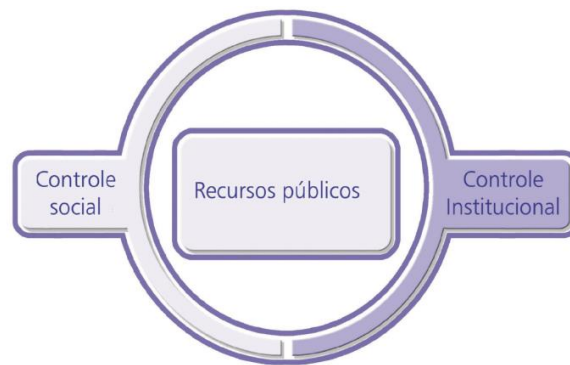
Com relação a *accountability social*, o estudo também demonstrou que a partir do fortalecimento dos instrumentos de participação social, nesse caso em especial do conselho de saúde foi determinante para que uma série de atores atuassem no planejamento e monitoramento e assim influenciar a política de distribuição dos equipamentos e serviços de saúde. “Nesse sentido, se os mecanismos de participação social oferecem pouca capacidade de sanção, são eficientes para vocalizar as demandas sociais e auxiliar no processo de expansão da rede aos locais mais carentes” (...) (COELHO; MARCONDES; BARBOSA, 2019, p. 346). Outro ponto positivo da *accountability social* foi atuar na mediação de conflitos e monitorar os problemas de equipamentos nas unidades de saúde e a presença dos profissionais de saúde para atendimento.

Ainda assim, o estudo revelou que no processo de definição das políticas de saúde a *accountability social* parece mais limitada, e cita o avanço de políticas prioritárias para o governo, em desacordo com as propostas dos conselhos de saúde (COELHO; MARCONDES; BARBOSA, 2019).

Por fim, é importante destacar a atuação da CGU como órgão indutor e de fortalecimento do controle social. No entendimento desse órgão, o controle social “é um complemento indispensável ao controle institucional realizado pelos órgãos que fiscalizam os recursos públicos.”. (BRASIL, 2012, p. 17). Por outro lado, o órgão destaca a necessidade de orientação e mobilização dos cidadãos, e diz:

No Brasil., a preocupação em se estabelecer um controle social forte e atuante torna-se ainda maior, em razão da extensão territorial do país e da descentralização geográfica dos órgãos públicos integrantes dos diversos níveis federativos – União, estados, Distrito Feral e municípios. No caso destes, há que considerar, ainda, o seu grande número. Por isso, a fiscalização da aplicação dos recursos públicos precisa ser feita com o apoio da sociedade. (BRASIL, 2012, p. 17)

Figura 1: Controle Social x Controle Institucional



Fonte: (BRASIL, 2012, p. 17)

4 O CONTROLE INTERNO NAS AVALIAÇÕES DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Segundo Cruz, (2016) a origem da palavra *controle* tem várias explicações, uns afirmam ser de origem francesa, *contrôle*, outros dizem que a palavra surgiu a partir de um erro etimológico. Todavia, a versão mais disseminada é a que atribui o significado de *controle* ao latim medieval “*contrarotulus*” que era uma técnica de se verificar as contas e vigiar os recursos das organizações. Essa palavra vem da junção das palavras “*contra*” mais “*rotulus*”.

Contudo, o homem primitivo já praticava o controle ao registrar seus rebanhos de forma rudimentar, por meio de contagem com o auxílio de pedras ou outros instrumentos, o homem buscava acompanhar a evolução e conhecer os resultados de seus esforços.

A literatura não determina precisamente um marco inicial do processo de controle nas organizações. No entanto a evolução histórica da sociedade, o desenvolvimento do comércio, da indústria e da prestação de serviços fez surgir a necessidade de técnicas capazes de verificar os resultados das operações comerciais, confirmar a veracidade dos registros contábeis, prevenir fraudes, erros ou desvios dos ativos e proteger o patrimônio. Além disso, havia a necessidade de acompanhar e verificar o cumprimento de metas e o desempenho inicialmente planejado (ALVES; MORAES JUNIOR, 2016; BATISTA, 2011; BERGAMINI JUNIOR, 2005; CAVALCANTE; PETER; MACHADO, 2011).

Segundo Batista (2011), no Brasil, os registros indicam que as civilizações indígenas, de forma muito rudimentar, já praticavam o controle de resultados das operações, todavia, esse controle não resultava em qualquer valor agregado para as pessoas ou grupo de pessoas.

Balbe (2010), observa que no campo da teoria da administração quatro funções compõem o ciclo administrativo: o planejamento, organização, direção e controle. Desse modo, esse ciclo tem uma interação cujas funções se entrelaçam e formam um processo, contudo, a função controle é a última fase, ela visa verificar se as ações planejadas, organizadas e dirigidas estão sendo desempenhadas conforme estabelecido.

Para Róllo (2011, p. 42) “o controle interno pode ser definido como o conjunto de normas, técnicas e instrumentos utilizados pelos gestores para assegurar que as ações de órgãos ou unidades sob a sua responsabilidade ocorram de acordo com o planejado.”

No contexto organizacional a finalidade dos controles internos é a de prover as melhores condições para se atingirem os objetivos específicos da empresa (BARRETO; CALLADO; CALLADO, 2018). “Tais condições decorrem das medidas adotadas pela empresa a fim de fornecer o suporte necessário para o alcance de objetivos, que podem ser divididos em três

grupos: otimizar processos, incrementar a transparência e assegurar a conformidade (*compliance*)” (BERGAMINI JUNIOR, 2005, p. 184).

Pelo exposto no texto acima, percebe-se a importância do Sistema de Controle Interno no campo organizacional. Nesse sentido diversas definições foram emitidas por entidades que estudam o tema. Abbas e Iqbal (2012) apresentam algumas dessas definições:

Quadro 08 – Definições de Controle Interno no âmbito organizacional

Órgão	Definição
COSO (2009)	“Um controle interno é um processo afetado pelo conselho de administração, gerência e outro pessoal de uma entidade, projetado fornecer garantia razoável em relação à consecução dos objetivos em (1) efetividade e eficiência das operações (2) Confiabilidade dos relatórios financeiros e (3) conformidade com as leis e regulamentos aplicáveis”.
Price water coopers	“Um sistema de controle interno consiste em todos os procedimentos, métodos e medidas (medidas de controle) instituídas pelo Conselho de Administração (PwC) (2008) e gerência executiva para garantir que as atividades operacionais progridam de maneira adequada. As medidas organizacionais para controle interno são integradas nas operações, o que significa que são executadas simultaneamente com processos de trabalho ou executados diretamente antes ou depois da execução do trabalho”.
Standards for Internal Control in New York State Government (2007)	“Controle interno é a integração das atividades, planos, atitudes, políticas e esforços das pessoas de uma organização que trabalham juntas para fornecer segurança razoável de que a organização alcançará seus objetivos e missão”.
AMF working Group (2007)	"Controle interno é o sistema de uma empresa, definido e implementado sob sua responsabilidade, que compreende um conjunto de recursos, padrões de conduta, procedimentos e ações adaptados às características individuais de cada empresa que contribui para o controle de suas atividades, a eficiência de suas operações e a utilização eficiente de seus recursos permite levar em consideração, de maneira adequada, todos os principais riscos, sejam eles operacionais, financeiros ou conformidade”.
PIFC Expert Group Interna Control Systems in Candidate countries (2004)	“O sistema de controle interno é aquele desenvolvido para controlar adequadamente os procedimentos financeiros e operacionais de qualquer entidade. O controle interno pode fornecer garantia razoável, mas não absoluta, de que os ativos são salvaguardados e que transações são autorizadas e devidamente registradas de forma a permitir a identificação e correção oportunas de erros materiais. O controle interno é baseado em um sistema de informações gerenciais, regulamentos financeiros, procedimentos e um sistema de responsabilização, bem como um forte gerenciamento formal de projetos”.
The International Organization of Supreme Audit Institutions (INTOSAI, 2004)	"O controle interno é um processo integral que é efetuado pela gerência e pessoal de uma entidade e é projetado para abordar riscos e fornecer segurança razoável de que, na prossecução da missão da entidade, os seguintes objetivos gerais estão sendo alcançados: execução de operações ordenadas, éticas, econômicas, eficientes e eficazes, cumprimento de obrigações de prestação de contas, cumprimento das leis e regulamentos aplicáveis e salvaguarda de recursos contra perda, uso indevido e danos”.
Federal Government United States	“Um componente integrante da gestão de uma organização que fornece garantia razoável de que os seguintes objetivos estão sendo alcançados: eficácia e eficiência

General Accounting Office	das operações, confiabilidade dos relatórios financeiros e conformidade com leis e regulamentos aplicáveis ".
French Institute of Chartered Accountants (1999)	“Controle interno é o conjunto de medidas de segurança que contribuem para o controle de uma empresa. Seu objetivo é garantir, em por um lado, a segurança e salvaguarda de ativos e a qualidade das informações, por outro, a aplicação de instruções dadas pela Alta Administração e para incentivar melhorias no desempenho. É evidenciado através da organização, métodos e procedimentos para cada uma das atividades da empresa, de modo a garantir a continuidade dessa empresa ".
American Institute of Certified Public Accountants (1963, 1949) – AICPA	“O controle interno compreende o plano de organização e todos os métodos e medidas coordenadas adotados no uma empresa para proteger seus ativos, verificar a precisão e a confiabilidade de seus dados contábeis, promover a eficiência operacional e incentivar a adesão às políticas gerenciais prescritas”.
Basle Committee on Banking Supervision (1998)	“O controle interno é um processo afetado pelo conselho de administração, pela alta administração e por todos os níveis de pessoal. Não é apenas um procedimento ou política que é realizada em um determinado momento, mas está operando continuamente em todos os níveis dentro do banco. ”

Fonte: elaboração própria com base nos estudos Abbas e Iqbal

Para Abbas e Iqbal (2012) o controle interno é um importante tema discutido em todas as organizações e que sofreu influência de crises financeiras que se espalharam em todo o mundo. Os autores relacionam cinco objetivos comuns do Sistema de Controle Interno a saber: a) confiabilidade dos relatórios financeiros; b) eficácia e; c) eficiência operacional; d) conformidade com as leis aplicáveis; e) regulamentos.

No entendimento de Abbas e Iqbal (2012) Sistema de Controle Interno é definido como:

(...) um processo projetado especificamente pela organização e que fornece uma garantia razoável para alcançar seus objetivos afetados pelas partes interessadas de uma entidade, incluindo o conselho de diretores, alta gerencia e outras pessoas responsáveis pelo desenvolvimento de uma cultura de controle para manter a eficácia e eficiência das operações e o cumprimento das leis e regulamentos aplicáveis que resultam em minimizar o uso indevido ou desperdício de recursos e apresentar relatório financeiro confiável que mostre a imagem verdadeira e justa posição da situação financeira da empresa às partes interessadas e ajuda-las a tomar suas melhores decisões de investimento (ABBAS; IQBAL, 2012, p. 536).

Os autores relatam que essas crises financeiras que abalaram a economia mundial têm relação direta com as fragilidades no sistema de controle interno das organizações. Diante dessa situação, os governos buscaram criar mecanismos e fortalecimento desses sistemas e assim, mitigar possíveis ocorrências. Dentre as medidas adotadas, três importantes legislações se destacam:

Quadro 09: Legislações que fortaleceram o controle interno

Legislação	Objetivo
Lei Sarbane-Oxley 2002 (SOX) – EUA	Reforçar a responsabilidade dos diretores e outras autoridades das empresas no que diz respeito ao Sistema de controle interno.
Código Sueco de Governança Corporativa (2005)	É base do direito corporativo Sueco Determina que as empresas devem avaliar sistema de controle continuamente.
Código de Governança Corporativa do Reino Unido (2010) –	Estabelece as melhores práticas em relação ao controle interno para as empresas do Reino Unido.

Fonte: elaboração própria com base nos estudos de Abbas e Iqbal, 2012.

Segundo Bergamini Júnior (2005) a promulgação da Lei Sarbanes-Oxley ou SOX, em 2002, foi uma reação das autoridades de órgãos reguladores e fiscalizadores dos EUA com a finalidade de proteger o seu mercado de capitais dos abusos praticados por grandes corporações norte-americanas. De modo similar, as autoridades ingleses e suecas caminharam no mesmo sentido no tocante aos sistemas de controle interno.

Contribuindo com essas afirmações, Barreto, Callado e Callado (2018) relatam que:

(...) O passado recente, anterior à promulgação da SOX, demonstrou que muitos escândalos corporativos derivaram-se da fragilidade do ambiente de controle, decorrente do baixo nível de comprometimento da média gerência com a qualidade dos controles internos contábeis utilizados na gestão de processos e dos riscos. Esse descompromisso contribuiu para a existência do hiato informacional entre as unidades de negócios e a alta administração (BARRETO; CALLADO; CALLADO, 2018, p. 164).

4.1 Controle Interno na gestão pública

No setor público os mecanismos de controle também evoluíram continuamente, e nos Estados democráticos o controle pode ser exercido de duas formas: Controle Político e Controle Administrativo. O controle político tem origem na teoria da separação dos poderes, tendo como base o equilíbrio entre eles (Executivo, Legislativo e Judiciário).

Na área pública, o controle administrativo é direcionado para as instituições da administração, ou seja, os mecanismos de controle têm como foco a função, os órgãos, os agentes administrativos. Desse modo, a atividade administrativa deve ter sempre como objetivo atender ao interesse público (CARVALHO FILHO, 2015).

Carvalho Filho (2015, p.97) afirma que “podemos denominar de controle da Administração Pública o conjunto de mecanismos jurídicos e administrativos por meio dos

quais se exerce o poder de fiscalização e de revisão da atividade administrativa em qualquer das esferas de Poder.” Todavia, esse controle pode ser interno ou externo.

O controle interno no âmbito público pode ser considerado como uma ferramenta de autocontrole que tem por objetivo zelar pela coisa pública, ou seja, cuidar para que os responsáveis pela gestão do patrimônio público desenvolvam suas atribuições em conformidade com o planejado ou de acordo com as normas institucionais ou legais (ALVES; MORAES JUNIOR, 2016).

4.1.1 Evolução do Controle Interno no Brasil

O marco histórico do primeiro órgão de controle das finanças públicas no Brasil foi a criação do Erário Régio em 1808 e do Conselho da Fazenda, após a transferência da Corte portuguesa para o Brasil. A preocupação da época era com o sistema fiscal, a especialização de funções e órgãos, o aumento da produtividade, o combate ao contrabando e a renovação dos métodos contábeis e de supervisão. Esse órgão resultou no reforço e na centralização das finanças do reino e domínios (CABRAL, 2011; MARX, 2015).

Segundo Cabral (2011, s/p) a “ênfase dada às atividades de controle e vigilância do sistema financeiro estava ligada à emergência de novos princípios administrativos, que se pautavam pela promoção do bem-estar social, na linha de pensamento da “ciência da polícia”. Posteriormente, em 1831 foi criado Tribunal do Tesouro Público Nacional que reuniu os principais órgãos ligados a estrutura fazendária e controle das contas nacionais.

No início do século XX o mundo viveu momentos de instabilidade econômica que afetou profundamente a economia brasileira. Os desequilíbrios na economia estavam relacionados as variações na oferta do café, que era o principal produto exportado pelo país e os reflexos negativos na economia do mundo, provocados pela Primeira Guerra Mundial. Essa situação forçou o país a recorrer aos banqueiros internacionais (ingleses) em busca de novas operações de crédito. No entanto, esses banqueiros avaliaram que os registros contábeis existentes eram frágeis e não tinham condições de oferecer garantia para os empréstimos solicitados.

Por tais razões, em 1921, por meio do Decreto nº 15.210, foi instituída a Contadoria Central da República, uma repartição da Diretoria do Tesouro Nacional. “No ano seguinte, foram aprovados o Código de Contabilidade Pública (Decreto n.º 4.536) e o Regulamento Geral da Contabilidade Pública (Decreto n.º 15.783)” (BALBE, 2010, p. 66).

A chamada Era Vargas (1930 a 1934 e 1937 a 1947) foi marcada por períodos ditatoriais e democráticos, não obstante, a Constituição de 1934 trouxe avanços no tocante à prestação de contas por parte do governo federal. No artigo 60 (2º Parágrafo único) estabelecia:

Parágrafo único: Ao Ministro da Fazenda compete mais:

(...)

2º) apresentar, anualmente, ao Presidente da República, para ser enviado à Câmara dos Deputados, com o parecer do Tribunal de Contas, o balanço definitivo da Receita e Despesa do último exercício.

Para Balbe (2010) esse dispositivo legal pode ser considerado o nascimento constitucional da obrigatoriedade de prestação de contas.

Em 1964, um dos últimos atos do presidente João Goulart foi a promulgação a Lei nº 4.320 que instituiu as normas do Direito Financeiro para a elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos estados, do distrito federal e dos municípios. Nesse sentido, o artigo 75 estabeleceu o controle da execução orçamentária no tocante a legalidade dos atos, da fidelidade funcional dos agentes administrativos e o cumprimento do programa de trabalho. Adiante, o artigo 77 (do Controle Interno) estabeleceu que a verificação da legalidade dos atos de execução orçamentária ocorreria de maneira prévia, concomitante e subsequente (ALVES; MORAES JUNIOR, 2016; BALBE, 2010).

Em 1967 foi promulgada uma nova Constituição Federal que consolidou as normas do Direito Financeiro formuladas anteriormente. O artigo 71 dessa legislação estabeleceu que a “fiscalização financeira e orçamentária da União seria exercida pelo Congresso Nacional através de controle externo, e dos sistemas de controle interno do Poder Executivo, instituídos por lei. Já o artigo 72 determinou ao poder executivo manter o sistema de controle interno, visando: “I - criar condições indispensáveis para eficácia do controle externo e para assegurar regularidade à realização da receita e da despesa; “II - acompanhar a execução de programas de trabalho e do orçamento; III - avaliar os resultados alcançados pelos administradores e verificar a execução dos contratos.

Nesse mesmo ano, foi editado o Decreto-Lei nº 200/67 que dispôs sobre a organização da Administração Federal, estabeleceu as diretrizes para a Reforma Administrativa. Ainda mais, o artigo 13 fortaleceu as funções de controle e estabeleceu o controle das atividades da Administração Federal em todos os níveis e órgãos, especialmente:

a) o controle, pela chefia competente, da execução dos programas e da observância das normas que governam a atividade específica do órgão controlado;

- b) o controle, pelos órgãos próprios de cada sistema, da observância das normas gerais que regulam o exercício das atividades auxiliares; e
- c) o controle da aplicação dos dinheiros públicos e da guarda dos bens da União pelos órgãos próprios do sistema de contabilidade e auditoria (artigo 13 do Decreto-Lei nº 200/67)

O Decreto n.º 92.452, de 10 de março de 1986 criou a Secretaria do Tesouro Nacional – STN. Segundo Balbe (2010, p.74) a STN “ficou com as atribuições de orientação normativa, de supervisão técnica e de fiscalização específica dos órgãos setoriais do Sistema de Auditoria”

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 o controle interno passou a integrar o texto constitucional como elemento de fiscalização contábil, financeira e orçamentária (OLIVIERI, 2008; MUNIZ, 2017; ALVES; MORAES JUNIOR, 2016).

Conforme previsto no artigo 70, a fiscalização no âmbito da Administração Pública observará o atendimento quanto à legalidade, legitimidade, economicidade, aplicação das subvenções e renúncia de receitas, que será exercida pelo Congresso Nacional, mediante controle externo, e pelo sistema de controle interno de cada Poder.

Em complemento, foi publicada a Medida Provisória nº 480 de 1994, editada para organizar, estruturar e definir as competências do Sistema de Controle Interno do Poder Executivo Federal, que era vinculado ao Ministério da Fazenda e composto pelos seguintes órgãos: I) o Conselho Consultivo do Sistema de Controle Interno; II - a Secretaria Federal de Controle; III - a Secretaria do Tesouro Nacional; IV - as unidades de controle interno dos ministérios militares, da Secretaria Geral da Presidência da República e do Ministério das Relações Exteriores, como órgãos setoriais.

Nesse processo, Balbe (2010) argumenta que o modelo SFC de Controle Interno ficou marcado por dois momentos distintos. “O primeiro vai de 1994 até 1998, quando ocorreu a implantação da nova forma de atuação com a maior capacidade de coordenação do SCI por parte do órgão central. No segundo momento – de 1999 até 2002, ocorreu a consolidação, ainda que incompleta, do modelo” (BALBE, 2010, p. 102).

Para Olivieri (2008, p.13) a criação da SFC “resultou do processo de reconfiguração do Estado brasileiro, no sentido da criação de capacidade de governo em regime democrático, ou seja, criação de capacidade para implementar políticas públicas que alterem a realidade do país de forma transparente e responsiva aos cidadãos.” A autora acrescenta que a SFC é um órgão de cúpula do sistema de controle interno do Poder Executivo, e que exerce a fiscalização sobre esse próprio poder. Ademais, esse órgão representou o fortalecimento da capacidade do governo em monitorar as políticas públicas.

Por fim, em 28 de maio de 2003 foi promulgada a Lei nº 10.683, que entre outras determinações, criou a Controladoria Geral da União. Conforme o artigo 17 da citada lei diz:

À Controladoria-Geral da União compete assistir direta e imediatamente ao Presidente da República no desempenho de suas atribuições, quanto aos assuntos e providências que, no âmbito do Poder Executivo, sejam atinentes à defesa do patrimônio público, ao controle interno, à auditoria pública, às atividades de ouvidoria geral e ao incremento da transparência da gestão no âmbito da Administração Pública Federal.

Quadro 10 - Síntese da evolução do Sistema de Controle Interno no Brasil

Legislação	Objetivo	Resultado
Decreto 11/03/1808	Criação Erário Régio também chamado de Erário Real, Real Fazenda, Tesouro Público ou Tesouro Geral	Órgão de Controle das finanças públicas
Alvará de 28/06/1808	Conselho da Fazenda	Apresentou maiores detalhes sobre o funcionamento do Erário Régio e atuação junto com o Conselho da Fazenda.
Lei de 04/10/1831	Criação do Tribunal do Tesouro Público Nacional	Órgão de direção e fiscalização da receita e despesa nacional. Ampliou a organização fazendária e absorveu as atribuições do Conselho da Fazenda.
Decreto nº 15.210, em 28/12/1921	Contadoria Geral da República	Era responsável pela direção geral dos serviços contábeis da União
Lei nº 4.320, de 17/03/1964	Criação do Controle Interno no Poder Executivo	Estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal.
Decreto-Lei nº 200/67, de 25/02/1967	Organização da Administração Federal	Nova visão de que os controles de meramente formais devem ser suprimidos e análise do custo-benefício para implantação de controles
Decreto nº 92.452, de 10/03/1986	Criação da Secretaria do Tesouro Nacional (STN)	Foi desenvolvido e implantado o sistema informatizado SIAFI – integrou os sistemas de programação financeira; execução orçamentária e de Controle Interno do Poder Executivo Federal. Fornecimento de informações gerenciais confiáveis. Criação da Conta Única do Tesouro Nacional
Constituição Federal de 1988		Fortalecimento do papel do controle Interno
Medida Provisória nº 480, de 27/04/1994	Criação da Secretaria Federal de Controle (SFC)	Responsável pelas atividades de Auditoria, Fiscalização e Avaliação de Gestão.
Lei nº 10.683, de 28/05/2003	Criação da Controladoria Geral da União	Incorpora a SFC, a Ouvidoria Geral da União, Corregedoria Geral da União.

Fonte: elaboração própria com base na legislação.

4.2 Estrutura e funcionamento da CGU

A Controladoria-Geral da União (CGU) é o órgão de controle interno do Poder Executivo Federal, criada por meio da Lei 10.683 de 28 de maio de 2003 e que é encarregada em assistir direta e imediatamente ao Presidente da República nas atividades relacionadas à defesa do patrimônio público e promover a transparência da gestão. As ações são desenvolvidas por meio de auditoria pública; correição; prevenção e combate à corrupção e ouvidoria. Além disso, cabe a CGU exercer, como Órgão Central, a supervisão técnica dos órgãos que compõem o Sistema de Controle Interno e o Sistema de Correição e das unidades de ouvidoria vinculadas ao Poder Executivo Federal (BRASIL, 2019; LOUREIRO, *et al.*, 2012; MUNIZ, 2017).

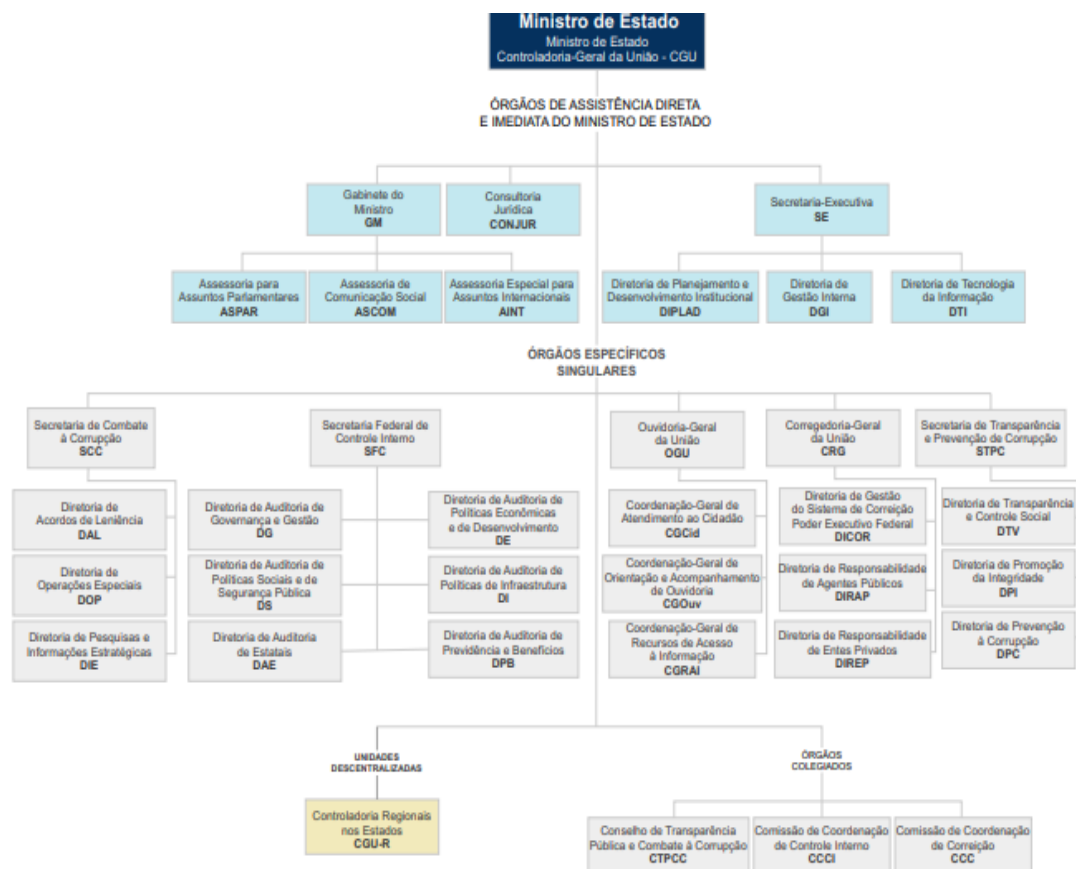
De acordo com a Instrução Normativa Conjunta MP/CGU Nº 01, de 10 de maio de 2016, que dispõe sobre controles internos, gestão de riscos e governança no âmbito do Poder Executivo federal, no inciso XVI, do art.º 2, define as atividades do Sistema de Controle Interno do Poder Executivo Federal, que compreende:

As atividades de avaliação do cumprimento das metas previstas no plano plurianual, da execução dos programas de governo e dos orçamentos da União e de avaliação da gestão dos administradores públicos federais, utilizando como instrumentos a auditoria e a fiscalização, e tendo como órgão central a Controladoria-Geral da União. Não se confunde com os controles internos da gestão, de responsabilidade de cada órgão e entidade do Poder Executivo federal.

Neste sentido, o órgão tem a seguinte missão: “Promover o aperfeiçoamento e a transparência da gestão pública, a prevenção e o combate à corrupção, com participação social, por meio da avaliação e controle das políticas públicas e da qualidade do gasto”. (BRASIL, 2019).

Atualmente a Secretaria Federal de Controle (SFC), a Secretaria de Transparência e Prevenção da Corrupção (STPC); Corregedoria-Geral da União (CRC), a Ouvidoria-Geral da União (OGU), a Secretaria de Combate a Corrupção (SCC) compõe a estrutura da CGU. Assim, cabe a SFC a responsabilidade pelo Controle Interno, a STPC atua na promoção da transparência e prevenção da corrupção; a CRC é responsável pelo Sistema de Correição; a OGU atua junto das unidades de ouvidoria e a mais recente, a SCC é responsável por formalizar os acordos de leniência e promover operações especiais para o combate a corrupção, entre outras ações.

Figura 02: Organograma CGU/2019



Fonte: site CGU/2019

De forma detalhada, apresenta-se as principais ações desenvolvidas por estas áreas finalísticas na CGU:

Secretaria de Transparência e Prevenção da Corrupção (STPC): atua na formulação, coordenação e fomento a programas, ações e normas voltados à prevenção da corrupção na administração pública e na sua relação com o setor privado. Esta secretaria também desenvolve ações direcionadas para fomentar o controle social, considerando cada cidadão fundamental na tarefa de participar da gestão e de exercer o controle social do gasto público (BRASIL, 2019).

Além disso, o Planejamento Estratégico da CGU tem como objetivo nesta área, desenvolver uma agenda permanente de interlocução com a sociedade; fortalecer a transparência e o controle social, sendo a CGU a indutora desse processo e desenvolver ações de transparência e participação em Entes Subnacionais (estados, municípios) que envolvam as várias áreas da CGU.

Secretaria Federal de Controle Interno (SFC) – exerce as atividades de órgão central do sistema de controle interno do Poder Executivo Federal. (BRASIL, 2019). Nesta Secretaria, destaca-se o Programa de Fiscalização em Entes Federativos, que incorporou o antigo Programa de Fiscalização por Sorteios Públicos. Como resultado, desde 2003, já foram fiscalizados 2,5 mil municípios brasileiros, compreendendo aproximadamente o montante de 30 bilhões em recursos federais fiscalizados. (BRASIL, 2019).

Corregedoria-Geral da União (CRG) – foi criada por meio da Medida Provisória nº 2.216-37 e integrava a estrutura da Presidência da República, posteriormente, foi incorporada a estrutura da CGU. Por meio do Decreto nº 5.480, de 30 de junho de 2005, foi instituído o Sistema de Correição do Poder Executivo Federal, sendo a CGU o órgão central do sistema.

Atua no combate à impunidade na administração federal, promovendo, coordenando e acompanhando a execução de ações disciplinares que visem à apuração de responsabilidade administrativa de servidores públicos e empresas fornecedoras da administração federal. (BRASIL, 2019).

O último relatório de acompanhamento das punições expulsivas a servidores estatutários do Poder Executivo Federal informa que ocorreram 7.443 punições expulsivas (demissões) no período de 2003 a março de 2019. O relatório é mensal e, também apresenta informações sobre outras penalidades como destituições de cargos comissionados e cassações de aposentadorias no âmbito do executivo federal. O Decreto nº 9.681, de 03 de janeiro de 2019 que aprovou a Estrutura Regimental da CGU, estabelece em seu artigo 14 as competências da Corregedoria-Geral da União.

Ouvidoria-Geral da União (OGU) - De acordo com a Lei nº 8.490/1992 a OGU que, inicialmente se chamava Ouvidoria Geral da República, era vinculada ao Ministério da Justiça, e, posteriormente suas atribuições foram transferidas em 2002 (Decreto nº 4.177/2002) para a Corregedoria Geral da União. Com a criação a CGU passou a integrar definitivamente sua estrutura como uma das áreas finalísticas do Órgão.

Com a publicação do Decreto nº 5.683, de 24 de janeiro de 2006, novas competências foram acrescidas a OGU, com destaque para a atuação na disseminação das formas de participação popular no acompanhamento e fiscalização dos serviços públicos. Já o artigo 14 do Decreto nº 8.109, de 17 de setembro de 2013 designou a OGU como responsável por receber e responder os pedidos de acesso à informação de que trata a Lei nº 12.527/2013 (Lei de acesso à informação), apresentados a CGU e adotar as providências necessárias.

Outro destaque foi a criação do Sistema Nacional de Participação Social – SNPS, instituído pelo Decreto nº 8.243, de 23 de maio de 2014 e que estabeleceu a OGU como a instância de controle e participação social, com a incumbência de dar tratamento as reclamações, denúncias, sugestões e elogios no tocante às políticas públicas e serviços prestados na gestão pública.

O artigo 10 do Decreto nº 8.910, de 22 de novembro de 2016 que aprovou a nova estrutura regimental da CGU, também atribuiu a OGU a responsabilidade pela articulação com órgãos, entidades e organismos nacionais e internacionais que realizam similarmente as mesmas atribuições.

Por meio da Portaria nº 50.252, de 15 de dezembro de 2015, foi instituído no âmbito da CGU, o Sistema Informatizado de Ouvidorias do Poder Executivo Federal – (e-Ouv), com a função de dar tratamento às seguintes manifestações: denúncias, reclamações, solicitações, sugestões e elogios, sendo que sua adesão pelos outros órgãos é voluntária. Por último, o Decreto nº 9.681, de 03 de janeiro de 2019 que aprovou a Estrutura Regimental da CGU, estabelece em seu artigo 12 as competências da Ouvidoria-Geral da União:

- I - exercer as competências de órgão central do Sistema de Ouvidoria do Poder Executivo federal;
- II - receber e analisar denúncias, reclamações, solicitações, elogios, sugestões e pedidos de acesso à informação direcionados à Controladoria-Geral da União e encaminhá-los, conforme a matéria, ao órgão ou à entidade competente;
- III - monitorar, para fins estatísticos, a atuação das ouvidorias federais no tratamento das manifestações recebidas;
- IV - assistir o Ministro de Estado na deliberação dos recursos previstos no parágrafo único do art. 21 do Decreto nº 7.724, de 16 de maio de 2012;
- V - apreciar e decidir os recursos de que trata o art. 23 do Decreto nº 7.724, de 2012;
- VI - acompanhar, em articulação com as demais unidades da Controladoria-Geral da União, o cumprimento das decisões de que trata os art. 23 e art. 24 do Decreto nº 7.724, de 2012;
- VII - promover a conciliação e a mediação na resolução de conflitos evidenciados no desempenho das atividades de ouvidoria entre cidadãos e órgãos, entidades ou agentes do Poder Executivo federal;
- VIII - receber e analisar as manifestações referentes a serviços públicos prestados pelos órgãos e pelas entidades do Poder Executivo federal, propor e monitorar a adoção de medidas para a correção e a prevenção de falhas e omissões na prestação desses serviços;
- IX - promover capacitação relacionada a atividades de ouvidoria no âmbito do Poder Executivo federal;
- X - produzir estatísticas do nível de satisfação dos usuários dos serviços públicos prestados no âmbito do Poder Executivo federal;
- XI - promover a articulação com órgãos, entidades e organismos nacionais e internacionais que atuem nas unidades de sua competência; e

XII - promover formas de participação popular no acompanhamento e na fiscalização da prestação dos serviços públicos.’

Por fim a **Secretaria de Combate à Corrupção (SCC)**, criada recentemente (2019) atua na área de inteligência, coordenação de operações especiais e nos acordos de leniência. Cabe informar que até 31 de maio de 2019, foram assinados (06) seis acordos de leniência com empresas investigadas por desvio de recursos da União e de empresas estatais federais, totalizando um volume de recursos de 8,93 bilhões a serem ressarcidos e que envolvem os pagamentos de multa, dano e enriquecimento ilícito (BRASIL, 2019).

As operações especiais também são destaques nos trabalhos realizados pela CGU. Em dezesseis anos do órgão já foram deflagradas mais de 300 operações especiais em todo o país, realizadas em parcerias com outros órgãos como Ministério Público Federal; Polícia Federal, Receita Federal, Tribunais de Contas, entre outros. (BRASIL, 2019)

Quadro 11 - Resumo de cada área finalística da CGU

Área Finalística	Atuação
STPC	- Educação cidadã (Um por todos e todos por um) – difusão da ética e cidadania para crianças de seis a doze anos. - Desenho e redação – transparência e controle da gestão pública; - Olho vivo no dinheiro público – capacita cidadãos a atuar na melhor aplicação dos recursos públicos
SFC	- avaliar a execução de programas de governo; - comprovar a legalidade e avaliar os resultados, quanto a eficácia e eficiência da gestão dos órgãos públicos federais; - exercer o controle das operações de crédito; - exercer atividades de apoio ao controle externo.
CRG	- consiste na apuração administrativa de irregularidades cometidas por servidores públicos, bem como na aplicação de penalidades.
OGU	- atua no diálogo entre o cidadão e adm. Pública. - receber, examinar e encaminhar denúncias; reclamações, elogios e sugestões para administração pública federal. - solicitações de informação e pedidos de simplificação referentes a procedimentos e ações de agentes públicos, órgãos e entidades do Poder Executivo Federal. - tem como responsabilidade exercer a supervisão técnica das unidades de ouvidoria que compõe a estrutura do Poder Executivo Federal.
SCC	- atuação na área de inteligência, coordenação de operações especiais e nos acordos de leniência

Fonte: elaboração própria com base na estrutura regimental da CGU.

A CGU também representa o governo brasileiro nos foros internacionais de discussão sobre temas como combate à corrupção, governança pública e transparência. Considerando a

importância e priorização do tema corrupção na agenda internacional, o governo brasileiro firmou diversos acordos multilaterais voltados para a prevenção e o combate a corrupção. (BRASIL, 2019).

Neste sentido, as convenções internacionais nesta área foram consideradas um avanço para a criação de padrões internacionais na luta contra a corrupção. As principais Convenções voltadas para a prevenção e o combate à corrupção e das quais o Brasil é signatário são: a Convenção da Organização dos Estados Americanos (OEA); a da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) e a das Nações Unidas (ONU). (BRASIL, 2019).

Como representante do governo brasileiro, cabe a CGU, por meio da STPC, monitorar e acompanhar a implementação dessas Convenções, tanto interna quanto externamente, buscando promover sua implementação, por meio do denominado Mecanismo de Acompanhamento da Implementação da Convenção.

Quadro 12 - Resumo dos principais instrumentos normativos da CGU

Instrumento normativo	Conteúdo
Lei nº 10.683/2003	- Criação da CGU - Incorporação das funções da então Corregedoria-Geral da União, que foi instituída pela Medida Provisória nº 2.143-31 (Este Órgão tinha como propósito combater a fraude e a corrupção e promover a defesa do patrimônio)
Decreto nº 5.683/2006	Altera estrutura CGU e cria a Secretaria de Prevenção da Corrupção e Informações Estratégicas (SPCI), responsável por desenvolver mecanismos de prevenção à corrupção.
Decreto nº 8.109/2013	Alteração da SPCI que passa a ser chamada de Secretaria de Transparência e Prevenção da Corrupção (STPC).
Decreto nº 9.681/2019	Criação da Secretaria de Combate à Corrupção (SCC), responsável pelos atos relacionados aos acordos de leniência, inteligência e operações especiais desenvolvidas pela CGU.

Fonte: elaboração própria com base nos normativos da CGU.

Conforme organograma da CGU exercício 2019, cabe a SFC fiscalizar e avaliar a execução de programas de governo (políticas públicas), inclusive ações descentralizadas a entes públicos e privados realizadas com recursos oriundos dos orçamentos da União; realizar auditorias e avaliar os resultados da gestão dos administradores públicos federais; apurar denúncias e representações; exercer o controle das operações de crédito; e, também, executar atividades de apoio ao controle externo.

Das ações realizadas no âmbito da SFC, focaremos nossos estudos na atividade de Avaliação da Execução dos Programas de Governo (AEPG) e sua contribuição no sentido de melhorar a gestão governamental. Normalmente, as ações são desenvolvidas por meio da análise dos processos de prestação de contas encaminhados pelos gestores a SFC e de fiscalizações e auditorias nas unidades administrativas avaliadas. (OLIVIERI, 2008).

4.3 Avaliação de políticas públicas no âmbito da CGU

Segundo Rua (2009) o termo avaliação é empregado em muitos e diversos contextos, sempre se referindo a julgamentos, geralmente informais, sendo que esse processo ocorre permanentemente.

Por outro lado, o processo de avaliação das ações governamentais (políticas públicas) necessita que critérios objetivos estejam claramente estabelecidos e que permitam subsidiar a emissão de opinião. Rua (2003, p. 3) afirma que “a avaliação formal é um julgamento (porque envolve valores) sistemático (porque se baseia em critérios e procedimentos previamente reconhecidos) dos processos ou dos produtos de uma política, programa ou projeto, tendo como referência critérios explícitos, a fim de contribuir para o seu aperfeiçoamento, a melhoria do processo decisório, o aprendizado institucional e/ou o aumento *da accountability*.”

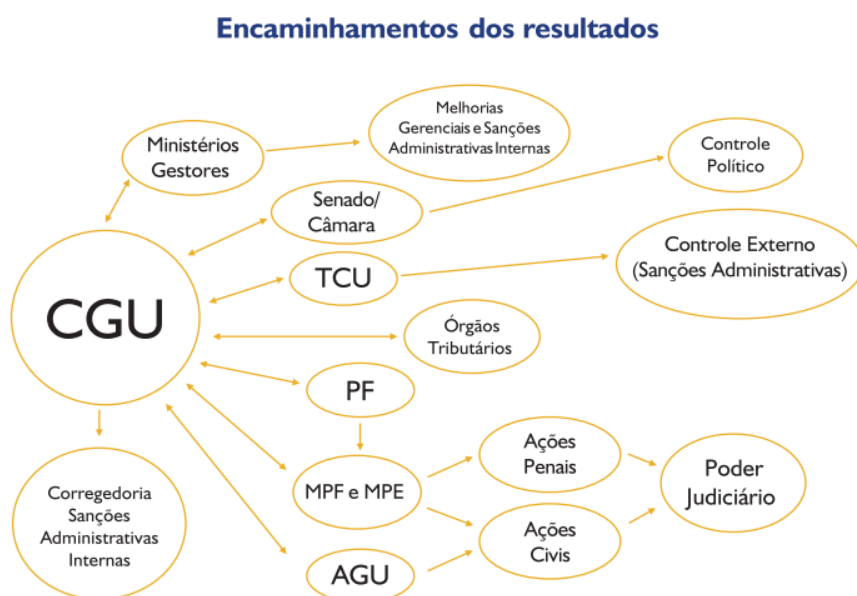
Com o objetivo de aprimorar a gestão pública do Estado brasileiro, em 2018 foi lançado um manual intitulado de “Guia Prático de Análise *Ex Post*” que reúne o esforço de vários especialistas oriundos de diversos órgãos do governo federal, entre eles a CGU no qual são apresentados os critérios e procedimentos a serem observados na execução de políticas públicas.

No tocante a avaliação de políticas públicas, o guia citado acima, define como sendo um processo sistemático, integrado e institucionalizado, “tem como premissa básica verificar a eficiência dos recursos públicos e, quando necessário, identificar possibilidades de aperfeiçoamento da ação estatal, com vistas à melhoria dos processos, dos resultados e da gestão.” (BRASIL, 2018, p. 14). A avaliação é um diagnóstico objetivo de determinada política pública no tocante a eficácia, eficiência, economicidade e efetividade, que é realizada com o uso de metodologias formais.

Cabe informar que após a finalização dos trabalhos são produzidos relatórios que são divulgados na página da CGU na internet e encaminhados para os ministérios gestores, prefeitos, governadores, além da possibilidade de serem encaminhados para outros órgãos em

razão das ocorrências identificadas. A figura abaixo apresenta de forma sucinta os encaminhamentos dos resultados da CGU.

Figura 03: Encaminhamentos dos resultados no âmbito da CGU



Fonte: (CGU, 2014)

De modo geral, o resultado deste processo de avaliação pode ser utilizado para a implementação ou aperfeiçoamento da política (avaliação formativa) bem como para a tomada de decisão no tocante a sua adoção ou expansão (avaliação somativa). Nesse processo, dentre outros aspectos, deve-se considerar: a) a forma como a política está sendo implementada; b) os efeitos desejados e adversos; c) os principais stakeholders; d) o modo de utilização dos recursos públicos. (BRASIL, 2018).

Destarte, o Brasil é um país de dimensões continentais, onde são executadas grande quantidade e diversidade de políticas públicas e que envolve vultosos recursos orçamentários. No entanto, o artigo 74 da CF/88 determina que os Poderes deverão manter, de forma integrada, o sistema de controle interno com a finalidade de:

I - avaliar o cumprimento das metas previstas no plano plurianual, a execução dos programas de governo e dos orçamentos da União;

II - comprovar a legalidade e avaliar os resultados, quanto à eficácia e eficiência, da gestão orçamentária, financeira e patrimonial nos órgãos e entidades da administração federal, bem como da aplicação de recursos públicos por entidades de direito privado; (grifo nosso)

(...)

Conforme estabelece o artigo 74 da CF/88, a avaliação de políticas públicas deverá ser realizada permanentemente pelo sistema de controle interno, que, no caso do poder executivo federal, tem como órgão central a CGU. Contudo, considerando as características do país, o processo de avaliação realizado pela CGU, em atendimento ao previsto do artigo 74 da CF/88, perpassa por um método criterioso de planejamento que permita: a) seleção adequada das políticas públicas a serem avaliadas, com base em uma matriz de risco; b) delimitação do escopo de avaliação; c) obtenção de evidências para subsidiar a avaliação; d) recomendação de melhorias para a política pública; e) avaliação da execução do programa de governo. (BRASIL, 2015)

Nessa linha, a metodologia utilizada pela CGU para Avaliação de Execução de Programas de Governo – AEPG ou das políticas públicas é composta de cinco processos: 1. Tomada de Decisão; 2. Planejamento; 3. Execução; 4. Monitoramento; e 5. Avaliação. É importante destacar que cada processo busca responder, de maneira clara e objetiva as seguintes questões:

Figura 04: Processo da AEPG (BRASIL, 2015, p. 29)



Figura 6 – Processos da AEPG

Fonte: Manual AEPG elaborado pela CGU

Para melhor compreensão, detalhamos cada um desses cinco processos ou etapas:

1 - Tomada de Decisão – De acordo com a metodologia da AEPG, o processo de Tomada de Decisão tem a finalidade a seleção das políticas públicas que serão avaliadas pela CGU e contempla as seguintes etapas:

- I Mapeamento e conhecimento das políticas públicas pertencentes a cada ministério;
- II. Hierarquização das políticas públicas a partir de critérios de materialidade, criticidade e relevância; e
- III. Priorização das Ações de Governo que serão avaliadas. (BRASIL, 2015, p. 30)

Conforme trecho acima, esse primeiro processo permite a CGU mapear as políticas públicas e estabelecer, com base em critérios de materialidade, relevância e risco, uma classificação e assim, priorizar as atividades que serão desenvolvidas. Em seguida, após a definição da ação governamental priorizada busca-se conhecer a sua forma de execução e a partir daí, são definidas questões estratégicas que deverão ser respondidas ao longo da avaliação (BRASIL, 2015).

2 - Planejamento – esse processo na metodologia da AEPG tem como finalidade a definição do escopo da avaliação e a forma de operacionalizar as ações de controle. Essa etapa compreende a elaboração dos seguintes itens:

- a. **Relatório de Situação (RS)**: levantamento detalhado dos agentes, responsabilidades, processos, produtos e demais informações que visam a consubstanciar o melhor conhecimento possível sobre a Ação de Governo;
- b. **Pré-projeto**: definição das questões estratégicas que serão objeto de avaliação pelo controle interno;
- c. **Plano Estratégico (PE)**: definição das hipóteses que serão testadas para permitir a avaliação das questões e subquestões estratégicas, assim como da abordagem da avaliação, incluindo a previsão de cenários estatísticos;
- d. **Plano Operacional (PO)**: detalhamento da estrutura de atuação, caracterizando as ações de controle previstas e relacionando-as a cada teste de hipótese;
- e. **Procedimentos**: conjunto de verificações e averiguações que permitirão testar as hipóteses formuladas e, conseqüentemente, responder às questões e subquestões estratégicas propostas no Pré-projeto e ratificadas no Plano Estratégico;
- f. **Questionários**: instrumentos utilizados para coletar dados estruturados que evidenciarão as respostas às hipóteses formuladas;
- g. **Pedido de Ação de Controle (PAC)**: preparação dos instrumentos e requisitos necessários à realização das ações de controle, que são concretizadas em PAC a ser transformado em Ordem de Serviço (OS) (BRASIL, 2015, p. 34)

3 - Execução – o processo de execução consiste na verificação *in loco* no tocante à realização dessas ações priorizadas, com o objetivo de coletar evidências para subsidiar a

avaliação da política pública. Fazem parte desse processo as seguintes etapas: planejamento da execução; realização das atividades em campo; elaboração de relatório de fiscalização ou de auditoria.

4 – Monitoramento – esse processo na metodologia da AEPG compreende a validação da execução das ações de controle e a análise dos dados obtidos em conjunto com o gestor federal para a elaboração de recomendações estruturantes que visam produzir melhoria da execução da política pública. Também é nesse processo que ocorre o acompanhamento das providências adotadas pelos gestores federais. São finalidades desse processo:

- Consolidar os dados obtidos com a execução das ações de controle, permitindo realizar avaliações parciais sobre as questões e subquestões estratégicas propostas;
- Elaborar recomendações estruturantes, discutidas e acordadas com o gestor federal, estipulando-se, em comum acordo, prazos de implementação;
- Monitorar as providências adotadas pelo gestor federal. (BRASIL, 2015, p. 67).

5 – Avaliação – esse processo na AEPG consiste na elaboração e divulgação para a sociedade do Relatório de Avaliação da Execução de Programa de Governo (RAV). Esse documento contém, após todas as fases do processo avaliativo, o posicionamento da CGU no tocante a execução da política pública analisada. Dessa forma, são finalidades desse processo:

- Emitir opinião conclusiva sobre a execução do Programa de Governo sob o escopo previamente definido;
- Dar publicidade à sociedade sobre a avaliação da execução do Programa de Governo. (BRASIL, 2015, p. 74).

Como pode ser observado nesse último processo, a emissão do Relatório de Avaliação além de consolidar os achados de auditoria, permite a sociedade conhecer como está a execução de determina política pública e assim contribuir para fomentar o controle social.

Cavalcante, Peter e Machado (1988) argumentam que:

A sociedade é parte legítima para fiscalizar a gestão dos recursos públicos (controle social), contando, nesse mister, com a participação de diversos órgãos responsáveis por verificar as contas públicas de forma mais detalhada, amparados em legislações específicas, como dispõe a própria Constituição Federal de 1988” (CAVALCANTE; PETER; MACHADO, 2011, p. 24).

Pois bem, para que a avaliação de políticas públicas possa contribuir para o aprimoramento da atuação do Estado brasileiro, é imprescindível haver transparência, divulgação adequada, prestação de contas independentemente os resultados obtidos.

5 MÉTODO DA PESQUISA

Este capítulo abordará a metodologia da pesquisa e apresentará as técnicas e os métodos utilizados para atingir os objetivos do estudo. Não obstante, esse capítulo será composto da seguinte maneira: discorrerá sobre a delimitação epistemológica da pesquisa; apresentará os procedimentos; a natureza e abordagem da pesquisa, a coleta de dados, análise de conteúdo e o resumo da metodologia da pesquisa.

5.1 Demarcação epistemológica da pesquisa

Com o objetivo de melhor compreender o que se denomina *conhecimento científico* (ciência) e sua relevância no contexto da pesquisa, apresentamos algumas considerações sobre esse tema, identificadas a partir de leituras para este estudo.

A ciência representa “um processo social como tantos outros, sujeito às vicissitudes das formas de organização societária e aos percalços da influência dos produtores sobre o uso de seus produtos apesar de seus ideais de neutralidade e objetividade” (HAGUETTE, 1995, p. 13)

Moura, *et al* (2015) destaca a importância de fazer ciência no meio acadêmico. Argumenta que por meio dela, se faz as descobertas, se inventa pelo uso de métodos. Para isso, as produções científicas devem apoiar-se em conhecimentos disponíveis e com a utilização de métodos e técnicas investigativas, considerando os requisitos exigidos para tal.

Em seus estudos, Cançado, Pereira e Tenório (2015, p 23) “apresentam os critérios de demarcação da ciência, aqueles que determinado campo do conhecimento deve atender para ser caracterizado enquanto ciência”. Segundo os autores, a ciência como é conhecida hoje tem sua origem nos trabalhos do autor, filósofo francês Descartes (1596-1650), sendo sua obra mais importante, “*O discurso do método*”.

Descartes lança as bases do método científico moderno e é considerado o precursor do racionalismo como única fonte do conhecimento. Nesse processo, o autor desconsidera o conhecimento recebido com base apenas nos costumes e tradições, ou seja, ocorre a substituição do método tradicional pelo racional. O pesquisador salienta o poder da razão como forma de resolver qualquer espécie de problema, sendo que seu método foi inicialmente aplicado às ciências naturais e posteriormente as ciências sociais (MOTTA; VASCONCELOS, 2006).

Para contrapor ao pensamento dos racionalistas, surge a visão relativista do conhecimento científico, são chamados assim por acreditar que outros pontos de vista são importantes, recusam toda e qualquer verdade absoluta, e negam o caráter objetivo do

conhecimento científico. Para esses pensadores o “conhecimento não pode ser comprovado com total certeza, pois os sentidos humanos são falhos e o olhar do homem está baseado em teorias que podem ser superados por novas descobertas” (CANÇADO; PEREIRA; TENÓRIO, 2015, p. 28).

Nessa linha, Cançado, Pereira e Tenório (2015) apresentam os pesquisadores Karl Popper, Thomas Kuhn, Lakatos, Feyerabend, Chalmers, Boaventura de Souza Santos e Pedro Demo e suas contribuições no critério de demarcação (que pretende separar ciência e senso comum). Todavia, esses pesquisadores apresentam divergências nesse critério e nas características da ciência. “O critério de demarcação é aquele que separa a ciência de outras formas de conhecimento, principalmente do senso comum; as características da ciência apresentam a visão de cada um dos autores em relação à estrutura interna do conhecimento científico (...)” (CANÇADO; PEREIRA; TENÓRIO, 2015, p. 29).

A proposta de Popper (2007) estabelece como critério de demarcação de uma teoria científica a possibilidade de falseabilidade ou refutabilidade através da experiência. Ou seja, deve ser tomado como critério não a verificabilidade, mas a falseabilidade de um sistema, o pesquisador acredita que as teorias devem ser colocadas à prova para que sejam refutadas ou comprovadas, portanto, as teorias devem ser falsificáveis (capacidade de estar equivocada), passíveis de serem testadas para assim serem refutadas ou corroboradas. Como característica da ciência, Popper apresenta o conceito de sistemas axiomatizados e que, sucintamente, devem atender a quatro condições: estar *livre de contradições*; deve ser *independente*; deve ser *suficiente* para a dedução; devem ser *necessários* (não supérfluos) (CANÇADO; PEREIRA; TENÓRIO, 2015).

Como critério de demarcação da ciência, Kuhn (1978) estabelece o conceito de paradigma, que pode ser entendida como uma forma de fazer ciência orientada por um único paradigma, sendo que esse paradigma deve ser capaz de apoiar as tradições da ciência normal. Dessa forma, “o paradigma pode ser considerado como o corpo de conhecimentos aceito e usado por uma comunidade científica. A prática do paradigma dentro desses padrões é o que identifica uma ciência normal (CANÇADO; PEREIRA; TENÓRIO, 2015, p. 35).

Contribuindo com essas afirmações, Ostermann (1996) diz que a proposta de Kuhn apresenta o desenvolvimento científico como uma sequência de períodos de ciência normal onde a comunidade científica aceita determinado paradigma. E mais, argumenta que:

Para Kuhn a ciência segue o seguinte modelo de desenvolvimento: uma sequência de períodos de *ciência normal*, nos quais a comunidade de pesquisadores adere a um *paradigma*, interrompidos por *revoluções científicas* (ciência extraordinária). Os

episódios extraordinários são marcados por anomalias / crises no paradigma dominante, culminando com sua ruptura (OSTERMANN, 1996, p. 185).

Nesse contexto, Kuhn identifica três fases de paradigmas: a fase precedente em que ocorre uma disputa entre várias teorias; a fase da ciência normal em que um paradigma se impõe sobre os outros e a fase em que novos paradigmas se apresentam para contrapor o paradigma existente. (KUHN, 2006). “O quadro de Kuhn da maneira como progride a ciência pode ser resumido no seguinte esquema aberto: *pré-ciência – ciência normal – crise-revolução – nova ciência normal – nova crise*” (CHALMERS, 1993, p. 125). O autor apresenta também os estudos de Lakatos, que diz:

Segundo Lakatos, um campo de indagação é uma ciência caso se confirme à metodologia dos programas de pesquisa científicos e não o é se não se confirma, sempre tendo em mente que se trata de uma conjectura a ser testada na história da física. (CHALMERS, 1993, p. 145).

Para Cançado, Pereira e Tenório (2015) a proposta de Lakatos (1999) é uma evolução das ideias de Popper. Lakatos classifica sua proposta de falsificacionismo sofisticado por considerar que “não se refuta uma teoria, mas uma série de teorias (ou um programa de investigação) que evoluíram no tempo. Além disso, um programa só pode ser refutado se houver um substituto melhor” (CANÇADO; PEREIRA; TENÓRIO, 2015, p. 43).

Já proposta de Feyabend (2007) é que não existe um critério de demarcação da ciência, propõe a liberdade irrestrita do cientista e aponta fatores que podem restringir essa liberdade (determinados padrões externos). Para ele a criação de hipóteses contraditórias contribui para o desenvolvimento da ciência (CANÇADO; PEREIRA; TENÓRIO, 2015).

“Feyerabend defende fortemente a afirmação de que nenhuma das metodologias da ciência que foram até agora propostas são bem-sucedidas” (CHALMERS, 1993, p. 161). E mais, que todas elas possuem suas limitações, por isso a necessidade de se buscar múltiplas possibilidades na construção de teorias científicas, ou seja, é o chamado “vale-tudo”.

A proposta de Chalmers (1993; 1994) no tocante ao critério de demarcação da ciência é que não existe um conceito único. Para o autor não existe um padrão para o desenvolvimento científico, no entanto, deve ter um objetivo claro, métodos, e possibilidades de medir seus resultados (CANÇADO; PEREIRA; TENÓRIO, 2015).

Uma ciência, em algum estágio de seu desenvolvimento, envolverá um conjunto de técnicas para articular, aplicar e testar as teorias das quais é formada. O desenvolvimento de uma ciência ocorre de forma análoga à construção de uma

catedral enquanto resultado do trabalho combinado de um certo número de indivíduos, cada qual aplicando suas habilidades especializadas (CHALMERS, 1993, p. 144).

Cançado, Pereira e Tenório (2015) apresentam a proposta de Boaventura de Souza Santos (2003) como a superação da distinção entre senso comum e ciência, via dupla ruptura epistemológica, e que essa ruptura “levaria à transformação de ambos os tipos de conhecimento em uma nova forma simultaneamente mais reflexiva e mais prática, mais democrática e mais emancipadora que qualquer um deles em separado” (CANÇADO; PEREIRA; TENÓRIO, 2015, p. 55).

Santos (1989) diz:

A ciência constrói-se, pois, contra o senso comum, e, para isso, dispõe de três atos epistemológicos fundamentais: a ruptura, a construção e a constatação. Porque essenciais a qualquer prática científica, esses atos aplicam-se por igual nas ciências naturais e nas ciências sociais (SANTOS, 1989, p. 33).

Conforme Cançado, Pereira e Tenório (2015) a síntese da proposta de Demo (2007) como critério de demarcação científica é a discutibilidade, pois “só pode ser científico o que for discutível”. Os autores discorrem que para Demo (2007) “é mais fácil dizer o que não é ciência do que, dizer, objetivamente, o que é ciência” (CANÇADO; PEREIRA; TENÓRIO, 2015, p. 62).

Demo (1995) diz que:

É sempre mais fácil dizer o que não seria ciência. Simplificadamente, não são **ciência** a **ideologia** e o **senso comum**.” E mais, “o critério de distinção do **senso comum** é o **conhecimento acrítico, imediatista, crédulo**. Enquanto que o “critério da **ideologia** é seu **caráter justificador de posições sociais vantajosas** (DEMO, 1995, p. 18). (grifo do autor).

Após apresentar os critérios de demarcação dos pesquisadores Karl Popper, Thomas Kuhn, Lakatos, Feyerabend, Chalmers, Boaventura de Souza Santos e Pedro Demo, é importante esclarecer que, esses pensadores concordam que a ciência existe e que é possível perceber sua evolução ao longo do tempo, no entanto, o que muda é a percepção da ciência não como verdade absoluta, mas como verdade provisória.

Kuhn (2006) afirma que:

Se a ciência é a reunião de fatos, teorias e métodos reunidos nos textos atuais, então os cientistas são homens que, com ou sem sucesso, empenharam-se em contribuir com um ou outro elemento para essa constelação específica. O desenvolvimento torna-se o processo gradativo através do qual esses itens foram adicionados, isoladamente ou

em combinação, ao estoque sempre crescente que constitui o conhecimento e a técnica científicos (KUHN, 2006, p. 20).

Não obstante, parte-se do pressuposto que fazer ciência é antes de tudo buscar um conhecimento mais exato, fidedigno e que por meio de experimentos (hipóteses), os fatos possam ser verificados e testados.

Neste contexto, Booth, Colomb e Williams (2005) afirmam que a pesquisa ajudará o pesquisador a compreender fenômenos de uma maneira muito melhor que qualquer outro trabalho. Este processo ocorre por meio de análise, crítica ou síntese de determinados fatos. E mais, para os autores, “pesquisar é simplesmente reunir informações necessárias para encontrar respostas para uma pergunta e assim chegar à solução de um problema” (BOOTH, COLOMB e WILLIAMS, 2005, p. 7)

No entendimento de Gil (2002, p. 17) pode-se “definir pesquisa como o procedimento racional e sistemático que tem como objetivo proporcionar respostas aos problemas que são propostos.” Neste sentido, a ciência pode ter como objetivo o conhecimento por si mesmo ou resultarem práticas surgidas a partir desse conhecimento.

Na perspectiva da ciência, Mattos (2015) afirma que “só é possível produzir conhecimento científico utilizando um conjunto de contribuições teóricas de outros autores e dialogando com tais contribuições” (MATTOS, 2015, p. 47). Para o autor, o processo pela qual construímos uma definição ou obtemos o resultado para o objeto estudado nunca é solitária ou individual. O autor diz ainda que “o fundamental é que sejamos capazes de explicitar nossas escolhas sobre essas contribuições teóricas e sobre os usos que delas fazemos, demonstrando a utilidade das mesmas para nossos propósitos de investigação” (MATTOS, 2015, p. 50).

Quanto às técnicas ou métodos de pesquisa, estas podem ser vistas como ferramentas na produção de nossa investigação. No entanto, a escolha das técnicas que serão utilizadas devem guardar uma relação direta com o objeto de estudo (MATTOS, 2015).

Para Booth; Colomb e Williams (2005) as pessoas podem aprender uma técnica de três formas: 1) lendo sobre ela ou ouvindo sua explicação; 2) observando enquanto outros a praticam; 3) ou simplesmente praticando a técnica. No entanto, para os autores a combinação das três técnicas é a mais eficaz para o aprendizado.

Por fim, Mattos (2015, p.55) entende que “produzir conhecimento científico segue implicando o exercício cotidiano da crítica. Exercício da autocrítica, da antecipação da crítica dos nossos pares, mas também o exercício de receber a crítica desses nossos pares e de criticá-los.”

5.2 Natureza e abordagem da pesquisa

Nesse contexto, para este estudo foi desenvolvida uma pesquisa descritiva que “têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis” (GIL, 2002, p. 42). Sob esse aspecto, esta pesquisa descritiva busca contribuir com exatidão para compreensão específica de fatos e fenômenos relacionados ao objeto de estudo por meio de uma abordagem qualitativa.

Segundo Flick (2008, p 27) o “processo de pesquisa qualitativa pode ser representado como uma trajetória que parte da teoria em direção ao texto, e outra do texto de volta para a teoria”. No entanto, o autor destaca os aspectos essenciais que deverão estar presentes na pesquisa qualitativa como: “apropriabilidade de métodos e teorias; perspectivas dos participantes e sua diversidade; reflexividade do pesquisador e da pesquisa e variedade de abordagens e métodos na pesquisa qualitativa” (FLICK, 2008, p. 20).

5.3 Coleta de dados

Barbetta (2012) afirma que nas pesquisas científicas é necessário coletar dados que possam fornecer informações capazes de responder as indagações formuladas. Todavia, essa coleta e sua posterior análise devem ser feitas de forma criteriosa e objetiva para que produzam resultados confiáveis.

Para atingir esses objetivos, realizou-se a pesquisa bibliográfica sobre temas relacionados com o objeto do estudo e também uma pesquisa documental das ações de controle desenvolvidas pela CGU com vistas a avaliar a execução da política pública de saúde – Ação de Governo 8761 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU) realizada em âmbito federal.

Boccatto (2006) observa que:

A pesquisa bibliográfica busca a resolução de um problema (hipótese) por meio de referenciais teóricos publicados, analisando e discutindo as várias contribuições científicas. Esse tipo de pesquisa trará subsídios para o conhecimento sobre o que foi pesquisado, como e sob que enfoque e/ou perspectivas foi tratado o assunto apresentado na literatura científica (BOCCATO, 2006, p. 266).

No primeiro momento, procedeu-se a revisão bibliográfica por meio de palavras-chave: *desenvolvimento; estado; direitos sociais; políticas públicas; controle interno; accountability; saúde e SAMU*. Foram selecionados cem (100) artigos publicados em revistas nacionais e

internacionais, como também 20 (vinte) teses homologadas, constantes nas bases ScIELO, CAPES, PROQUEST e IBCIT, que guardam aproximação com o objeto da pesquisa.

Paralelamente, para identificar as características da atuação da CGU, realizou-se a pesquisa documental por meio de consultas no portal da CGU, órgão central do controle interno no âmbito do poder executivo federal e que, entre outras competências, realiza avaliação e monitoramento de políticas públicas. O objetivo foi identificar a metodologia utilizada e os relatórios de auditoria elaborados nos últimos cinco anos e que tratam da avaliação da política pública de saúde, especialmente do SAMU. Dentro da abordagem qualitativa esses relatórios foram analisados para identificar as possíveis falhas apontadas e se provocaram impactos a efetividade da política pública em nível nacional e local.

Para Neves (1996), a pesquisa documental é constituída pelo exame de materiais que ainda não receberam um tratamento analítico ou que podem ser reexaminados com vistas a uma interpretação nova ou complementar. Pode também oferecer base útil para outros tipos de estudos qualitativos e possibilita que a criatividade do pesquisador dirija a investigação por enfoques diferenciados, o que contempla a proposta em questão.

Bardin (1977, p.45) define análise documental como “uma operação ou um conjunto de operações visando representar o conteúdo de um documento sob uma forma diferente do original, a fim de facilitar num estado ulterior, a sua consulta e referência”.

Contribuindo com estas afirmações, Triviños (1995, p. 111) afirma que a pesquisa documental “é outro tipo de estudo descritivo que fornece ao investigador a possibilidade de reunir uma grande quantidade de informações”, neste caso, acrescenta-se que também foram realizadas pesquisas no portal do Ministério da Saúde para coleta de dados formalizados como leis, atos normativos, resoluções e publicações referentes ao Sistema Único de Saúde (SUS), bem como sobre criação e funcionamento do SAMU

Após a pesquisa bibliográfica e documental, realizou-se a chamada *pré-análise* (BARDIN, 1977) por meio da leitura flutuante. Esta técnica trouxe agilidade no processo de leitura, sem prejuízo quanto ao conhecimento do conteúdo do material coletado. Bardin (1977) descreve a *leitura flutuante* como uma maneira de estabelecer contato com os textos e se deixar invadir por impressões e orientações e serviram para a formulação de hipóteses no decorrer dos estudos.

O exame dos documentos coletados permitiu identificar as ações de controle desenvolvidas nos estados e municípios realizados pelas Controladorias-Regionais da União nos Estados, em atendimento ao disposto no artigo 74 da CF/1988, no sentido de avaliar o cumprimento das metas e a execução do programa SAMU. De acordo com a CGU, a escolha

do programa a ser avaliado se dá por um processo de hierarquização de todos os programas constantes na Lei Orçamentária Anual, a partir de critérios de relevância, materialidade e criticidade.

Os resultados desse trabalho estão consignados no Relatório de Avaliação da Execução do Programa de Governo Nº 61, publicado em agosto de 2016. Os relatórios da CGU normalmente apresentam uma diversidade de achados de auditoria, identificados como falhas formais, relacionadas a erros ou omissões na gestão do programa ou falhas graves resultantes irregularidades como desvio de recursos do programa, desperdícios, desvio de finalidade, entre outras.

5.4 Análise de Conteúdo

Para melhor compreensão, esses achados foram categorizados e analisados, considerando as variáveis apresentadas como ferramenta para auxiliar no processo de investigação/compreensão do fenômeno estudado. Para Barbeta (2002, p.30), “quando os possíveis resultados são atributos ou qualidades, a variável é dita qualitativa”.

Barbeta (2002) denomina de variáveis as características ou conjunto de traços que podem ser observadas (ou medidas) em cada elemento da população e que se encontram nas mesmas condições. Essas variáveis observadas ou medidas deverão resultar em alguma informação/explicação do objeto estudado.

Depois desta fase, o material foi classificado de acordo com cada assunto abordado, e preparado para ser feita a análise de conteúdo que tinha pertinência com o estudo proposto. Bardin (1977) define a análise de conteúdo “como um conjunto de análise de comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens (BARDIN, 1977, p.45). Para isto, essa técnica utiliza tanto procedimentos sistemáticos e ditos objetivos de descrição dos conteúdos, quanto inferências e deduções lógicas. E mais, pratica tanto a hermenêutica, quanto categorias numéricas. Um olhar hermenêutico busca a compreensão de significados, muitos deles, ocultos (BARDIN, 1977).

Após análise das informações constantes no Relatório de Avaliação da Execução do Programa SAMU, procedeu-se a classificação de cada assunto abordado por meio da categorização dos dados, sistematizando-os em 06 categorias: 1 – Processo de Planejamento e Implementação do SAMU; 2 – Controles Internos Administrativos adotados pelo Ministério da Saúde; 3 – Aquisição de equipamentos e veículos da frota do SAMU; 4 – Funcionamento das Centrais de Regulação do SAMU e das Unidades Móveis de Saúde; 5 – Aplicação dos recursos

de custeio pelos entes federativos e; 6 – Monitoramento dos entes federativos pelo Ministério da Saúde.

5.5 Resumo da metodologia da pesquisa

Para melhor compreensão, as principais informações quanto aos procedimentos metodológicos propostos para o desenvolvimento dos objetivos da pesquisa estão apresentadas no Quadro abaixo.

Quadro 13 – Resumo da metodologia da pesquisa

METODOLOGIA DA PESQUISA		
Abordagem	Qualitativa	
Natureza	Pesquisa descritiva	
Técnica de pesquisa	Bibliográfica	Documental
Levantamento e coleta de dados	Banco de dados, Portal de Periódicos e Repositórios	Documentos da Controladoria-Geral da União e do Ministério da Saúde (MS)
Tipo de material	Artigos, livros, teses, dissertações.	Relatórios, manuais, legislações, informações publicadas no site da CGU e do MS.

Fonte: elaboração própria conforme a metodologia da pesquisa.

Espera-se que os fenômenos observados permitam descrever ou explicar como está a execução dessa política pública e qual a sua contribuição na melhoria da saúde pública a partir do atendimento pré-hospitalar.

6 SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA-SAMU

6.1 Evolução do Atendimento Pré-Hospitalar

A medicina de urgência é uma ciência considerada relativamente nova e que evoluiu sobretudo, nos períodos de guerra. A literatura revela que em momentos de conflitos, foram implementados esforços para minimizar as perdas e sequelas que aconteciam durante estes conflitos. Nesse entendimento, há 500 anos a.c., Hipócrates (considerado por muitos uma das figuras mais importante da medicina) afirmava que “*quem deseja praticar cirurgia deve ir à guerra*” (ALBINO; RIGGENBACH, 2004).

A institucionalização do Atendimento Pré-Hospitalar - APH iniciou-se no século XVIII, no período Napoleônico. Incomodado com o grande número de mortes nas guerras, que muitas vezes a demora no atendimento agravava mais ainda o quadro existente, o governo francês convocou o médico Dominique Jean Larrey (1766-1842) para prestar atendimento imediato aos militares feridos. A tarefa era cuidar das vítimas no próprio frente de batalha, com segurança, mas sem esperar a interrupção dos conflitos (LOPES; FERNANDES, 1999; ORTIGA, 2014; ORTIGA, *et al.*, 2016; SILVA, E. A. C *et al.*, 2010).

Percebendo os resultados positivos alcançados com a introdução do socorro rápido prestados aos militares, Dominique Jean Larrey, considerado “Pai da Medicina Militar”, elaborou o primeiro modelo de ambulância projetada para proporcionar o atendimento imediato e veloz. O projeto do veículo nomeado por ele mesmo de “Ambulância Voadora”, tinha como característica a utilização de dois cavalos lado a lado, diminuição das rodas, curvatura no telhado para evitar o acúmulo de água e peso, janelas que se abriam para ventilação, maca retrátil e kit de primeiros socorros. Essas “ambulâncias voadoras” eram fabricadas com madeira leve de modo a assegurar leveza e velocidade nos deslocamentos, utilizando-se para isto dois cavalos colocados lado a lado e posteriormente outros perfilados (LOPES; FERNANDES, 1999; ORTIGA, 2014; ORTIGA, *et al.*, 2016; SILVA, E. A.C. *et al.*, 2010).

A estratégia adotada nos anos seguintes, com o atendimento imediato das vítimas durante as guerras contribuíram para diminuição de mortes e redução de sequelas. A partir disso, no século XIX, houve treinamento aos combatentes para a prestação dos primeiros socorros, também foi criado em 1863 a Cruz Vermelha Internacional com o objetivo de assegurar a proteção às vítimas de lutas e conflitos armados (ORTIGA, 2014; ORTIGA, *et al.*, 2016).

Outro acontecimento de destaque no APH já no século XX, foi a Guerra do Vietnã com a adoção de resgate feito por meio de aviões ou helicópteros. Outros fatores como melhoria na técnica cirúrgica e uso da anestesia contribuíram para redução dos óbitos e sequelas, mas a rapidez no atendimento foi considerada primordial para os sucessos alcançados.

A título de exemplo, uma remoção que durava aproximadamente 13 horas, na primeira Guerra Mundial evoluiu para seis horas na Guerra da Coreia e passou de 1 a 4 horas na Guerra do Vietnã. A partir de então, a intervenção passou a ocorrer no local do evento e durante todo o deslocamento da vítima (MEIRA, 2007).

Com base nestas experiências, os Estados Unidos da América (EUA) e a França organizaram sistemas para o APH nos moldes das intervenções de atendimento e resgate aplicados nas guerras e utilizaram nos centros urbanos, especialmente para o atendimento de politraumatizados e outras urgências (ALBINO; RIGGENBACH, 2004; MEIRA, 2007). Apresentamos a seguir as principais características dos modelos originários dos Estados Unidos e da França, a partir das experiências no atendimento prestados as vítimas de guerras.

6.1.1 Modelo Americano

Nos Estados Unidos, por volta de 1940, o Corpo de Bombeiros iniciou os primeiros atendimentos realizados as vítimas durante o transporte. Mais adiante, em 1960, a Academia Nacional de Ciências estabeleceu normas a serem adotadas no treinamento do pessoal de ambulância, bem como a forma de tratar os pacientes, seja durante o resgate, transporte e transferência para as unidades hospitalares.

Em 1962, os EUA criaram o primeiro curso para a formação de técnicos em Emergências Médicas, surgindo a parti daí os primeiros paramédicos norte-americanos. Este fato foi impulsionado pela falta de interesse de médicos que demoraram a se mobilizar mesmo diante do aumento progressivo de mortes por traumas e outras causas externas (LOPES; FERNANDES, 1999). A formação desses profissionais ocorre por meio de um curso com duração de três anos e tem como pré-requisito o ensino médio completo (ALBINO; RIGGENBACH, 2004).

Em 1966, o governo americano determinou as entidades governamentais de segurança rodoviária que fosse desenvolvido um sistema eficiente de atendimento com o objetivo de reduzir o número de mortes por situações de urgência e emergência. Como resultado, em 1968 foi criado um número telefônico específico para as chamadas de emergência de forma centralizada (SILVA, E.A.C. *et al.*, 2010).

O modelo de Atendimento Pré-Hospitalar desenvolvido pelos Estados Unidos denomina-se “Serviço de Emergências Médicas” (SEM), foi adotado por países como o Reino Unido, Canadá, Austrália, Nova Zelândia, entre outros. Ao longo do tempo, as técnicas e protocolos aplicados foram sendo aprimorados (LOPES; FERNANDES, 1999; MARTINS, 2004; PITTERI, 2010).

Esse serviço surgiu devido ao sucesso nos atendimentos das vítimas da Guerra do Vietnã prestados por alguns soldados treinados para realizar o atendimento, visto que era impossível existir médicos em todas as frentes de combates e revelou que mesmo os técnicos não médicos poderiam aumentar as chances de vida das vítimas de trauma.

A intervenção é realizada por técnicos em emergências médicas (*Emergency Medical Technician*), mas tem como foco a remoção rápida do paciente ao local de atendimento definitivo (MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2011; PITTERI, 2010). Após a regulamentação do SEM, o atendimento pré-hospitalar nos EUA configura um conjunto de esforços da “*first responder*”, que pode ser prestado pelos bombeiros, policiais e até mesmo cidadãos comuns, desde que tenham sido treinados pelo SEM para o atendimento de reanimação cardiorrespiratória básica (MARTINS, 2004).

Ou seja, nesse modelo, o médico não se desloca em ambulâncias para prestar o atendimento, exceto em desastres de massa. O serviço é acionado pelo número 911, então é enviado uma viatura de socorro de suporte básico de vida, polícia, bombeiros e ambulância ou, uma unidade de suporte avançado de vida, a depender da necessidade de atendimento. O objetivo é encaminhar a vítima para o local onde será prestado o socorro definitivo.

6.1.2 Modelo Francês

O modelo de APH francês, denominado de “Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), também foi adotado em outros países como Alemanha, Espanha, Portugal, Vietnã, Chile, México e Brasil. Funciona de maneira centralizada em uma rede de comunicações com base na regulação médica, neste caso, as chamadas são avaliadas por um médico que define a melhor resposta, utilizando os recursos disponíveis no menor tempo possível (MARTINS, 2004; PITTERI, 2010; SILVA, E.A.C. *et al.*, 2010;).

Sua origem vem da observação de médicos anestesistas presentes nas ambulâncias e que, após análise nos atendimentos de urgências, concluíram que as chances de sobrevivência e redução das sequelas aumentariam muito se houvesse a adoção de medidas no próprio local da ocorrência. Por funcionar de forma centralizada, no qual a centralidade no médico acontece

tanto na regulação do sistema como no atendimento e monitoramento da vítima, até a recepção definitiva nas unidades de atendimento (hospitais), é considerado um sistema hierarquizado, regionalizado e ligado aos centros hospitalares. Na prática, consiste na verdade em uma rede de comunicações e com base na regulação médica o médico faz a triagem e define o melhor atendimento (ORTIGA, 2014 apud NITSCHKE *et al.*, 2005; COSTA; SILVEIRA; OLIVEIRA, 2007; PITTERI, 2010). O quadro a seguir resume os principais acontecimentos para implantação do SAMU:

Quadro 14 – Implantação do SAMU na França

Período	Ocorrência
1955	Médicos começam a observar diferenças nos atendimentos dos feridos nos hospitais e os meios inadequados nos atendimentos pré-hospitalar.
1965	Criação dos Serviços Móveis de Urgências e Reanimação (SMUR) com Unidades Móveis Hospitalares (UMH).
1968	O SAMU foi estabelecido com a função de coordenar as atividades dos SMUR.
1986	Institucionalizou o sistema e o SAMU tornou-se oficialmente o responsável pelo serviço pré-hospitalar.

Fonte: Dissertação de ORTIGA, 2014 com adaptações

Desta forma, o modelo francês vem sendo avaliada há muitos anos e as evidências têm demonstrado resultados surpreendentes nas ações de saúde, uma vez que a forma de atendimento permite que o médico conheça antecipadamente as condições da vítima e dos recursos disponíveis, além de outras informações relacionadas a rede de atendimento.

6.1.3 Principais diferenças entre modelo americano e o francês

Conforme exposto, o APH evoluiu positivamente e trouxe ganhos relevantes para a população atendida. A literatura aponta que tanto o modelo americano (SAM) quanto o francês (SAMU), ainda que tragam características próprias, têm sido considerados, de modo geral, satisfatórios. Para melhor conhecimento, apresentamos o quadro a seguir que traz as principais características de cada modelo.

Quadro 15 - Concepção americana x Concepção francesa no APH

Características	Concepção Americana	Concepção Francesa
Objetivo	Atendimento pré-hospitalar	Sistema de atendimento às urgências
Origem	Experiência na remoção de vítimas na II Guerra Mundial, da Criméia e Vietnã. 1962 foi criado o primeiro Serviço Civil.	Princípios do Dr. Larrey, na Era Napoleônica. Anestesistas reanimadores nos anos 60. 1965 foram criados os Serviços Móveis de Urgência e Reanimação (SMUR). 1968, nasceu o SAMU, com a finalidade de coordenar as atividades dos SMUR.
Número de acionamento	Gratuito 911	Gratuito 15
Nome Oficial	Serviço de Emergências Médicas (SEM).	Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU)
Cobertura	90% da população das grandes cidades	100% da população
Financiamento	Híbrida (Governamental) organizações públicas e privadas com apoio dos hospitais. Depende da Região estado e município.	100% Pública (Governamental)
Recursos Humanos	Paramédicos e técnicos em emergência médicas (EMT) Bombeiros. Médico atua como Supervisor à distância do sistema e em desastres em massa.	Equipe multiprofissional médicos, enfermeiros e ambulancistas. Presença de médicos na central de regulação, nas ambulâncias e nos locais de atendimento.
Resolutividade	100% são encaminhados ao hospital de área.	Encaminha para o hospital adequado apenas os casos julgados necessários resolvendo vários casos no local.
Escolaridade	Paramédicos: 2º grau e participação Programa de formação extenso (dois a três anos) Bombeiros: Treinados nas técnicas de reanimação cardiopulmonar básica. Médico: superior	Superior (médico) e Médio (enfermagem e ambulancista) Formação específica.
Custo de Implantação	Tem um custo financeiro maior, mas é facilmente implantado pois a maioria dos recursos humanos são de 2º grau completo com capacitação específica	Sua implementação é complexa pois depende da integração de diversas esferas governamentais e de recursos humanos especializados disponíveis
Regulação Médica	Não existe	Existe em 100% das chamadas
Supervisão	Existe pelo médico do hospital de área.	Indireta pelo Médico Regulador e direta pelo médico intervencionista.
Transporte aéreo	Presença física do médico	Presença física do médico
Referências hospitalares	Os paramédicos distribuem-se por regiões onde existe um hospital de área que os acompanha e recebe os pacientes/vítimas atendidas.	Os encaminhamentos são encaminhados conforme - o grau de urgência e das necessidades detectadas quando do atendimento in loco, para o hospital adequado às necessidades

Fonte: (ORTIGA, 2014)

6.2 SAMU no Brasil

Devido ao processo de urbanização que se intensificou, especialmente, na era do capitalismo, o perfil epidemiológico tem sofrido alterações, com aumento de enfermidades relacionadas as urgências e emergências. Como resultado, houve diminuição dos óbitos por doenças infecto-parasitária e o crescimento das mortes por doenças crônico-degenerativas e causas externas (quedas, envenenamentos, lesões auto provocadas intencionalmente, agressões, suicídio, homicídio e outras violências como intoxicações, acidentes, queimaduras, afogamentos e acidente de trânsito). (ALMEIDA, *et al.*, 2016; ORTIGA, 2014; VIEIRA; MUSSI, 2008).

No tocante às causas externas, é importante destacar que os acidentes automobilísticos correspondem a 21,5% do conjunto de óbitos neste grupo de causas no Brasil e mais, os dados revelam que em todo o mundo, ocorrem aproximadamente 1,2 milhões mortes decorrentes de acidentes rodoviários fatais por ano e 50 milhões ficam feridas. Apesar desses números alarmantes, pesquisas indicam que existe uma tendência de crescimento nos anos seguintes, se medidas preventivas não forem adotadas (ORTIGA, 2014).

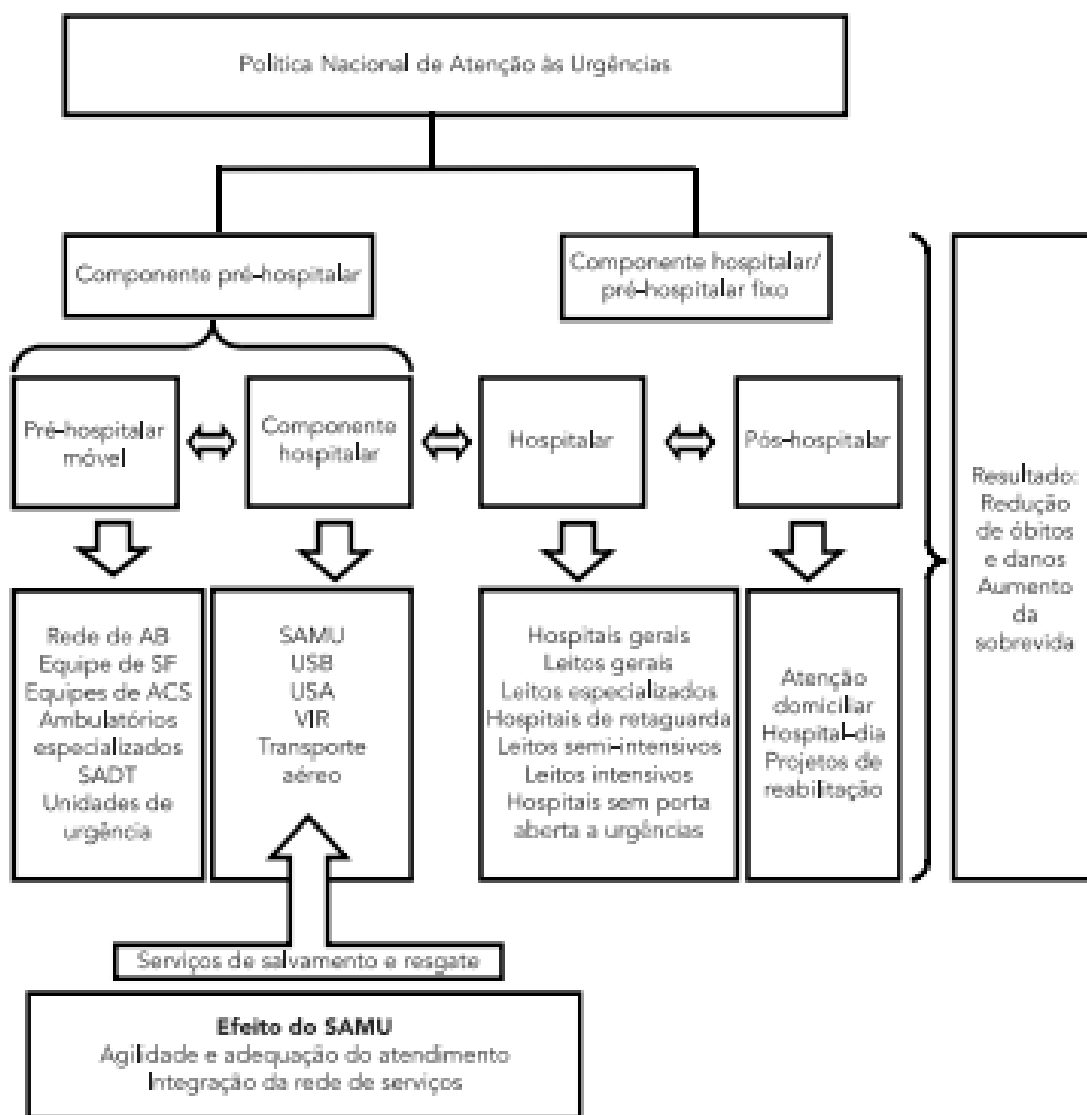
Outro aspecto importante que impacta nos serviços de saúde é o crescimento das cidades de maneira desordenada que pode resultar em um número maior de acidentes de trânsito, moradias precárias, deficiências no saneamento básico e outras mazelas que levam a maior demanda dos serviços de urgência e emergência. Somando-se a isso, o aumento da expectativa de vida no Brasil, tem favorecido para crescimento de doenças crônicas, principalmente aquelas relacionadas ao aparelho circulatório e que podem provocar infarto agudo do miocárdio (IAM) e o acidente vascular cerebral (AVC), além das ocorrências relacionadas a violência urbana ou os acidentes de trânsito (ALMEIDA, *et al.*, 2016; VIEIRA; MUSSI, 2008;).

A implantação do SAMU é fruto de um acordo bilateral celebrado entre o Brasil e a França, sendo implementado em 2003, mas que só foi oficializado pelo Decreto nº 5.055, de 27 de abril de 2004. Apesar de ter sido inspirado no modelo francês, o SAMU do Brasil sofreu adaptações no desenho da estratégia e previu um arranjo federativo para o financiamento e gestão. “É um programa do governo federal que tem a finalidade de prestar socorro médico emergencial às pessoas e garantir a qualidade no atendimento em centros urbanos” (SOUZA, *et al.*, 2013, p. 287).

Antes porém, em razão dos problemas existentes nos serviços hospitalares de urgência, essa situação gerava desgastes político, por isso a atenção às urgências tornou-se prioridade do governo federal (MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2011). Outro ponto que contribuiu para implantação do programa foi a pressão de profissionais médicos pertencentes à Rede Brasileira de Cooperação em Emergência (RBCE) que denunciaram em um congresso ocorrido no ano de 2000 a falta de regulação sobre o tema e instituíram um grupo de trabalho junto ao Ministério da Saúde para desenvolver as bases conceituais da PNAU (O'DWYER, *et al.*, 2017; O'DWYER; MACHADO; ALVES, 2016; VIEIRA; MUSSI, 2008;).

Por meio de um conjunto de portarias e documentos, entre elas, a Portaria nº 1.863 GM/MS de 29 de setembro de 2003 foi instituída a Política Nacional de Atenção às Urgências - PNAU a ser implementada em todas as unidades federadas do Brasil. Em seu artigo 3º, essa portaria também definiu seus componentes fundamentais como: adoção de estratégias promocionais de qualidade de vida; organização de redes locais e regionais de atenção integral às urgências, com elos da cadeia de manutenção da vida, em seus diversos componentes a saber: Atendimento Pré-Hospitalar Fixo, Pré-Hospitalar Móvel, Hospitalar e Pós-Hospitalar; instalação e operação das Centrais de Regulação Médica das Urgências; capacitação e educação continuada das equipes de saúde e orientação geral segundo os princípios de humanização da atenção.

Figura 05 – Componentes da Política Nacional de Atenção às Urgências



Fonte: (ORTIGA, LACERDA, *et al.*, 2016, p. 3)

Destaca-se também a Portaria nº 1.864/GM, de 29 de setembro de 2003, que instituiu o componente Pré-Hospitalar Móvel, previsto na PNAU por meio da implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, suas Centrais de Regulação e seus Núcleos de Educação em Urgência, em municípios e regiões de todo território brasileiro (CABRAL; SOUZA, 2008).

Quadro 16 – Etapas implementadas da PNAU

Período	Etapas
Até 2003	Produção das principais normas que instituem a política.
2003-2008	Predomina a implantação do SAMU
2008-2009	Predomina a implantação das Unidades de Pronto Atendimento – UPA's

Fonte: O'DWYER, , *et al.*, (2017)

Com isso, a partir da implantação dessa política, são criadas as Redes de Urgência e Emergência – RUE em 2011, que em consonância com as redes de atenção à saúde, priorizam a estruturação das linhas de cuidados cardiovascular, cerebrovascular traumatologia, com objetivo de reduzir danos e óbitos, e também busca aumentar a sobrevivência dos pacientes. (ORTIGA, *et al.*, 2016). O objetivo principal da criação da RUE foi promover a integração entre os componentes da atenção às urgências e adotar uma política de investimento menos fragmentado em componentes individuais da política (O'DWYER, *et al.*, 2017).

Atualmente são integrantes da RUE os componentes pré-hospitalares (atenção básica, salas de estabilização, SAMU e UPA), bem como os componentes hospitalar e de atenção domiciliar. (O'DWYER, *et al.*, 2017). Contudo, o SAMU é o principal componente da RUE e iniciou suas atividades no Brasil há mais de uma década e desde então continua se expandindo em todo o território nacional, é um serviço gratuito e funciona 24 horas por dia ininterruptamente (LUCHTEMBERG; PIRES, 2016).

O Ministério da Saúde é o órgão responsável pelo planejamento, aprimoramento, expansão e pela adequação do programa no âmbito federal, cabendo aos estados e municípios, de forma descentralizada, a gestão e execução do programa SAMU no âmbito local.

O SAMU realiza o atendimento pré-hospitalar móvel da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, prestando atendimento precoce à vítima nos casos que podem resultar em sofrimento, sequelas ou morte, decorrente de um agravo à sua saúde. Paralelo a isso, o SAMU tem como finalidade promover e integrar todos os equipamentos de saúde, prestando um atendimento qualificado, humanizado e integral aos usuários, de forma rápida e apropriada (MARQUES; LIMA; CICONET, 2011).

Nesse processo, o atendimento é acionado por meio de ligação telefônica gratuita, utilizando o número 192, sendo que o atendimento inicial é prestado pela Central de Regulação Médica das Urgências responsável pela cobertura de atendimento daquela região e/ou município, conforme pactuado no âmbito de cada estado. Os atendimentos são registrados no computador e gravados, podendo ser do tipo primário, quando é acionado pelo cidadão e é

prestado os primeiros atendimentos, ou do tipo secundário, também chamado de remoção que ocorre quando a solicitação é originária dos próprios serviços de saúde e o paciente já tenha recebido os primeiros cuidados de estabilização mas necessita ser conduzido a outro serviço de maior complexidade para continuar o tratamento (CABRAL; SOUZA, 2008; MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2011).

As ações do SAMU são realizadas por equipes de suporte básico e de suporte avançado, em unidades móveis como ambulâncias, motolâncias, ambulâncias ou aeromédicos, conforme a disponibilidade e necessidade de cada situação. Na prática funciona da seguinte maneira: o profissional denominado Telefonista Auxiliar de Regulação Médica – TARM atende ao telefone e neste momento faz a identificação e localização do paciente, também são registrados o diagnóstico, conduta e destino do paciente. Em seguida pode ocorrer a prestação de orientação, a depender da ocorrência, e ao mesmo tempo procede-se uma análise da situação para decidir qual tipo de ambulância será necessária, (USB ou USA), que são veículos tripulados por equipe capacitada para tal ocorrência (O'DWYER; MATTOS, 2012).

Desta forma, a Central de Regulação do SAMU além de prestar o atendimento inicial, funciona também como canal de comunicação da população com o SUS, por isso deve ter como meta prestar um atendimento humanizado nas urgências, com o menor tempo de resposta possível e no local mais adequado.

O atendimento do SAMU é considerado pré-hospitalar com base na regulação médica das urgências em razão de ocorrer fora do âmbito hospitalar, com a finalidade de assegurar o atendimento nas situações de urgência e emergência. Para isto, são utilizados veículos adaptados e denominados de Unidades de Suporte Básico (USB) e Unidades de Suporte Avançado (USA), classificados de acordo com a composição da equipe e os equipamentos instalados.

As USBs possuem uma equipe composta por um condutor-socorrista e por um técnico de enfermagem, possuem equipamentos básicos de suporte à vida, e realizam atendimento nos casos de menor complexidade. Já nas USAs a equipe é formada por um condutor-socorrista, um enfermeiro e um médico. Essas viaturas são consideradas UTI (Unidade de terapia intensiva Móvel) por disponibilizar de equipamentos de alta tecnologia e equipe capaz de atender casos mais graves e realizar procedimentos invasivos, tais como intubação, parto, etc. Além disso, essas viaturas USA's utilizam também os denominados Rádio-operadores – RO, que são profissionais responsáveis pelo contato com as ambulâncias e pelo acompanhamento do atendimento (O'DWYER; MATTOS, 2012).

O SAMU pode ser acionado nos seguintes casos (SILVA, 2010):

- ✓ Na ocorrência de problemas cardio-respiratórios;
- ✓ Em casos de intoxicação, trauma ou queimadura;
- ✓ Na ocorrência de maus tratos;
- ✓ Em trabalhos de parto;
- ✓ Em casos de tentativas de suicídio;
- ✓ Em crises hipertensivas;
- ✓ Quando houver acidentes com vítimas;
- ✓ Em casos de choque elétrico;
- ✓ Em acidentes com produtos perigosos;
- ✓ Na transferência de doentes de uma unidade hospitalar para outra.

É importante esclarecer que as demandas de urgência podem ser realizadas no domicílio da vítima, no local de trabalho, em vias públicas ou em qualquer local onde a vítima vier a precisar do SUS, observando sempre os recursos necessários e adequados para o atendimento.

Segundo dados do Ministério da Saúde (2019) - MS, atualmente o SAMU dispõe de 192 Centrais de Regulação das Urgências, que prestam atendimento em 3.672 municípios brasileiros, disponíveis para uma população de 173,8 milhões de brasileiros, abrangendo aproximadamente 84,6% da população brasileira. Os veículos disponíveis correspondem a 3.450 ambulâncias; 258 motolâncias; 13 equipes de embarcação e 15 equipes aeromédicas, distribuídos em todo o território nacional.

7 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste capítulo, os resultados foram alcançados por meio dos procedimentos metodológicos adotados nesta pesquisa e em consonância com o arcabouço teórico desenvolvido nos capítulos anteriores. Nesse contexto, busca-se estudar as principais contribuições da Controladoria Geral da União (CGU) na execução do programa SAMU no Brasil.

Para melhor compreensão, retornamos a algumas questões norteadoras desse estudo: analisar os relatórios de auditoria do programa SAMU produzidos pela CGU e discutir as contribuições dadas pela CGU no processo de execução do programa SAMU.

Inicialmente, foi realizada a pesquisa bibliográfica sobre os temas abordados no referencial teórico e, também, uma pesquisa documental no tocante as ações de controle realizadas pela CGU no sentido de avaliar a execução do programa SAMU.

É importante informar que a análise e discussão dos resultados obtidos aconteceram concomitantemente, buscando esclarecer a questão levantada no estudo, qual a contribuição da CGU na execução do programa SAMU. Para isto, este capítulo apresenta as seguintes seções: aspectos gerais da CGU com o detalhamento da atuação do órgão na avaliação do SAMU; apresentação do Relatório de Execução e Avaliação do Programa SAMU – RAV Nº 61, com vistas a demonstrar a dinâmica do trabalho de avaliação; apresentação dos dados do RAV Nº 61, sendo que as questões estratégicas de auditoria foram segregadas em 06 (seis) categorias para melhor compreensão do fenômeno estudado.

7.1 Aspectos gerais

Conforme disposto no inciso I do artigo 74 da Constituição Federal de 1988, cabe a Controladoria-Geral da União (CGU), por meio da Secretaria Federal de Controle (SFC), realizar permanentemente ações de controle com o objetivo de avaliar: a) o cumprimento das metas previstas no plano plurianual; b) a execução dos programas de governo e; c) dos orçamentos da União.

Dentre as ações de controle desenvolvidas no âmbito da CGU, esse estudo se limitará em apresentar a Avaliação da Execução de Programas de Governo (AEPG), realizada no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) que tem como objetivo obter um diagnóstico sobre a eficácia, eficiência, economicidade e efetividade dessa política pública.

Para isto, a CGU realiza uma avaliação formal e sistematizada em critérios claros e procede-se a coleta de evidências que demonstrem se o programa está sendo executado em conformidade com o desenho e/ou se existem problemas no processo de implementação. Cabe ressaltar que essa ação da CGU segue uma tendência internacional da auditoria pública em atuarem na avaliação da qualidade das políticas públicas.

Para avaliação da execução do SAMU foram realizadas no âmbito federal, ações de controle no Ministério da Saúde, especificamente na Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) e no Departamento de Logística em Saúde (DLOG/SE/MS) e no âmbito local, os trabalhos foram realizados nas Secretarias de Saúde, responsáveis pela gestão do SAMU nas capitais dos 26 (vinte e seis) estados e no Distrito Federal bem como nas Unidades Móveis de Saúde que circulam nos municípios atendidos por 185 Centrais de Regulação de Urgências.

Inicialmente, a CGU por meio da Secretaria Federal de Controle (SFC) realizou auditoria operacional no Ministério da Saúde, especificamente nos procedimentos adotadas pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), com o objetivo de compreender o fluxo do programa SAMU.

A seleção do programa SAMU para avaliação de sua execução foi realizada por meio de um processo de hierarquização de todos os programas constantes da Lei Orçamentária Anual (LOA), a partir de critérios de relevância, materialidade e criticidade. Após compreender o fluxo do programa SAMU, formulou-se a estratégia de fiscalização realizadas pelas unidades regionais da CGU para verificar a adesão do programa aos normativos e os resultados da execução do programa nos estados e municípios.

Para realização desse trabalho, foram definidos procedimentos padronizados que permitiram a descentralização para outras unidades da CGU em todos os estados da federação, e que não participaram da fase de planejamento. A utilização de procedimentos padronizados busca garantir que diferentes equipes executem o mesmo escopo planejado, com as mesmas técnicas de controle. Também essa padronização permitiu a consolidação das informações que fundamentaram as respostas das questões estratégicas, bem como possibilitou realizar inferências estatísticas com os dados obtidos.

As constatações identificadas nessas ações de controle foram consignadas em relatórios específicos e encaminhadas ao gestor do programa para o devido conhecimento e adoção de providências conforme prazo acordado para cada recomendação emitida pela equipe de auditoria. Dessa forma a implementação das medidas corretivas serão acompanhadas e monitoradas pela CGU.

Após esse trabalho a CGU elaborou o Relatório de Avaliação da Execução do Programa de Governo Nº 61 (RAV), que contém o resultado de todas essas ações de controle. O objetivo do RAV foi apresentar uma opinião conclusiva do órgão sobre a execução desse programa e também dar publicidade à sociedade sobre a avaliação realizada.

7.2 Apresentação do Relatório de Execução e Avaliação do Programa SAMU – RAV N.º 61

De maneira sintetizada, o RAV Nº 61 apresenta as etapas de execução da Ação 8761 – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), a saber:

I – Regionalização e Elaboração do Plano de Ação Regional pelos gestores locais, contemplando o detalhamento técnico dos componentes da Rede de Atenção às Urgências, dentre eles o componente SAMU;

II – Aprovação do projeto de implantação do SAMU pelo Ministério da Saúde e transferência de recursos financeiros de incentivo para construção e/ou ampliação da Central de Regulação das Urgências;

III – Aprovação das obras concluídas e transferências, pelo Ministério da Saúde, das Unidades Móveis de Saúde mediante termo de doação ao ente federado beneficiado;

IV – Habilitação das Centrais de Regulação e das Unidades Móveis de Saúde ao recebimento de recursos federais de custeio;

V – Realização dos atendimentos de urgência e emergência pelas equipes do SAMU 192, e registro dos procedimentos de saúde realizados no Sistema de Informações Ambulatoriais do Ministério de Saúde (SAI/SUS).

No entanto, trata-se de uma política pública planejada e executada com a participação dos três entes: federal, estadual e municipal. Considerando que o Ministério da Saúde é responsável pelo planejamento, normatização e por parte do custeio da política pública SAMU, e que recursos federais são transferidos para os demais entes federados (estados e municípios) para execução, detalhamos a atuação da CGU ocorrida nos dois níveis: federal e local.

Nível federal – foram desenvolvidas ações junto ao Ministério da Saúde para avaliação das seguintes atividades:

- a) Atividades desempenhas pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), quanto ao recebimento e análise das propostas enviadas pelo gestor local para implantação do SAMU;
- b) Procedimentos internos no tocante à habilitação para o recebimento do incentivo financeiro de custeio;

- c) Processo de qualificação dos serviços implantados;
- d) Avaliação dos mecanismos de monitoramento dos procedimentos ambulatoriais informados pelo SAMU no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA);
- e) Análise de processos licitatórios conduzidos pelo Departamento de Logística em Saúde (DLOG/SE/MS) para aquisição de ambulâncias;
- f) Avaliação quanto a regularidade das transferências realizadas pelo Ministério da Saúde referentes ao incentivo de custeio do SAMU bem como o cálculo das parcelas de recursos federais transferidos aos serviços já habilitados;
- g) Avaliação do processo no que tange à distribuição das ambulâncias do SAMU aos estados e municípios.

Nível local – Ações de fiscalização realizadas nas Secretarias Municipais/Estaduais de Saúde, Centrais de Regulação Médica das Urgências, Bases Descentralizadas e Unidades Móveis de Saúde, com o objetivo de avaliar:

- a) o funcionamento dos componentes do SAMU em conformidade com as diretrizes definidas pelo Ministério da Saúde;
- b) a aplicação dos recursos repassados pelo governo federal para o custeio do programa.

7.3 Apresentação dos dados do Relatório de Execução e Avaliação do Programa SAMU – RAV N.º 61

O Relatório de Execução e Avaliação do Programa N.º 61 (RAV) além de apresentar o objetivo do programa, a finalidade, a execução, o volume de recursos envolvidos, também apresenta 06 (seis) questões e subquestões de auditoria relacionadas a implantação e o monitoramento, bem como sobre o funcionamento do programa e que serviram para delimitação da atividade de controle e avaliação da execução. Cabe esclarecer que as questões e subquestões nortearam as equipes de auditoria nos trabalhos realizados em cada estado e no distrito federal, contribuindo para identificação de deficiências ou irregularidades na execução do programa.

Nesse contexto, buscou-se o resultado apurado pela CGU após aplicação dessas questões e subquestões e realizou-se a análise de conteúdo por meio da categorização dos dados obtidos. Dessa maneira, considerando-se as questões de auditoria utilizadas para avaliação do SAMU pela CGU, optou-se por analisar os resultados apresentado no RAV e que neste estudo

foram classificados em 06 (seis) categorias consideradas essenciais para que esta política pública seja executada de forma regular, eficaz e eficiente, como mostra o quadro 17.

Quadro 17: Categorias extraídas do relatório de auditoria

CATEGORIAS	OBJETIVO
1 - Processo de Planejamento e Implementação do SAMU	Avaliar se o processo de planejamento e implementação do SAMU é conduzido de modo a viabilizar a adequada alocação dos recursos disponíveis
2 - Controles Internos Administrativos adotados pelo Ministério da Saúde	Avaliar se os controles internos administrativos adotados pelo Ministério da Saúde são suficientes para garantir que os critérios de concessão dos incentivos financeiros para implantação, habilitação e qualificação das unidades do SAMU sejam atendidos.
3 - Aquisições de equipamentos e veículos da frota do SAMU	Avaliar se os atos relativos as aquisições de equipamentos e veículos são executados em conformidade com a Lei e estão alinhados com os objetivos do programa.
4 - Funcionamento das Centrais de Regulação do SAMU e Unidades Móveis de Saúde	Avaliar quanto ao efetivo funcionamento das Centrais de Regulação do SAMU e Unidades Móveis de Saúde
5 - Aplicação dos recursos do custeio pelos entes federativos (estados e municípios)	Avaliar se os Estados e Municípios aplicam adequadamente os recursos destinados à implantação e custeio do SAMU
6 - Monitoramento dos entes federativos pelo Ministério da Saúde	Avaliar os mecanismos utilizados pelo Ministério da Saúde para monitorar o funcionamento do SAMU.

Fonte: elaboração própria com base no RAV N° 61

7.3.1 Categoria 1: Processo de Planejamento e Implementação do SAMU

No Brasil, a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, observou-se uma ampliação do gasto social e uma diversificação de políticas públicas, que se tornaram mais complexas e que passaram a exigir cada vez mais, incrementos de recursos humanos, materiais e financeiros para o atendimento das demandas. Nesse contexto, o setor público vem sendo pressionado a aprimorar suas práticas de gestão e a adotar estratégias que permitam obter informações úteis e tempestivas para o aprimoramento da ação governamental.

Não obstante, o processo de planejamento ganha relevância na execução das políticas públicas. Segundo Maximiano (2000, p. 175), o processo de planejamento pode ser definido de várias maneiras:

- Planejar é definir objetivos ou resultados a serem alcançados.
- É definir meios para possibilitar a realização de resultados.
- É interferir na realidade para passar de uma situação conhecida a outra situação desejada, dentro de um intervalo definido de tempo.
- É tomar no presente decisões que afetem o futuro para reduzir sua incerteza

Nesse sentido, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) é uma política pública desenvolvida no âmbito federal pelo Ministério da Saúde e executada de maneira descentralizada no âmbito dos estados e municípios, com o financiamento tripartite (União, estados e municípios). Dessa forma, cabe ao Ministério da Saúde planejar e definir as diretrizes do programa, adquirir e distribuir aos estados e municípios os veículos que serão usados como Unidades Móveis de Saúde e participar do financiamento das ações desenvolvidas, conforme pactuado.

Com relação ao processo de planejamento no âmbito do Ministério da Saúde foram avaliadas duas situações: montante de recursos repassados e distribuição dos veículos.

1.1 – Montante de recursos repassados – Para verificar a regularidade das transferências realizadas pelo Ministério da Saúde referente ao incentivo de custeio mensal do SAMU nas capitais brasileiras bem como naquelas localidades em que a gestão do serviço está vinculada a estas capitais, analisou-se os repasses realizados para 146 fundos de saúde, sendo 11 estaduais e 135 municipais. Em complemento, foram analisadas todas as portarias de habilitação desses municípios.

Cabe informar que são consideradas para realização do cálculo as seguintes premissas: quantitativo de Unidades Móveis habilitadas no município; cobertura populacional da Central de Regulação de Urgências (CRU); modelo de gestão adotado para identificar o beneficiário dos repasses dos recursos federais. O quadro abaixo apresenta as transferências realizadas e os resultados apurados.

Quadro 18 – Inconsistências nos valores repassados

Transferências aos fundos analisadas	Inconsistências nos valores repassados	Percentual de inconsistências	Prejuízo estimado apurado (em milhões de reais?)
146	56	38%	12.287.382,30

Fonte: elaboração própria com base no RAV N° 61.

É importante esclarecer que as divergências apuradas a título de incentivo de custeio do SAMU se referem ao período de julho de 2013 (quando entrou em vigor a Portaria GM/MS N° 1.473/2013) até dezembro de 2014), totalizando um período de 18 meses. Também se esclarece que o prejuízo estimado apurado é decorrente de repasses financeiros calculados a menor para alguns fundos e também de cálculo feito a maior que o valor previsto na legislação. As inconsistências apuradas são decorrentes de falhas nos procedimentos adotados pela Secretaria

de Atenção à Saúde (SAMS/MS) que é responsável por realizar os cálculos dos repasses fundo a fundo.

1.2 – Distribuição dos veículos da frota – Para identificar os critérios utilizados pelo Ministério da Saúde no tocante a elaboração da grade de distribuição de veículos aos demais entes federados; eventuais fatores que motivaram a alteração da distribuição conforme inicialmente planejada e também verificar se a distribuição das ambulâncias do SAMU ocorreu em conformidade com os critérios estabelecidos para ampliação/renovação de frota e para concessão de reserva técnica, realizou-se análise dos termos de referência constantes dos editais de licitação nº 20/2012 e nº 40/2012.

A análise revelou divergências entre a grade de distribuição previstas nos editais 20/2012 e 40/2012 e o quantitativo efetivamente distribuídos aos estados destinatários das ambulâncias, conforme Relatório de Auditoria nº 201504865. Dessa maneira, algumas ocorrências foram destacadas e estão apresentadas percentualmente no quadro abaixo:

Quadro 19 - Grade de distribuição prevista no edital x quantitativo de veículos distribuídos aos entes

Estado	Edital 20/2012 (percentual atingido)	Edital 40/2012 (percentual atingido)
Amapá	13%	8%
Distrito Federal	8%	0%
Rondônia	300%	Não havia previsão
Ceará	290%	Não havia previsão
Goiás	Não havia previsão	325%
Rio Grande do Sul	Não havia previsão	480%

Fonte: RAV nº 61

Segundo informação da Secretaria de Atenção à Saúde as divergências devem-se, em parte, a dificuldades no dimensionamento da demanda por serviços de urgência nas localidades, bem como em razão do lapso de tempo decorrido entre o planejamento da aquisição e a efetiva distribuição dos veículos.

No entanto, a CGU observou que devido as fragilidades nos parâmetros utilizados pelo Ministério da Saúde no tocante ao planejamento das aquisições de veículos da frota do SAMU, este pode não refletir a real demanda dessa política de saúde em cada localidade do ponto de vista epidemiológico e sim, o resultado de iniciativas individuais de gestores locais ao encaminhar projetos de implantação do SAMU e solicitar os respectivos veículos.

Outrossim, a ausência de formalização de critérios para determinar a distribuição de ambulâncias do SAMU para a renovação da frota e para reserva técnica traz prejuízo a transparência no processo de distribuição e pode contribuir para eventuais disparidades.

Os dados demonstram que as falhas observadas no processo de planejamento e implementação do SAMU resultaram em prejuízos ao erário e impactaram na execução dessa política pública. Também os erros nos cálculos dos valores de custeio fizeram com que algumas localidades recebessem valores inferiores ao esperado.

No tocante as falhas na distribuição das ambulâncias, a avaliação indica que pode ter contribuído com essa situação a ausência de critérios formalmente definidos nessa etapa. É preciso informar que até o final do exercício de 2012 o Ministério da Saúde considerava para doação apenas as solicitações dos gestores nos entes federados. Ou seja, não havia uma análise para atestar a efetiva necessidade desses veículos em determinadas localidades com risco de desvio de finalidade.

7.3.2 Categoria 2 – Controles Internos Administrativos adotados pelo Ministério da Saúde

Conforme manual intitulado *Controle Interno, Gestão de Riscos e Governança no âmbito do Poder Executivo Federal*, elaborado pelo Ministério da Educação para orientação das diretrizes estabelecidas pela Instrução Normativa Conjunta CGU/MP N° 01, de 10 de maio de 2016, os órgãos e entidades do Poder Executivo Federal deverão adotar medidas para a sistematização de práticas relacionadas aos controles internos, à gestão de riscos, e à governança. O referido documento apresenta ainda a seguinte definição para Controles Internos:

Em uma conotação mais ampla, define-se controles internos como o conjunto de regras, procedimentos, diretrizes, protocolos, rotinas de sistemas informatizados, conferências e trâmites de documentos e informações, operacionalizados de forma integrada pela direção e pelo corpo de servidores das organizações. Destina-se a enfrentar os riscos e fornecer segurança razoável de que, na consecução da missão da entidade, os objetivos gerais serão alcançados (BRASIL, 2018, p. 11).

De acordo com a Instrução Normativa Conjunta CGU/MP N° 01, de 10 de maio de 2016, inciso V, do artigo 2º, considera-se controles internos da gestão como:

Conjunto de regras, procedimentos, diretrizes, protocolos, rotinas de sistemas informatizados, conferências e trâmites de documentos e informações, entre outros, operacionalizados de forma integrada pela direção e pelo corpo de servidores das organizações, destinados a enfrentar os riscos e fornecer segurança razoável de que, na consecução da missão da entidade, os seguintes objetivos gerais serão alcançados:

a) execução ordenada, ética, econômica, eficiente e eficaz das operações;

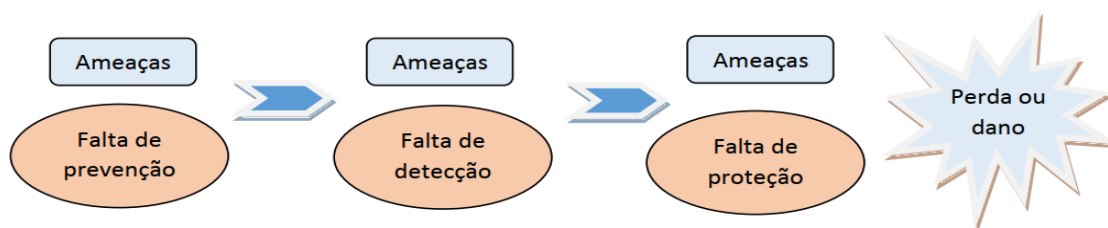
- b) cumprimento das obrigações de *accountability*;
- c) cumprimento das leis e regulamentos aplicáveis; e
- d) salvaguarda dos recursos para evitar perdas, mau uso e danos. O estabelecimento de controles internos no âmbito da gestão pública visa essencialmente aumentar a probabilidade de que os objetivos e metas estabelecidos sejam alcançados, de forma eficaz, eficiente, efetiva e econômica.

Nesse contexto, os Sistemas de Controles Internos (SCI) podem ser considerados deficientes ou eficientes. São deficientes quando não conseguem identificar ameaças, seja pela falta de prevenção, de detecção ou de proteção e que pode resultar em perda ou dano para a organização.

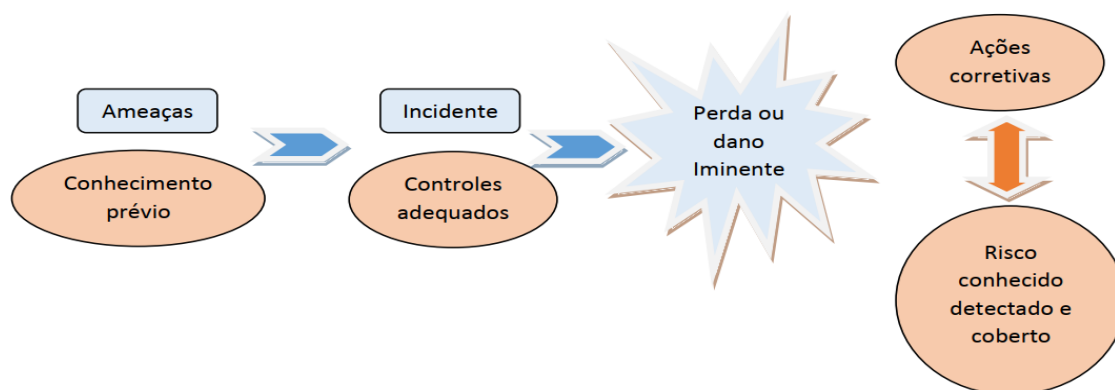
Do outro lado, são considerados SCI eficientes quando estes detêm o conhecimento prévio das ameaças e permitam adotar tempestivamente as medidas corretivas. As figuras 6a e 6b representam os SCI deficientes ou eficientes.

Figura 6: Sistemas de Controles Internos

a) Sistemas de Controles Internos deficientes



b) Sistemas de Controles Internos eficientes



Fonte: Manual *Controle Interno, Gestão de Riscos e Governança no âmbito do Poder Executivo Federal*, elaborado pelo Ministério da Educação. (BRASIL, 2018, p. 16)

Quanto aos Controles Internos no âmbito do Ministério da Saúde, foram avaliados se os controles adotados eram suficientes para garantir que os critérios de concessão dos incentivos financeiros para implantação, habilitação e qualificação de unidades do SAMU fossem atendidos. Foram analisados 72 processos relacionados as seguintes etapas: Implantação (24 processos); Habilitação (25 processos); Qualificação (23 processos).

- a) Implantação – foram analisados os Planos de Ação Regional e Detalhamento Técnico de 24 projetos de implantação do SAMU apresentados pelas Regiões de Saúde para verificação de atendimento as exigências legais. Como resultado, observou-se que esses processos guardam conformidade com as exigências legais.
- b) Habilitação – Dos 25 processos analisados, constatou-se que 11 (44%) deles não apresentavam todos os documentos exigidos, indicando falhas nos controles internos relativos ao processo de habilitação de unidades do SAMU. Nesses processos foram apuradas 28 ocorrências relacionadas à documentação incompleta, conforme quadro 20.

Quadro 20 – Ocorrências relacionadas à ausência de documentos nos processos de habilitação de Unidades do SAMU analisados.

Tipos de documentos	Nº de Ocorrências
Declaração acerca do sistema de comunicação entre CRU e Unidades Móveis	7
Declaração de funcionamento do dígito 192	9
Declaração de capacidade dos profissionais	6
Termo de compromisso de manutenção dos veículos	1
Escala de profissionais	2
Seguro contra sinistros	3
Total de ocorrências	28

Fonte: Relatório de Auditoria da CGU nº 201308234

- c) Qualificação – Dos 23 processos analisados, 03 deles que representa 13% do total analisado, foi constatada a ausência de documentos obrigatórios, dentre eles: Plano de Ação Regional do SAMU ou compromisso de apresentá-lo em até um ano (1 ocorrência); Grade de Referência atualizada (2 ocorrências); e Relatório de Capacitação Permanente (1 ocorrência). Ou seja, os processos de qualificação foram

aprovados sem o atendimento de todas as exigências legais. Esse fato indica falhas nos controles internos relativos ao processo de qualificação das unidades do SAMU.

Por fim, a CGU concluiu que os controles internos adotados pela SAS foram aprimorados de forma a garantir que os critérios para implantação, habilitação e qualificação de unidades do SAMU sejam atendidos no momento da concessão dos respectivos incentivos, embora sejam necessários aprimoramentos no que diz respeito ao monitoramento das unidades do SAMU, no intuito de identificar precocemente eventual descumprimento desses critérios.

7.3.3 Categoria 3 – Aquisições de equipamentos e veículos da frota SAMU

Conforme previsto no inciso XXI do artigo 37 da Constituição Federal de 1988, as aquisições governamentais da União, dos estados e dos municípios devem ser realizadas mediante procedimento denominado de licitação. Em complemento ao texto constitucional, o artigo 3º da Lei 8.666/1990 que regulamenta essa legislação, diz que:

A licitação destina-se a garantir a observância do princípio constitucional da isonomia, a seleção da proposta mais vantajosa para a administração e a promoção do desenvolvimento nacional sustentável e será processada e julgada em estrita conformidade com os princípios básicos da legalidade, da impessoalidade, da moralidade, da igualdade, da publicidade, da probidade administrativa, da vinculação ao instrumento convocatório, do julgamento objetivo e dos que lhes são correlatos. (Lei 8.666/1990)

Meirelles e Burle Filho diz que:

Licitação é o procedimento administrativo mediante o qual a Administração Pública seleciona a proposta mais vantajosa para o contrato de seu interesse, inclusive o da promoção do desenvolvimento econômico sustentável e fortalecimento de cadeias produtivas de bens e serviços domésticos. Como procedimento, desenvolve-se através de uma sucessão ordenada de atos vinculantes para a: Administração e para os licitantes, o que propicia igual oportunidade a todos os interessados e atua como fator de eficiência e moralidade nos negócios administrativos. Tem como pressuposto a competição (MEIRELLES; BURLE FILHO, 2016).

Na visão de Justen Filho licitação significa:

Um procedimento administrativo formal, realizado sob regime de direito público, prévio a uma contratação, pelo qual a administração seleciona com quem contratar e define as condições de direito e de fato que regularão essa relação jurídica (JUSTEN FILHO, 2008, p. 11).

É importante destacar que a disputa entre interessados em pactuar com o poder público encontra-se fundamentada nos princípios constitucionais da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência, previstos no artigo 37 do texto constitucional. Esse artigo também evidencia como deve ser as práticas das organizações governamentais, que se diferenciam daquelas realizadas na esfera privada.

Nesse contexto, para verificar se os atos relativos às aquisições de equipamentos e veículos da frota do SAMU guardavam conformidade com os dispositivos legais e se estavam alinhados com os objetivos do programa, a CGU promoveu as seguintes análises:

- a) Editais das licitações – a análise dos pregões nº 04/2012, 20/2012 e 40/2012 realizados para aquisição de ambulâncias do SAMU pelo Departamento de Logística em Saúde (DLOG), o qual é vinculado à Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde. Essas licitações foram conduzidas por esse Departamento a partir de demanda da SAS/MS, sendo que os editais foram elaborados em conjunto por essas duas unidades. Não foram identificadas irregularidades no que diz respeito ao processo de elaboração dos editais analisados.
- b) Termos de referência – a análise dos termos de referências dos pregões acima referidos revelou que as propostas apresentadas pelos licitantes incluíam os custos das revisões obrigatórias dos veículos a serem realizadas durante o período de um ano contado a partir da retirada do veículo do pátio da montadora. Essa situação resultou em pagamentos antecipados por parte do Ministério da Saúde, uma vez que o preço final de cada veículo já incluía os custos dos serviços de manutenção a serem prestados posteriormente.

Além disso, não foi observado qualquer mecanismo de controle por parte do Ministério da Saúde, que permitisse a verificação efetiva da realização desses serviços. A CGU concluiu que podem ter ocorridos pagamentos por serviços não prestados, gerando prejuízo potencial ao erário no montante de R\$ 922.360,00

- c) Competitividade do Certame – Os editais dos pregões nº 04/2012 e 40/2012 foram de aproximadamente R\$ 220 milhões. No entanto o artigo 39 da Lei 8.666/1993 determina que o órgão responsável pelas aquisições deve realizar audiência pública prévia sempre que o valor estimado para um conjunto de licitações sucessivas superar o valor de R\$ 150 milhões, permitindo a manifestação de todos os interessados no processo licitatório. Contudo, o DLOG não realizou a audiência prévia, alegando imprevisibilidade do segundo processo licitatório, contudo, havia previsão expressa nos instrumentos de planejamento do Ministério da Saúde.

d) Cláusulas contratuais – De acordo com a CGU, foram avaliados os mecanismos instituídos pelo Ministério da Saúde relativos ao acompanhamento e registro da distribuição aos demais entes federados dos veículos adquiridos por meio dos Pregões nº 04/2012; nº 20/2012 e nº 40/2012 e analisada a planilha de controle utilizada pela SAS/MS. Para isto, foram selecionadas 516 ambulâncias distribuídas para ampliação da frota.

Os exames efetuados identificaram quatro ocorrências de retirada de veículos entre dezembro/2013 e junho/2014 sem a devida assinatura do termo de doação por parte do município beneficiado e sem a publicação do extrato do termo de doação no Diário Oficial da União (Relatório de Auditoria nº 201504865).

É importante esclarecer que o termo de doação representa o acordo formal dentre as partes no que diz respeito às obrigações do donatário do objeto recebido e aos direitos da União sobre esse objeto. Desse modo, a retirada de veículos pelos municípios sem a assinatura do respectivo termo dificulta o acompanhamento no tocante à destinação das ambulâncias doadas e sua finalidade, bem como a adoção de providências por parte do Ministério da Saúde.

7.3.4 Categoria 4 – Funcionamento das Centrais de Regulação do SAMU e das Unidades Móveis de Saúde

Com o objetivo de verificar a adequação das Centrais de Regulação das Urgências, das Bases Descentralizadas e das Unidades Móveis de Saúde, foram realizadas inspeções físicas nas 26 capitais dos estados e no Distrito Federal. Cabe informar que a cobertura das Centrais de Regulação inspecionadas estava disponível para aproximadamente **61.566.093** pessoas. Também foram inspecionadas 806 unidades móveis de saúde. Foram avaliados os seguintes itens:

- a) Instalações físicas da Central de Regulação – Verificou-se que todas elas funcionam ininterruptamente, no entanto, observaram-se algumas deficiências, conforme quadro a seguir:

Quadro 21 – Principais deficiências estruturais observadas nas Centrais de Regulação fiscalizadas

Município	Deficiências estruturais observadas
Fortaleza	Ausência de sala de equipamentos e área administrativa
Salvador	Ausência de padronização visual do SAMU
São Luiz	Quantitativo de postos de trabalho abaixo do mínimo estabelecido nos normativos do Ministério da Saúde
Rio Branco	Quantitativo de postos de trabalho abaixo do mínimo estabelecido nos normativos do Ministério da Saúde
Manaus	Quantitativo de postos de trabalho abaixo do mínimo estabelecido nos normativos do Ministério da Saúde
Macapá	Quantitativo de postos de trabalho abaixo do mínimo estabelecido nos normativos do Ministério da Saúde
Cuiabá	Quantitativo de postos de trabalho abaixo do mínimo estabelecido nos normativos do Ministério da Saúde
Campo Grande	Deficiências nas instalações da rede elétrica

Fonte: RAV Nº 61

Foram observadas outras deficiências como nas Centrais de Regulação de Porto Velho (RO) e Macapá (AP) que não contavam com nenhuma das funcionalidades da central telefônica exigidas pela GM/MS nº 2657/2004. Já nas Centrais de Boa Vista (RR), Natal (RN) e Cuiabá (MT) foram identificadas deficiências pontuais no sistema de telefonia utilizado.

Também constatou-se que as Centrais de Regulação de Porto Velho (RO); Macapá (AP) e de Boa Vista (RR) não utilizam software de regulação para controle de registro dos atendimentos realizados. Tal fato prejudica a geração de informações úteis no tocante ao desempenho do serviço e na tomada de decisão pelo gestor local.

b) Bases Descentralizadas – Foram visitadas 249 Bases nos municípios avaliados para verificar a adequação de sua estrutura em relação aos normativos do Ministério da Saúde. No entanto, 21 dos 27 municípios fiscalizados observou-se as seguintes inadequações:

- 76 Bases Descentralizadas não existe estacionamento coberto para as ambulâncias;
- 69 Bases Descentralizadas constatou-se a falta de padronização visual da Base que permita sua identificação como componente do SAMU;
- 42 Bases Descentralizadas não possuem local para limpeza das ambulâncias;
- 33 Bases Descentralizadas não dispunham de área para conforto e alimentação das equipes.

c) Unidades Móveis de Saúde – Verificou-se que das 138 Unidades de Saúde Avançadas (USA); 525 Unidades de Saúde Básica (USB) e 143 motolâncias,

estavam fora de funcionamento 23 USA; 62 USB e 66 motolâncias. Também verificou-se que 3 embarcações localizadas nos municípios de Macapá, Belém e Porto Velho não estavam funcionando.

No entanto, o Ministério da Saúde repassou o montante mensal de R\$ 2.390.037,50 aos entes federados gestores dos serviços a título de custeio para Unidades Móveis de Saúde que não estavam funcionando. No tocante às condições de funcionamento das Unidades USB e USA as principais inadequações observados foram:

Quadro 22 – Inadequações das Unidades Básicas de Saúde

Tipo	Quantitativo	Ocorrência
USA	23 casos	Inexistência de bombas de infusão
USB	30 casos	Problemas na estrutura dos veículos
	23 casos	Ausência de equipamentos para isolamento de áreas

Fonte: Elaboração própria com base no RAV N° 61.

Cabe informar que outras inadequações pontuais relacionadas às condições de funcionamento das Unidades Móveis do SAMU tais como: veículos sem padronização, inexistência de colares cervicais, inexistência de materiais de urgência, entre outras.

- d) Quantitativo de profissionais – com o objetivo de verificar se o quantitativo de profissionais em efetivo exercício nas Centrais de Regulação e nas Unidades Móveis de Saúde estavam de acordo com o previsto na legislação, constatou-se que dos 27 serviços avaliados, 14 deles havia déficit de profissionais em relação aos parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde na Portaria n° 1.010/2012, sendo a maior deficiência nos cargos de Médico e de Técnico Auxiliar de Regulação Médica. Nos municípios que possuem motolâncias, dos 16 municípios fiscalizados, 4 deles havia déficit de condutores (Rio Branco, Manaus, Goiânia e Teresina).
- e) Capacitação prévia dos profissionais em exercício nas Centrais de Regulação – verificou-se que das 27 Centrais fiscalizadas pela CGU, em 16 delas não houve comprovação de capacitação prévia de todos os TARM em exercício. Cabe informar que esses profissionais são responsáveis pelo primeiro contato do usuário com o SAMU, pela triagem das chamadas recebidas e pelo direcionamento dos casos aos Médicos reguladores.

Quadro 23 – Percentual identificado de Técnicos Auxiliares de Regulação Médica (TARM) não capacitados previamente ao exercício de suas atividades

Município/UF	Percentual de TARM sem capacitação
Rio Branco/AC	43,00%
Manaus/AM	100,00%
Macapá/AP	100,00%
Fortaleza/CE	50,00%
Vitória/ES	29,00%
Goiânia/GO	46,60%
São Luís/MA	100,00%
Belo Horizonte/MG	100,00%
Campo Grande/MS	41,00%
Cuiabá/MT	23,50%
Recife/PE	64,40%
Natal/RN	40,90%
Florianópolis/SC	30,00%
Palmas/TO	58,30%
Brasília/DF	100,00%
Aracaju/SE	43,70%

Fonte: Relatório de Avaliação N° 61

- f) Atuação dos gestores municipais e estaduais quanto à manutenção de equipamentos e veículos – conforme compromisso assumido pelos gestores quando da habilitação, os gestores devem realizar a contratação de seguro contra sinistros e da garantia de manutenção das Unidades Móveis de Saúde da frota do SAMU, nesse sentido, a avaliação foi realizada nessas contratações.

Os trabalhos de fiscalização da CGU constataram que nos municípios de Manaus, Maceió, Salvador, Recife e João Pessoa não existia contrato de manutenção preventiva e corretiva firmado. E mais, do total de 806 (138 USA, 525 USB e 143 motos) Unidades Móveis habilitadas nos serviços avaliados, constatou-se que 475 veículos, que representa 58%, distribuídos em 22 municípios não tinham seguro contra sinistros vigente.

7.3.5 Categoria 5 – Aplicação dos recursos de custeio pelos entes federativos (estados e municípios)

Os recursos de custeio ou correntes são aqueles que devem ser aplicados em despesas necessárias para a manutenção das atividades do programa, como por exemplo: aquisição de materiais de consumo, pagamento de diárias e passagens, despesas com pessoas, despesas com manutenção de equipamentos, água, energia, telefone etc.

Para avaliar a regularidade na aplicação dos recursos federais destinados ao custeio do SAMU, a CGU analisou os relatórios de execução orçamentária e a relação de empenhos emitidos, entre outros documentos relativos ao custeio no exercício de 2013, a saber:

- a) Documentos comprobatórios das despesas – Cabe esclarecer que os recursos transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais ou Municipais de Saúde, destinados ao SAMU, devem ser aplicados exclusivamente na manutenção do componente SAMU e da Central de Regulação das Urgências, conforme disposto na Portaria GM/MS nº 1.010/2012. Dos 27 serviços avaliados, 13 deles, que representa 48%, demonstraram adequada aplicação dos recursos. Em 2 deles a comprovação da aplicação dos recursos foi parcial e em outras 5 localidades constatou-se a ocorrência de desvio de finalidade. Todavia, em outras 7 localidades observou-se a ausência de comprovação da aplicação da totalidade dos recursos federais transferidos.
- b) Comprovação do custeio por estados e municípios – Nos municípios de Aracaju, Maceió, Macapá, Recife, Teresina e Rio de Janeiro não foi possível avaliar a aplicação da contrapartida estadual e municipal devido a ausência de informações individualizadas a respeito dos recursos aplicados no SAMU.

Nos 21 serviços que apresentaram informações acerca da aplicação de recursos próprios no financiamento do SAMU, a CGU verificou que 13 deles (Manaus, Palmas, Salvador, Fortaleza, Belo Horizonte, João Pessoa, Curitiba, Natal, Boa Vista, Porto Velho, Goiânia, Cuiabá e São Paulo) os valores aplicados a título de contrapartida estadual são inferiores ao disposto na Portaria GM/MS nº 1.010/2012, que define o financiamento tripartite do SAMU da seguinte forma:

I – União: 50% da despesa;

II – Estado: no mínimo 25% da despesa e;

III – Município: no máximo, 25% da despesa.

- c) Mecanismos de prestação de contas dos recursos transferidos pelo Governo Federal – após verificar se o gestor local dispõe de mecanismos de prestação de contas dos recursos transferidos pelo Governo Federal para a execução do componente SAMU a CGU concluiu que das 27 localidades avaliadas, 16 delas, que representa 59% (Rio Branco, Maceió, Macapá, Salvador, Goiânia, Belo Horizonte, Campo Grande, Cuiabá, Recife, Teresina, Curitiba, Rio de Janeiro, Natal, Porto Velho, Florianópolis e Palmas) não apresentaram informações suficientes para caracterizar prestação de contas.

E mais, em relação às informações acerca da assistência à população do município, constou-se que em 18 delas, que representa 66%, das 27 avaliadas não foram apresentadas informações sobre o quantitativo de Unidades Móveis do SAMU em funcionamento. Essa situação demonstra fragilidade na prestação de contas junto ao Ministério da Saúde.

7.3.6 Categoria 6 – Monitoramento dos entes federativos pelo Ministério da Saúde

Cardoso Junior (2015) define monitoramento como atividade regular, sistêmica e tempestiva de Estado, capaz de produzir: “i) conhecimentos densos e aprofundados das realidades, com ênfase nas dimensões estratégicas e críticas da implementação e gestão cotidiana das políticas públicas; e ii) informações harmonizadas e indicadores úteis ao gerenciamento tempestivo das ações de governo” (CARDOSO JUNIOR, 2015, p. 12).

No âmbito do programa SAMU, é importante informar que cabe ao gestor local inserir os procedimentos realizados pelas Centrais de Regulação das Urgências e pelas Unidades Móveis de Saúde no Sistema de Informações Ambulatoriais do Ministério da Saúde (SIA/SUS). Essas informações são necessárias para o monitoramento realizado pelo Ministério da Saúde.

Nesse sentido, a Portaria GM/MS Nº 1010/2012 vincula o recebimento dos incentivos de custeio SAMU ao registro mensal da produção no Sistema, ainda que o montante de recursos federais transferidos não dependa do quantitativo de atendimentos realizados. Foram avaliadas as seguintes fases: Rotinas de monitoramento da produção inserida no SIA/SUS; Continuidade do atendimento e os Mecanismos de monitoramento quanto ao início de funcionamento de Unidades Móveis distribuídas.

- a) Rotinas de monitoramento da produção inserida no SIA/SUS – A CGU efetuou consulta nas bases de dados do SIA/SUS acerca dos registros efetuados por 178 Centrais de Regulação das Urgências e 2.084 Unidades Móveis do SAMU no período de janeiro a junho de 2012. O resultado revelou que 75 Centrais de Regulação mesmo não tendo inserido quaisquer dados de produção ambulatorial no período pesquisado, continuaram recebendo repasses mensais de incentivo de custeio no montante total de **R\$ 17.040.000,00** no período analisado.

A avaliação revelou também que apenas 792 das 2.084 Unidades Móveis forneceram dados de produção ambulatorial no primeiro semestre de 2012, o que resultou em 1.292 (62%) Unidades Móveis que não informaram os procedimentos executados nesse período.

- b) Continuidade do atendimento – Cabe a Secretaria de Atenção à Saúde monitorar o funcionamento das Unidades do SAMU. A avaliação observou que esse trabalho é realizado, especialmente por meio de visitas técnicas periódicas aos serviços habilitados, contudo, os mecanismos de monitoramento da Secretaria não têm sido suficientes para identificar tempestivamente o descumprimento pelos entes federados, dos compromissos assumidos no momento de habilitação ou da qualificação das Unidades do SAMU, ou mesmo identificar a descontinuidade na prestação dos serviços à população.
- c) Mecanismos de monitoramento quanto ao início de funcionamento de Unidades Móveis distribuídas - Com o objetivo de identificar os mecanismos utilizados pela SAS/MS no sentido de acompanhar o início de funcionamento e a habilitação de 516 veículos distribuídos nos exercícios de 2012 a 2015, com a finalidade de ampliar a frota pelos entes federais, a CGU analisou os respectivos termos de doação.

Como resultado, foram identificadas 164 Unidades Móveis, que corresponde a 31,7% que foram recebidas pelos entes federados e não foram habilitadas no prazo de 90 dias, conforme previsto na legislação.

A CGU destaca que a ausência de mecanismos de monitoramento dos prazos decorridos entre a distribuição das ambulâncias e as respectivas solicitações de habilitação, prejudicam a comprovação do início do funcionamento dessas ambulâncias, bem como a identificação de possíveis desvios de finalidade quanto à utilização.

7.3.7 Síntese das Recomendações e dos Benefícios obtidos no processo de avaliação do programa SAMU

Durante os trabalhos de auditoria são expedidas recomendações pela CGU, com prazo acordado com os gestores para o devido atendimento. Essas recomendações representam as ações nas quais a CGU indica para o auditado as desconformidades, os riscos existentes e de como aperfeiçoar os processos de trabalho e os controles internos. Não obstante, parte dessas recomendações é imediatamente atendida e a CGU registra os benefícios obtidos (financeiros ou não financeiros) para o programa. Todavia, as recomendações pendentes de atendimento são monitoradas por meio de sistema específico desenvolvido pela CGU e adotadas as providências administrativas nos casos de descumprimento dos prazos. Nesse sentido, a CGU afirma que “O

monitoramento das recomendações emitidas constitui etapa fundamental da auditoria, tendo em vista que um trabalho somente pode ser considerado encerrado após a implementação das recomendações pela unidade auditada” (CGU, 2019, p. 11). O quadro abaixo sintetiza as recomendações e os benefícios obtidos em cada categoria avaliada do programa SAMU:

Quadro 24: Recomendações x Benefícios obtidos

	Recomendações expedidas pela CGU	Benefícios obtidos
Categoria 1 Processo de Planejamento e Implementação do SAMU	1.1--Montante de recursos repassados	
	<ul style="list-style-type: none"> - Revisar os montantes repassados; - Estabelecer nova rotina administrativa para cálculo dos valores a serem transferidos; - Promover a restituição dos valores repassados a maior; - Providenciar o repasse complementar, nos casos de valores repassados a menor. 	<ul style="list-style-type: none"> - O Ministério da Saúde (MS) promoveu a revisão dos valores repassados a 1.502 municípios, envolvendo todas as 3.201 Unidades Móveis e 185 Centrais de Regulação do SAMU no país; - O MS providenciou as adequações dos valores dos incentivos pagos a partir da competência de maio/2015, conforme Portaria Nº 1473/2013. Em decorrência dos ajustes efetuados nos valores anuais de custeio dessas unidades, foram acrescidos R\$ 9.027.278,04 aos repasses efetuados aos entes federados e suspenso o montante de R\$ 23.622.726,60.
	1.2 - Distribuição dos veículos da frota	
	<ul style="list-style-type: none"> - Estabelecer critérios para renovação da frota; - Incluir nos termos de doação de ambulância, a modalidade de distribuição (ampliação, reserva técnica ou renovação da frota); - Apurar a responsabilidade do agente que deu causa aos repasses indevidos; - Estabelecer e divulgar aos critérios para ampliação da frota; - Incluir, nos processos de compras de ambulâncias a metodologia utilizada para definição do quantitativo. 	<ul style="list-style-type: none"> o Ministério da Saúde adotou medidas para aprimorar os termos de referência dos pregões destinados à aquisição de ambulâncias do SAMU como, por exemplo, os custos das revisões obrigatórias a serem realizadas nos veículos não sejam incluídos no valor de aquisição do objeto.

<p style="text-align: center;">Categoria 2 Controles Internos Administrativos adotados pelo Ministério da Saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Abster-se de conceder habilitação e qualificação com documentação incompleta; - Incluir, nos processos de implantação, habilitação e qualificação do SAMU, a relação dos documentos analisados, contendo data e assinatura do responsável pela aprovação da proposta; - Estabelecer cronograma de visitas periódicas aos serviços habilitados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Como medidas corretivas, a Secretaria de Atenção à Saúde passou a utilizar nova sistemática de instrução processual, de modo que as solicitações de implantação, habilitação e qualificação passaram a ser autuadas em 3 processos, organizados por Central de Regulação, a saber: processos para recebimento de recursos de investimento, processo para habilitação em custeio e processo para qualificação. - A instrução processual referente ao SAMU passou a ser feita por meio do Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde – SAIPS, o que permitiu maior controle sobre o fluxo de documentos e sobre as exigências para adesão de estados e municípios à política do SAMU. - A Secretaria de Atenção à Saúde apresentou cronograma de visitas de monitoramento no componente SAMU a serem realizadas e informou que foram modificados os modelos de pareceres técnicos constantes dos processos para investimento, habilitação e qualificação, com a inserção da relação de documentos analisados e assinatura do responsável pelas análises.
<p style="text-align: center;">Categoria 3 Aquisições de equipamentos e veículos da frota SAMU</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Excluir nos próximos processos de aquisição de ambulâncias os custos das revisões obrigatórias e apurar responsabilidade dos agentes que deram causa ao prejuízo identificado; - Apurar os casos em que as revisões preventivas já pagas pelo Ministério não foram realizadas ou foram pagas em duplicidades, notificando as empresas fornecedoras das ambulâncias do SAMU para devolução dos valores apurados; e adotar as medidas legais pertinentes nos casos de negativa das empresas em devolver os valores dentro do prazo estabelecido. 	<ul style="list-style-type: none"> - Foram emitidas recomendações estruturantes ao DLOG com o objetivo de impedir a ocorrência de licitações simultâneas ou sucessivas com valor superior a R\$ 150 milhões sem a realização de audiência pública. Essa recomendação foi atendida e a secretaria de atenção à saúde providenciou a assinatura e a publicação dos termos de doação, de modo a regularizar as situações pontuais identificadas - Exclusão dos custos das revisões obrigatórios nos processos de aquisição de ambulâncias, evitando prejuízos financeiros.

<p style="text-align: center;">Categoria 4</p> <p style="text-align: center;">Funcionamento das Centrais de Regulação do SAMU e das Unidades Móveis de Saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar nas visitas técnicas periódicas a serem realizadas nos serviços habilitados, a adequação das Bases Descentralizadas ao Programa Arquitetônico Mínimo definido pelo Ministério da Saúde; - Estabelecer procedimento padrão para a restituição dos valores transferidos a título de incentivo de custeio das Unidades Móveis do SAMU durante o período em que estas não estavam funcionando; - Apresentar procedimento padrão destinado a regularizar as situações de veículos irregulares, inclusive quanto às hipóteses de devolução dos veículos, ressarcimento ao Erário e responsabilização dos agentes envolvidos; - Notificar os gestores locais para que promovam as adequações necessárias ao cumprimento dos requisitos de habilitação do SAMU. 	<p>- A Secretaria de Atenção à Saúde instituiu relatório de visita técnica padrão, o qual está sendo utilizado nas visitas periódicas aos serviços habilitados, de modo a contemplar verificações acerca da estrutura das Bases Descentralizadas e sua adequação aos padrões mínimos estipulados pelo Ministério da Saúde.</p>
<p style="text-align: center;">Categoria 5</p> <p style="text-align: center;">Aplicação dos recursos de custeio pelos entes federativos (estados e municípios)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Incluir, na Portaria que define as diretrizes do SAMU, sanções a serem aplicadas no caso de ausência de comprovação da adequada aplicação dos recursos federais destinados ao SAMU, inclusive quanto à possibilidade de suspensão dos repasses do incentivo de custeio; - Estabelecer conteúdos mínimos sobre o SAMU a serem apresentados nesse instrumento de prestação de contas, de modo a contemplar informações acerca do funcionamento das Unidades do SAMU, bem como da aplicação dos recursos federais recebidos e dos recursos próprios de contrapartida. 	<p>A CGU encaminhou a Secretaria de Atenção à Saúde as inconsistências identificadas nas localidades examinadas para adoção de providências junto aos gestores locais para que seja regularizada a aplicação da contrapartida, bem como para promover a restituição dos recursos indevidamente empregados.</p>

<p style="text-align: center;">Categoria 6 Monitoramento dos entes federativos pelo Ministério da Saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Atuar junto aos gestores locais de forma a promover a adequada inserção dos dados de produção no Sistema de Informações Ambulatoriais; - Instituir controles internos para acompanhamento do início do efetivo funcionamento das Unidades Móveis distribuídas com notificação aos gestores donatários de ambulâncias do SAMU tão logo expire o prazo entre o recebimento das unidades móveis e solicitação de habilitação, nos termos da legislação vigente; - Estabelecer mecanismos de monitoramento suficientes para demonstrar a adequação do funcionamento das centrais de regulação e das unidades móveis do SAMU. 	<p>A Secretaria de Atenção à Saúde implementou rotinas de monitoramento das informações inseridas pelas unidades do SAMU no sistema SIA/SUS, bem como proceder a notificação dos gestores locais nos casos de ausência de informações no sistema em referência</p>
--	--	--

Fonte: elaboração própria com base nas informações constantes no RAV nº 61.

7.4 Discussão das contribuições dadas pela CGU no processo de avaliação do programa SAMU

A saúde tem surgido como uma dimensão importante para se observar o desenvolvimento de um país e o progresso da sociedade. Essa nova visão resultou na ampliação do conceito de desenvolvimento que integrou outros aspectos importantes como saúde e educação, não se restringindo aos critérios usuais como taxas de crescimento anual, Produto Interno Bruto *per capita*, baixos níveis de inflação, entre outros (SEN; KLIKSBERG, 2010).

Os estudos de Amartya Sen relacionam diretamente a oferta de educação pública, da saúde, da oportunidade de emprego como mais eficaz para impulsionar o bem-estar e a liberdade das pessoas e enfatiza o efeito positivo da saúde para o desenvolvimento econômico.

Por outro lado, as desigualdades econômicas e sociais da população resultam na iniquidade de acesso as condições mínimas para se alcançar uma vida saudável. É importante destacar que Sen e Kliksberg (2010) consideram a saúde entre as mais importantes condições da vida humana e o seu papel na concepção de justiça social. Os autores argumentam que é preciso enfatizar que a saúde é primordial em nosso bem-estar e para o reconhecimento igualmente básico de que as liberdades e possibilidades que somos capazes de exercer dependem das nossas condições de saúde, já que um individuo não pode fazer muita coisa em uma situação incapacitante (SEN; KLIKSBERG, 2010).

Por tais razões, Sen e Kliksberg (2010) ao relatarem a situação da saúde na América Latina e as deficiências existentes, consideram que a população precisa estar absolutamente

consciente de que a saúde é uma peça-chave para o desenvolvimento e que não se pode mais esperar, é preciso avançar com políticas públicas agressivas.

O esclarecimento, para a sociedade, a respeito da importância fundamental da saúde, bem como o papel desempenhado pelas iniquidades, deve ser acompanhado pelo posicionamento público, com base nesse esclarecimento, sobre alguns grandes temas relacionados à saúde na região (SEN; KLIKSBURG, 2010, p. 194).

Corroborando com este entendimento, Nunes; Santos, et al (2001) apresentaram uma pesquisa de opinião pública na qual a saúde é apontada como o segundo problema mais importante da população brasileira antes do plano real, só ultrapassado pela inflação.

Mas a importância da saúde é, de certa forma, ainda maior do que mostram as pesquisas de opinião. Até porque, os demais problemas percebidos pela população como importantes, desemprego, educação, violência, drogas e falta de saneamento, têm inequívocos rebatimentos na saúde. Perda do emprego significa, em última análise, a impossibilidade, total ou parcial, de comprar medicamentos e/ou de pagar a mensalidade do plano de saúde. O nível de escolaridade afeta diretamente as condições de saúde; é bem conhecida a correlação entre baixa escolaridade da mãe e alta mortalidade infantil. Violência, falta de saneamento básico e uso de drogas são determinantes na demanda por serviços médico-assistenciais (NUNES, SANTOS, *et al.*, 2001, p. 23).

Ou seja, problemas na educação, aumento da violência, falta de saneamento, desemprego afeta diretamente as condições de saúde da população. Desse modo, as políticas públicas na área social quando bem-sucedidas, têm sido um poderoso instrumento para proporcionar desenvolvimento e uma vida saudável.

No Brasil, com a redemocratização do país e a promulgação de uma nova constituição federal, houve uma ampliação da atuação do Estado, que se concretizou por meio de políticas públicas decorrentes dessa nova legislação. Ao mesmo tempo, a Constituição de 1988 também promoveu a descentralização dessas políticas para os entes estaduais e municipais, que resultou em maior participação destes no tocante a gestão e implementação das políticas sociais.

O texto constitucional também trouxe avanços no processo de *accountability* ao estabelecer que a administração pública adotasse medidas para fortalecer os mecanismos de controle, na tentativa de implementar uma gestão pública mais eficiente, transparente e ao mesmo tempo responsabilizar os gestores pelos atos praticados.

Nesse contexto, o governo adotou medidas que estruturaram e fortaleceram a atuação do Sistema de Controle Interno do Poder Executivo Federal que tem como órgão central a CGU, conforme previsto no artigo 70 da Constituição Federal.

Entre as atribuições da CGU, discute-se nesse estudo a avaliação da execução das políticas públicas, prevista no artigo 74 da referida constituição para se compreender como a atuação desse órgão pode contribuir para melhorar a execução de programas, mitigando os obstáculos e falhas.

Contudo, para discutir os principais obstáculos e falhas no processo de implantação de políticas públicas é fundamental entender a trajetória seguida pelo modelo de políticas públicas no Brasil e considerar o impacto do chamado “Novo Gerencialismo” iniciado na década de 90.

Conforme exposto em capítulo anterior, a reforma administrativa tinha como meta melhorar a eficiência do Estado em diversas áreas, por meio de instituições e estratégias gerenciais e, também, de organizações públicas não estatais. Nesse caso, caberia ao “Núcleo Estratégico do Estado” a responsabilidade pela definição das políticas públicas e de leis (BRESSER-PEREIRA, 1998).

Farranha (2011) ao explicar as propostas da reforma administrativa, informou que:

Caberia ao “Núcleo Estratégico do Estado” a definição das políticas, uma vez que conceitos de eficácia e eficiência relacionam-se não somente com a questão da modernização do Estado, mas, fundamentalmente, com a questão do gasto público e, certamente, não se tratava de pensar um modelo de formulação em que as políticas tivessem um caráter redistributivo e capaz de melhorar a inserção econômica das classes populares. Importava, nessa conjuntura, seguir os passos adotados para um Estado mais eficaz e eficiente. A implementação da política deveria ser delegada a Estados e Municípios bem como à sociedade civil (OS) (FARRANHA, 2011, p. 66).

Bresser Pereira (1998) argumentou que a Reforma Gerencial Administrativa iniciada no Brasil na década de 90 tinha como foco aumentar a governança do Estado e garantir a ele os meios financeiros, métodos e instituições administrativas de forma a poder efetivamente intervir por meio de políticas públicas e assim, assegurar os direitos de cidadania. E mais, para o autor a ineficiência do Estado afetava especialmente dos direitos sociais (educação, saúde, previdência) e que, para serem melhor executados era necessário promover uma administração pública gerencial, moderna e eficiente. Em razão disso, após analisar a estrutura administrativa do Ministério da Saúde, Bresser-Pereira (1998) afirmava que pretendia priorizar nessa reforma o sistema de saúde, e afirmou que:

Na área social, o ministério mais difícil é o da saúde. É diretamente responsável pela manutenção de um sistema de atendimento médico e hospitalar que a Constituição determina ser universal e gratuito – o Sistema Único de Saúde -, mas não dispõe, para isso, nem de recursos orçamentários suficientes, nem de pessoal administrativo competente, nem de um modelo de administração do SUS adequado para executar a tarefa, que possa garantir um mínimo de eficiência e efetividade para o sistema. Além disso, como trata de um direito humano fundamental, e com grandes somas de

recursos, é um ministério altamente politizado e ideologizado, o que dificulta em muito sua administração. Finalmente, a responsabilidade direta do ministério pelo atendimento de saúde, em uma federação com quase seis mil municípios, representa uma dificuldade a mais para o estabelecimento de um sistema de saúde efetivamente universal e de boa qualidade. (BRESSER-PEREIRA, 1998, p. 254)

Segundo Farranha (2011) essa abordagem se correlacionava com uma conjuntura internacional cuja noção de eficácia e eficiência passa a ser os parâmetros para a implantação de políticas públicas.

Do outro lado, Olivieri (2008) afirma que a reforma administrativa produziu impactos positivos para a gestão pública, especialmente para a atividade de controle, ainda que de forma não intencional, haja vista que não estava explícita tal preocupação. “Apesar da ausência de intencionalidade das reformas administrativas a respeito da reforma do controle interno, esses impactos não foram marginais, mas, pelo contrário, essenciais para a realização da reforma do controle interno” (OLIVIERI, 2008, p. 117).

O principal impacto para a gestão pública foi a recomposição do quadro de pessoal tanto em termos numéricos como qualitativos, por meio de concursos públicos, que resultou na reorganização das atividades e das estruturas da CGU. “Essa recomposição foi possível graças à retomada dos concursos para carreiras estratégicas, empreendida pela Reforma Administrativa capitaneada por Bresser Pereira” (OLIVIERI, 2008, p. 117).

Outro ponto destacado por Olivieri (2008) e que trouxe impacto para o órgão foi a “recuperação da centralidade da categoria programa no processo de elaboração orçamentária. A partir de 2000 o programa passou a ser a única referência tanto para o orçamento quanto para o planejamento e a gestão” (OLIVIERI, 2008, p. 119).

Como resultado, a CGU adotou uma nova forma de auditoria, com uma metodologia única de trabalho de avaliação e que tem como base a avaliação da execução dos programas mas que dependia de uma “uniformidade mínima” dos procedimentos de execução orçamentária adotados pelos órgãos. (OLIVIERI, 2008)

Balbe (2010) apresenta o desenvolvimento da auditoria de desempenho, também chamada de operacional, como a mudança de maior destaque na literatura do controle e que surgiu após a Nova Gestão Pública. A Instrução Normativa SFC Nº 01, de 06 de abril de 2001 que define as diretrizes, conceitos e normas técnicas para atuação do Sistema de Controle Interno do Poder Executivo Federal, descreve a auditoria operacional como:

Auditoria Operacional: consiste em avaliar as ações gerenciais e os procedimentos relacionados ao processo operacional, ou parte dele, das unidades ou entidades da administração pública federal, programas de governo, projetos, atividades, ou

segmentos destes, com a finalidade de emitir uma opinião sobre a gestão quanto aos aspectos da **eficiência, eficácia e economicidade, procurando auxiliar a administração na gerência e nos resultados, por meio de recomendações**, que visem **aprimorar os procedimentos, melhorar os controles e aumentar a responsabilidade gerencial**. Este tipo de procedimento auditorial, consiste numa atividade de **assessoramento ao gestor público**, com vistas a **aprimorar as práticas dos atos e fatos administrativos**, sendo desenvolvida de forma tempestiva no contexto do setor público, atuando sobre a gestão, seus programas governamentais e sistemas informatizados. (grifo nosso)

Cavalcanti (2006) entende que a avaliação de políticas públicas não se resume ao instrumento de aperfeiçoamento ou no redirecionamento das ações do governo, mas especialmente numa ferramenta para a prestação de contas à sociedade. Por outro lado, para colocar em prática as políticas de saúde e de educação, entretanto, não é suficiente a construção de escolas e de hospitais; é necessário construir a estrutura administrativa dos respectivos ministérios.

Já Pinheiro (2008) aborda a necessidade de uma gestão pública concertada para superar as dificuldades e os riscos crescentes, outrossim, a gestão deve, quando possível, ser compartilhada entre parceiros de mesmo interesse. Nesse sentido, o autor diz que:

No Brasil, muitas políticas públicas estão estruturadas na forma de uma organização sistêmica-matricial, a exemplo das políticas de saúde, de segurança, das que envolvem o meio ambiente, entre outras. Conselhos interministeriais, Secretarias e Fundos, entre outras, são estruturas que mantêm conectados os níveis de governo, enquanto que os convênios e os consórcios são os instrumentos que operacionalizam as diretrizes e os planos emanados da hierarquia superior, somando, assim, recursos e competências em prol dos mesmos objetivos. Em assim sendo, também por esse motivo, não se revela correta a atribuição de mérito, pela implementação de uma PP, a apenas um nível de governo ou mesmo governante, pois não raro, as políticas, para lograr êxito, requerem a gestão concertada de todas as esferas de governo (PINHEIRO, 2008, p. 13).

Segundo Saravia e Ferrarezi (2006) o processo de política pública não está baseado em uma ordenação tranquila, na qual cada ator social conhece e executa suas atribuições conforme esperado. No entanto, as debilidades do Estado no tocante à governabilidade dessas políticas não afeta apenas os cidadãos. “Os atores administrativos, políticos e seus analistas constatarem igualmente a extrema complexidade das políticas públicas e as aparentes debilidades do Estado para cumpri-las” (SARAVIA; FERRAREZI, 2006, p. 29).

Em suas pesquisas, Rua (2014) sintetiza seis condições para que uma política seja implementada com sucesso:

- 1) a legislação estabelece objetivos claros e consistentes, ou pelo menos estabelece critérios para solucionar conflitos entre objetivos;
- 2) a legislação incorpora uma teoria que identifica os principais fatores causais que afetam os objetivos da política e proporciona aos agentes implementadores

jurisdição sobre os grupos-alvo e outros aspectos necessários para alcançar os objetivos; c)

- 3) a legislação estrutura o processo de implementação de maneira a maximizar a probabilidade de que os agentes implementadores e grupos-alvo tenham o desempenho desejado. Isso envolve dotar as agências com a adequada integração hierárquica, apoio em regras decisórias, recursos financeiros suficientes e acesso às autoridades que dão apoio à política;
- 4) os líderes da agência implementadora possuem habilidades gerenciais e políticas suficientes e estão comprometidos com os objetivos definidos em lei;
- 5) o programa é ativamente apoiado por grupos organizados da sociedade e por alguns parlamentares-chave durante o processo de implementação, com o judiciário sendo neutro ou simpático; e
- 6) a prioridade dos objetivos não é subvertida durante o tempo pela emergência de políticas contraditórias ou por mudanças em condições socioeconômicas relevantes que fragilizem a teoria causal ou as bases de apoio ao programa (RUA, 2014, p. 95).

Continuando, Rua (2014) também destaca que agentes públicos responsáveis pelas políticas nem sempre tomam as decisões relevantes e necessárias na fase de formulação, e que mesmo nos casos de atores capacitados e comprometidos com a realização de uma política, três atitudes são muito comuns:

Primeira, os que decidem supõem que o fato de uma política ter sido decidida automaticamente garante que ela seja implementada.

Segunda, todas as atenções se concentram na decisão e no grupo decisório, uma vez que a implementação fica ignorada ou é tratada como se fosse de responsabilidade de um outro grupo.

Terceira, aparentemente se supõe que a implementação se resume a levar a cabo o que foi decidido; logo, é apenas uma questão de os executores fazerem o que deve ser feito para implementar a política (RUA, 2014, p. 99)

Recorrendo a Souza (2006) a pesquisadora relata que a política pública envolve processos subsequentes após a fase de formulação na qual são relacionados os objetivos e estratégias definidas na estrutura normativa. No entanto, é preciso estar atento as outras fases como a de implementação e avaliação.

A fase de implementação representa um conjunto de medidas adotadas para se alcançar os objetivos desejados. Nesse sentido, considerando que o Ministério da Saúde é o órgão responsável pelo planejamento, normatização e, também, pelo repasse da maior parte do custeio do programa SAMU, é imprescindível construir uma estrutura administrativa no respectivo Ministério capaz de mitigar possíveis falhas na execução da política.

7.4.1 Etapas do processo de avaliação do SAMU pela CGU

A avaliação da execução do programa de governo SAMU materializa os preceitos constitucionais previstos nos incisos I e II do artigo 74, em conformidade com a metodologia apresentada no item 4.3 (Avaliação de políticas públicas no âmbito da CGU) e representada na figura 04 (Processo de AEPG) desse estudo. Não obstante, o processo de AEPG é composto de cinco etapas: Tomada de Decisão; Planejamento; Execução; Monitoramento e Avaliação.

Na etapa da Tomada de decisão ocorre a escolha da política pública a ser avaliada. Para tanto, a CGU promoveu a seleção dessa política pública com base em uma matriz de risco, elaborada a partir dos critérios de materialidade, criticidade e relevância e de acordo com os resultados obtidos, foi priorizado o programa SAMU.

A etapa de Planejamento tem como objetivo definir o escopo da avaliação, bem como estabelecer e preparar as ações de controle a serem adotadas pelas equipes de auditoria. Em que pese a competência da CGU, não é possível fiscalizar e auditar todos os atos administrativo de uma política pública, no entanto, por meio de um planejamento adequado foram definidas estratégias bem como o escopo do trabalho de maneira que permitisse construir objetivamente um diagnóstico da execução do programa.

A etapa de Execução consiste na verificação *in loco* das ações priorizadas na fase de planejamento e que permitam obter um diagnóstico da execução do programa. Para a avaliação do programa SAMU, as equipes realizaram fiscalizações com o objetivo de coletar evidências do funcionamento do programa. Também foram obtidas outras informações complementares, análise dos procedimentos do SAMU e entrevistas com funcionários.

A etapa de monitoramento compreende a validação das ações de controle e na análise dos dados obtidos na fase de execução. Com base nessas informações, a CGU apontou as fragilidades existentes que foram consignadas em relatórios específicos encaminhadas aos gestores. Nessa fase também foram emitidas recomendações estruturantes que foram discutidas e acordadas com esses gestores, bem como foram definidos os prazos para implementação.

A etapa de Avaliação compreende a elaboração e divulgação para a sociedade do Relatório da Execução de Programa de Governo (RAV). Esse documento contém os relatórios de fiscalização de cada ente, condensados de acordo com as falhas identificadas. Nesse sentido, a CGU avaliou a execução do SAMU pelos entes federados e os controles administrativos no âmbito do Ministério da Saúde. Cabe salientar que não se trata de apenas um controle legalista e formal, mas um controle que tem como foco a materialidade dos resultados dessa política pública; nos resultados operacionais e da execução do programa quanto à economicidade,

eficiência e eficácia; no cumprimento da legislação e na eficiência dos sistemas de controle administrativo e contábil. São avaliações *ex post* que acontecem concomitantemente ou após a realização do programa.

Nessa avaliação a CGU emitiu o Relatório de avaliação do programa SAMU – RAV Nº 61 e dessa forma permitiu a sociedade conhecer como está a execução do programa, além de contribuir para fomentar o controle social. Olivieri (2008) ao abordar a avaliação da execução de políticas públicas pela CGU, relata que:

A reforma da década de 1990 criou um novo modelo de sistema de controle interno do Poder Executivo, em substituição ao modelo da década de 1960, em dois sentidos: ela incorporou as **pressões democratizantes**, (...), e alterou a estrutura organizacional do sistema de controle interno, **possibilitando a criação de efetiva capacidade de avaliação da execução das políticas públicas** (Olivieri, 2008 p 102).(grifo nosso).

Olivieri (2008) acrescenta também que ao analisar os relatórios produzidos pela CGU, elaborados pela Secretaria Federal de Controle (SFC) considera um trabalho digno de credibilidade, uma vez que “não há, na literatura nacional sobre as reformas administrativas da década de 1990, nenhuma referência a um projeto bem sucedido de desburocratização ou de revisão de processos administrativos” (OLIVIERI, 2008, p. 135).

Por fim, por meio dessa avaliação, a CGU conseguiu obter diagnósticos acerca da eficácia, eficiência e economicidade do programa SAMU bem como promover a qualidade do gasto dessa política pública. O detalhamento desse diagnóstico será apresentado nas 06 (seis) categorias definidas na metodologia desse estudo.

7.4.2 Discussão por categoria

A seguir, são discutidas as contribuições da CGU em cada categoria. O objetivo é mostrar separadamente os benefícios dessa avaliação para o funcionamento do programa SAMU

Categoria 1: Planejamento e implementação do SAMU

Não obstante, é necessário salientar que a CGU não tem como foco apontar erros e irregularidades em suas avaliações, mas colaborar para a melhoria da gestão. O objetivo é, primordialmente, orientar o gestor e mostrar que existem formas de corrigir falhas, se houver. Busca-se desse modo, em conjunto com o gestor, alternativas para solucionar as falhas, no

entanto, caso o gestor não adote medidas para retificar tais falhas, os erros serão apontados e aplicam-se as medidas corretivas previstas na legislação. Desse modo, ao avaliar essa estrutura administrativa, a CGU apontou ao Ministério da Saúde as fragilidades bem como as possíveis causas:

- a) Montante de recursos repassados – utilização de ferramentas rudimentares que propiciam a ocorrência de erros no cálculo do incentivo de custeio.
- b) Distribuição dos veículos da frota - fragilidades no planejamento das aquisições de ambulâncias. Essas fragilidades além de aumentarem o risco de desvio de finalidade das ambulâncias doadas pelo Ministério da Saúde, também podem resultar em possíveis prejuízos para o alcance dos objetivos do programa.

Outro aspecto importante foi que, além de identificar as falhas, também foram produzidas recomendações valiosas para a melhoria do desempenho do programa SAMU. Vale destacar que algumas dessas recomendações foram prontamente atendidas pelo Ministério, com efeitos positivos imediatos já apresentados item “7.3.7 Síntese das Recomendações e Benefícios obtidos no processo de avaliação do programa SAMU”.

Categoria 2 – Controles Internos Administrativos adotados pelo Ministério da Saúde

Inicialmente, é importante destacar a que a legislação determina ao gestor que adote procedimentos, rotinas e métodos de controle para apoiar e dar segurança a gestão na tomada de decisões e promover a eficiência operacional. Ou seja, cabe ao gestor adotar os chamados controles internos primários ou autocontroles.

Considerando a importância desses autocontroles como ferramenta para a gestão, bem como a determinação prevista no texto constitucional, a CGU avaliou se os autocontroles do Ministério da Saúde eram suficientes para inibir irregularidades nos procedimentos de implementação, habilitação e qualificação do SAMU. O resultado dessa avaliação revelou deficiências que impactaram na execução do programa.

A partir dessa avaliação, o gestor implementou medidas que produziram melhorias em seus controles internos. Acrescenta-se que essas melhorias trouxeram como benefícios: minimização dos desvios e riscos de irregularidades nos processos de implantação, habilitação e qualificação do SAMU; melhoria do fluxo entre os departamentos; possível melhoria na qualidade dos serviços; aumento da eficiência e otimização do uso dos recursos públicos.

Categoria 3 - Aquisição de equipamentos e veículos da frota SAMU

Para Marçal Filho (2008) os gastos públicos são um fator essencial para a promoção do desenvolvimento econômico e social. Considerando o impacto desses gastos, a Constituição Federal estabelece que as aquisições públicas, deverão, em regra, ser precedidas de licitação. No entanto, não se pode negar que o processo de compras pela administração pública é um ato complexo, rigoroso e que exige um conhecimento profundo das partes envolvidas, sob risco de prejuízos ao interesse público. Outrossim, a licitação deverá ser processada e julgada em estrita obediência aos princípios básicos da legalidade, da impessoalidade, da moralidade, da igualdade, da publicidade, da probidade administrativa, da vinculação ao instrumento convocatório e do julgamento objetivo, atendendo aos dispositivos que embasam todo o processo.

Nesse processo de avaliação das aquisições de equipamentos e veículos do SAMU a Controladoria-Geral da União contribuiu para promoção de melhorias nos procedimentos licitatórios que resultarão em diminuição dos custos de aquisição e, também, em evitar possíveis prejuízos financeiros decorrentes de pagamento antecipado para fornecedores por serviços não prestados. Cabe ressaltar que nos casos de prejuízos financeiros identificados, a CGU recomendou a imediata apuração de responsabilidades e a devolução dos valores apurados.

Nessa linha, a CGU ratifica a importância da licitação para a administração pública como mecanismo de controle dos recursos públicos e um instrumento para uma gestão transparente e eficiente, ressaltando o princípio da isonomia, a seleção da proposta mais vantajosa para a administração e a promoção do desenvolvimento nacional sustentável, previstos na legislação.

Categoria 4 – Funcionamento das Centrais de Regulação do SAMU e das Unidades Móveis de Saúde

No Brasil, conforme já relatado, o SAMU foi inspirado no modelo francês, mas sofreu adaptações no seu desenho e estratégias, especialmente devido ao nosso arranjo federativo para o financiamento e gestão. De um lado, coube ao Ministério da Saúde definir os objetivos e o desenho do programa, do outro lado, os estados e municípios se posicionaram como agentes encarregados de executá-la, ou seja, de intervir diretamente, fazendo a política pública acontecer, ao traduzir as suas concepções ou desenho em medidas concretas.

Para Rua (2014) qualquer sistema político no qual a formulação e a implementação são separadas, seja pela divisão de poderes (legislativo, executivo ou judiciário) ou pela divisão dos entes federativos (União, estados e municípios) traz a oportunidade de oferecer ao público apenas uma “satisfação simbólica” sem que haja na verdade uma intenção de implementá-las. A autora acrescenta:

Em outras palavras, uma instância pode facilmente assumir que tomou a decisão demandada pelo público, sabendo antecipadamente que os custos de sua implementação irão recair sobre outra instância, sem que sejam providenciados os recursos necessários para tornar a ação possível (RUA, 2014, p. 97).

Na verdade, a maioria das políticas pública no Brasil é de competência comum entre os governos federal, estaduais e municipais, que necessitam da participação das três esferas. Em razão disso, o governo federal precisa de órgãos que monitorem como esses entes executam as políticas públicas nacionais, em especial, nos casos onde ocorre o repasse de recursos federais. No entendimento de Viana, Lima e Oliveira (2002) a política descentralizadora no Brasil pressupõe a coordenação de ações entre diferentes instâncias governamentais que visa a otimização dos recursos disponíveis. Todavia, as autoras argumentam que:

As análises sobre o processo recente de descentralização apontam, na área social e, em específico, na saúde, a tendência de as variáveis microinstitucionais (poderes locais) terem respondido de forma mais direta pelo (in)sucesso de determinadas políticas, evidenciando um grau de autonomia da gestão local (VIANA; LIMA; OLIVEIRA, 2002, p. 499).

Machado, Salvador e O’Dwyer (2011) relatam que pesquisas recentes apontam avanços na implantação do SAMU, mas também descrevem problemas relacionados as condições estruturais, a gestão e a integração da rede de urgência.

Nesse contexto, a CGU avaliou nesta categoria se os agentes que estavam encarregados dessa execução desenvolveram suas ações em consonância com os objetivos e o desenho do programa. Na prática, verificou-se se os gestores locais estavam atendendo os requisitos para o funcionamento das Centrais de Regulação e das Unidades de Saúde nos seguintes itens: infraestrutura adequada; capacitação das equipes; quantitativo de profissionais disponíveis e sistema de registro das ocorrências. É importante relatar que ao aderir de maneira compartilhada com a União os gestores locais se comprometeram em executar o programa SAMU em conformidade com os critérios estabelecidos para a política.

Com esse diagnóstico os gestores podem corrigir erros, distorções e ineficiências e promover a qualidade da gestão. Além disso, a CGU construiu procedimentos direcionados ao

seu trabalho de auditoria e fiscalização que asseguram legitimidade perante os órgãos controlados e que produz informações relevantes tanto a nível ministerial quanto para os estados e municípios.

Categoria 5 – Aplicação dos recursos de custeio pelos entes federativos (estados e municípios)

Os recursos para custeio SAMU são de responsabilidade compartilhada entre a União (50%), Estados (no mínimo 25%) e Municípios (até 25%). Todavia, cabe ao Ministério da Saúde acompanhar a aplicação desses recursos. O cálculo dos valores referentes ao montante repassados pela União é definido conforme a quantidade de unidades móveis em funcionamento e o número de habitantes da região de cobertura. Os valores são repassados pelo Fundo Nacional de Saúde FNS automaticamente aos Fundos de Saúde dos Estados ou Municípios, responsáveis por administrar o SAMU e se destinam exclusivamente à gestão do programa.

A avaliação dessa categoria teve como finalidade analisar o controle financeiro dos recursos destinados ao SAMU; verificar se os repasses dos entes estaduais e municipais guardam conformidade com o percentual previsto em lei; e analisar a prestação de contas dos recursos despendidos para manutenção do programa.

O resultado dessa avaliação demonstrou fragilidades nos processos de prestação de contas e a ausência de legislação nas diretrizes do programa com sanções para os casos de não comprovação adequada dos recursos aplicados. Também apontou ao Ministério da Saúde os casos de descumprimento do repasse pelos entes estaduais e municipais e como isto pode impactar na execução do programa, considerando que metade dos recursos de custeio é de responsabilidade desses gestores locais.

No que se refere ao processo de prestação de contas e responsabilidade, o guia da política de governança do governo federal diz que:

Prestação de contas e responsabilidade (no inglês, accountability) representa a vinculação necessária, notadamente na administração de recursos públicos, entre decisões, condutas e competências e seus respectivos responsáveis. Trata-se de manter uma linha clara e objetiva entre as justificativas e os resultados da atuação administrativa, de um lado, e os agentes públicos que dela tomarem parte, de outro (BRASIL, 2018, p. 51).

Por outro lado, a prestação de contas atua como ferramenta para o controle social na atividade administrativa, ao servir como ferramenta para a fiscalização da sociedade, que pode

apontar os eventuais desvios. Em razão disso, a CGU considera fundamental que o processo de prestação de contas além de informar, sejam suficientes para demonstrar a aplicação adequada dos recursos do programa SAMU.

Cabe ao Ministério da Saúde observar as recomendações emitidas pela CGU, sob risco de os gestores federais serem responsabilizados administrativamente por omissão no desempenho das atribuições do cargo. Importante salientar que as recomendações emitidas são acompanhadas até que sejam totalmente atendidas.

Categoria 6 – Monitoramento dos entes federativos pelo Ministério da Saúde

Para realizar o monitoramento e aferir a qualidade do atendimento do programa SAMU, o Ministério da Saúde depende essencialmente de dados inseridos pelos gestores locais nos sistemas de saúde. De acordo com o Parágrafo único do artigo 2º, da Portaria Nº 1.010, de 21 de maio de 2012, são utilizados pelo Ministério da Saúde para avaliação do funcionamento do SAMU no Brasil, os seguintes indicadores:

- I - número geral de ocorrências atendidas no período;
- II - tempo mínimo, médio e máximo de resposta;
- III - identificação dos motivos dos chamados;
- IV - quantitativo de chamados, orientações médicas, saídas de Unidade de Suporte Avançado (USA) e Unidade de Suporte Básico (USB);
- V - localização das ocorrências;
- VI - idade e sexo dos pacientes atendidos;
- VII - identificação dos dias da semana e horários de menor pico de atendimento;
- VIII - identificação dos dias da semana e horários de maior pico de atendimento; e
- IX - pacientes (número absoluto e percentual) referenciados aos demais componentes da rede, por tipo de estabelecimento.

Outro aspecto importante foi que a avaliação demonstrou que o Ministério da Saúde não dispunha de mecanismos de monitoramento suficientes para identificar o adequado funcionamento das centrais de regulação e das unidades básicas de saúde. Ou seja, havia repasses de recursos para custeio de centrais e regulação e unidades básicas sem qualquer monitoramento quanto ao efetivo funcionamento. Ao indicar as fragilidades no monitoramento, a avaliação da CGU resultou em medidas para melhor acompanhamento da inserção dos dados pelos gestores locais. Esses dados servirão para constituir os indicadores do funcionamento do SAMU.

A partir da análise desses indicadores, o gestor do sistema de saúde poderá detectar os obstáculos e propor medidas de correção que visem a melhoria da qualidade do seu processo de execução. Desse modo, os gestores podem planejar as ações de saúde, inclusive alocando melhor os recursos disponíveis. Todavia, restou pendente a recomendação para a adoção de mecanismos de monitoramento referentes ao funcionamento das centrais de regulação e das unidades básicas de saúde.

Outrossim, a CGU produziu informações gerenciais sobre o programa que permitem aos gestores aprimorar a gestão, especificamente na promoção de melhorias nos autocontroles e nos processos de implementação e execução do programa, no âmbito federal bem como nos entes federados. O volume de informações gerenciais possibilita também ao governo construir um diagnóstico do fluxo do processo e assim determinar quais desses processos necessitam de aperfeiçoamento ou ajustes para o êxito da política. Nessa perspectiva, o processo de avaliação busca dar uma resposta do funcionamento do programa SAMU de maneira útil ao governo.

Nessa linha, a aferição do resultado da avaliação do SAMU que tiveram seus efeitos registrados no RAV N° 61 foram: aprimoramento dos procedimentos internos ou adoção de novos procedimentos; ressarcimento de valores pagos indevidamente; adoção pelo gestor de medidas corretivas que foram recomendadas pela CGU; fortalecimento dos mecanismos de controle, alteração de rotinas internas; responsabilização dos desvios identificados; indicação de desperdícios na execução dos recursos de custeio do programa; deficiências no monitoramento do programa.

Também foram apurados nessa ação benefícios financeiros para o erário por meio da devolução de repasses indevidos, além dos benefícios não financeiros relacionados a melhorias na execução do programa e que não podem ser financeiramente mensurados. Dessa forma, o resultado do desempenho da CGU indica que suas ações contribuíram para o aperfeiçoamento do programa SAMU.

7.4.3 Contribuições da CGU para *accountability* na administração pública

A atuação da CGU revela que o órgão contribuiu para a *accountability* em suas três dimensões: transparência, responsabilização e prestação de contas. Com relação à transparência, a publicação do Relatório de Avaliação da Execução do Programa SAMU, que traz a opinião da CGU sobre a execução do programa, demonstra a preocupação do órgão em prestar informações a sociedade, além de fomentar o controle social. Ou seja, é importante

demonstrar para a sociedade o que o governo está fazendo, como está fazendo e de que maneira está controlando essa política pública.

É preciso salientar que a divulgação de informações sobre a execução dessa política pública é imprescindível para o sistema de transparência e para processo de *accountability*, além de promover uma aproximação entre a sociedade e o Estado. O guia da política de governança do governo federal define transparência como:

A transparência representa o compromisso da administração pública com a divulgação das suas atividades, prestando informações confiáveis, relevantes e tempestivas à sociedade. Inserida em um conjunto de princípios centrais que orienta a atividade pública, a transparência é um dos pilares para a construção de um governo aberto (*open government*) (BRASIL, 2018, p. 53).

Nesse sentido, a avaliação da CGU além de servir como ferramenta administrativa para apuração de responsabilidade por decisões e ações, também revela para os usuários, de maneira clara e transparente, por meio de informações fundamentadas em evidências, como está a execução do programa SAMU. Para Sen e Klinksberg (2010, p. 143) “crescem as pressões públicas em favor de um Estado mais transparente, descentralizado, aberto.”

Para o processo de transparência, o Tribunal de Contas da União entende que:

A transparência pública, além de possuir um papel fundamental no combate à corrupção, viabiliza a contribuição tempestiva da sociedade e dos órgãos de controle, no fornecimento de elementos para que o Estado se torne cada vez mais eficiente e efetivo. Ademais, estimula o desenvolvimento de uma cultura de integridade na gestão dos negócios públicos e incentiva o esforço por melhores políticas e programas de governo (TCU, 2019).

Destarte, a *accountability* é imprescindível para a governança por envolver responsabilização; prevenir abusos de Poder bem como outras formas de comportamento inapropriados advindos de gestores. Alinhado com esses objetivos, o guia de política de governança pública ao abordar o processo de prestação de contas e responsabilidade, afirma que:

Prestação de contas e responsabilidade (no inglês, *accountability*) representa a vinculação necessária, notadamente na administração de recursos públicos, entre decisões, condutas e competências e seus respectivos responsáveis. Trata-se de manter uma linha clara e objetiva entre as justificativas e os resultados da atuação administrativa, de um lado, e os agentes públicos que dela tomarem parte, de outro (BRASIL, 2018, p. 51).

Também afirma:

A prestação de contas retroalimenta o sistema de governança a partir do controle social da atividade administrativa. Dar centralidade ao cidadão é, nesse caso, permitir

que exerça a cidadania de forma proativa, fiscalizando e apontando eventuais desvios (BRASIL, 2018, p. 51).

Não obstante, o processo de *accountability* pode induzir a ação conjunta de três mecanismos: na *accountability* eleitoral, ao possibilitar que eleitores conheça a atuação dos gestores locais e avalie essa atuação por meio da escolha de candidatos; a *accountability* social, por contribuir com a participação da sociedade civil, especialmente por meio dos Conselhos de Saúde que atua no controle da administração pública e por fim na *accountability* gerencial ao possibilitar a sociedade conhecer o desempenho desse programa. Além disso, a saúde ocupa o espaço central das demandas coletivas. Nesse contexto, o papel das políticas públicas de saúde tem despertado crescentes expectativas da sociedade, por acreditar que o Estado faz parte da solução dos problemas, especialmente no enfrentamento e superação de barreiras que impactam nas ações de saúde.

Sob tal perspectiva, estudos demonstram que a atuação da CGU vai muito além das atividades próprias de um órgão de controle interno. As atividades desenvolvidas pela Secretaria de Transparência e Prevenção da Corrupção (STPC), exemplificam essa atuação ao fomentar o controle social, transparência da gestão pública e o fortalecimento da gestão dos estados e municípios, uma vez que muitas falhas e/ou erros de execução nas políticas públicas ocorrem por deficiências na qualificação técnica dos gestores locais. (BALBE, 2010; OLIVIERI, 2008; LOUREIRO, *et al.*, 2012).

Nos estudos de Loureiro *et al* (2012) apresentam a múltipla atuação da CGU, atuando como órgão controle interno e fomentando o controle social, conforme transcrição abaixo:

A criação da CGU representa inovação institucional no processo de controle dos governantes na democracia brasileira por várias razões. Primeiramente porque reorganizou o controle interno da Administração Pública Federal (APF), centralizando-o em um órgão com status ministerial.

(...)

Em segundo lugar, a criação da CGU consolida a ampliação das atividades de controle interno para a promoção da qualidade da gestão, indo além, portanto, do clássico controle da legalidade. Além disso, o que lhe tem dado grande visibilidade, a CGU se tornou a “agência anticorrupção do Brasil”, responsável também pela luta contra a improbidade administrativa, por promover a transparência da APF e fomentar a ética e a integridade (CORRÊA, 2011).

E, por fim, mas não menos importante, a CGU passou a atuar como órgão indutor e fortalecedor do controle social, ou seja, da participação da sociedade civil no controle da administração pública, contribuindo decisivamente para a institucionalização desse processo através de várias iniciativas, como a formação técnica de conselheiros e a iniciativa da organização de conferências sobre controle social (LOUREIRO, ABRUCIO, *et al.*, 2012, p. 55-56).

Já Olivieri (2008) também relata a contribuição do órgão como controle político. A autora diz:

O monitoramento da execução das ações de governo realizado pela SFC tem o potencial de funcionar como controle político, pois ele pode alterar decisões políticas, ou seja, pode alterar o rumo de políticas públicas e o destino do dinheiro. Apesar de a avaliação da execução de políticas ter como objetivo aperfeiçoar a administração do dinheiro público e não avaliar os pressupostos das políticas nem as escolhas de governo, em alguns casos a melhoria na gestão envolve uma discussão para além dos instrumentos gerenciais, ou seja, uma discussão a respeito das escolhas sobre o formato do programa, seus beneficiários, seus objetivos; e isso significa discutir as escolhas políticas dos ministérios. Ou seja, “mirando” a eficiência gerencial, o monitoramento “atinge” a escolha dos políticos sobre a direção da política pública (...) (OLIVIERI, 2008, p. 153).

Para finalizar, este estudo demonstrou que a CGU, no tocante à avaliação da execução do programa SAMU visou detectar obstáculos e, ao mesmo tempo, propôs medidas de correção e alterações no programa, objetivando a melhoria da qualidade do seu processo de implementação e do desempenho dessa política pública.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o objetivo de responder à pergunta que norteou esse estudo, essa pesquisa buscou identificar quais foram as contribuições da Controladoria-Geral da União ao realizar a avaliação do programa SAMU. Para Booth, Colomb e Williams (2005, p. 83) em uma pesquisa científica “nenhuma capacidade é mais útil do que a de reconhecer e enunciar um problema de maneira clara e concisa, uma capacidade de certo modo ainda mais importante do que a de resolvê-lo”.

Inicialmente esta pesquisa discutiu o conceito de desenvolvimento e mostrou sua evolução ao longo do tempo. Nessa perspectiva, apresentou estudos que abordavam o conceito de desenvolvimento numa visão mais direcionada com o crescimento do Produto Interno Bruto. Apresentou também o entendimento de outros autores como Furtado (1974), que divergia desse modelo e considerava uma visão limitada imaginar que tal modelo traria benefícios para todos. Todavia, a literatura apontou alguns avanços proporcionados por esse modelo como: aumento da produção; melhoria nos níveis de escolarização; melhoria nas condições de saúde; avanços científicos etc.

Já Amaro (2003), demonstrou que os efeitos positivos desse modelo de desenvolvimento só alcançaram 1/3 da população, sendo que o restante da população ficou a margem ou os benefícios foram muito limitados.

A pesquisa apresentou os estudos de Amartya Sen, que ampliou o conceito de desenvolvimento e passou a incorporar outros valores sociais, como educação, saúde, moradia, trabalho. O autor vai de encontro aos estudos que identificam de maneira restrita o desenvolvimento com o crescimento do Produto Interno Bruto (PIB). No entanto, o autor não nega a importância do crescimento do PIB, aumento da renda das famílias, os avanços tecnológicos, mas é preciso que esse crescimento tenha como foco a população e seja de qualidade.

Aprofundando seus estudos, Sen e Kliksberg (2010), destacam o papel da saúde na vida das pessoas que significa também ter liberdade, no sentido que uma pessoa saudável está em condições de fazer suas escolhas. Para os autores, a “saúde tem aparecido, crescentemente, como referência essencial para saber se realmente há progresso e, ao mesmo tempo, como um meio decisivo para a sua obtenção” (SEN; KLIKSBERG, 2010, p.141).

Outro elemento importante que também foi destacado neste estudo foi mostrar os avanços dos direitos sociais trazidos pela promulgação da Constituição Federal de 1988. O texto constitucional contém parte das demandas discutidas na 8ª Conferência de Saúde e incorpora conceitos, princípios e uma nova lógica de organização da saúde, dispostos nos artigos 196 a

200 como: universalidade da cobertura e do atendimento; uniformidade entre as populações urbanas e rurais; equidade no custeio; caráter democrático por meio de mecanismos participativos da sociedade. Acrescenta-se que a Constituição de 1988 estabeleceu a saúde como direito social universal e derivado do pleno exercício da cidadania. O resultado para a área da saúde foi um texto moderno, abrangente e considerado um dos mais avançados do mundo.

Este estudo também discorreu sobre a importância das políticas públicas para a concretização de direitos, bem como o processo de criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Após isso, foi definida a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), e posteriormente, a criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) como um componente fundamental dessa política. Nos dizeres de Sen (2010 p.358) “a política pública tem o papel não só de procurar implementar as prioridades que emergem de valores e afirmações sociais, como também de facilitar e garantir a discussão pública mais completa”.

O SAMU é um programa do governo federal, cujo planejamento, aprimoramento, expansão e adequação é de responsabilidade do Ministério da Saúde. Todavia cabe aos estados e municípios de forma descentralizadas, a gestão, a participação no custeio e execução do programa em âmbito local. Dessa maneira, cabe ao governo federal a formulação, o planejamento, definição do desenho e objetivos, enquanto os agentes locais são responsáveis execução a nível local.

Nessa perspectiva, foram desenvolvidas estratégias de atuação de forma descentralizada pelos gestores das três esferas de governo: federal, estadual e municipal. Destarte, o Brasil é um país de dimensões continentais, onde são executadas diversas políticas públicas e que envolvem vultosos recursos orçamentários.

Para atender o objetivo geral do trabalho foi apresentada a evolução do Sistema de Controle Interno (SCI) e sua importância para aprimorar a gestão pública do Estado brasileiro. Na sequência, apresentou-se a atuação da CGU como órgão central do SCI e sua metodologia para avaliação das políticas públicas.

Com o objetivo de compreender a avaliação da CGU realizada na execução do programa SAMU e suas possíveis contribuições para essa política pública, foi analisado o Relatório de Avaliação da Execução do Programa SAMU – RAV N° 61, que traz o trabalho de auditoria realizado em todas as capitais do Brasil bem como no Ministério da Saúde.

Quanto ao resultado desse estudo, as pesquisas bibliográficas e documentais permitiram concluir que a atuação da CGU promoveu melhorias no âmbito do programa SAMU por meio de medidas como o aprimoramento dos procedimentos internos ou adoção de novos

procedimentos; ressarcimento de valores pagos indevidamente; adoção pelo gestor de medidas corretivas que foram recomendadas pela CGU; fortalecimento dos mecanismos de controle, alteração de rotinas internas; responsabilização dos desvios identificados; indicação de desperdícios na execução dos recursos de custeio do programa; identificação de deficiências no monitoramento do programa.

E mais, esse trabalho se mostra relevante ao evidenciar que a atuação da CGU vai além das atribuições próprias de um órgão de controle interno ao fomentar o controle social, a transparência pública e promover a *accountability* na gestão pública brasileira.

Diante da metodologia proposta, observou-se que o estudo poderia ter sido realizado com uma pesquisa mais ampla, por meio da coleta de dados que permitisse identificar as possíveis contribuições advindas das recomendações da CGU e que foram adotadas pelos gestores após a elaboração do RAV N° 61. Todavia, em razão da limitação de tempo só foi possível analisar os benefícios obtidos pelas recomendações já implementadas. Conseqüentemente, outras possíveis contribuições da CGU na avaliação do programa SAMU não foram estudadas.

Embora os resultados sejam consistentes, sugere-se que outros estudos sejam realizados a partir dos dados já levantados neste trabalho, como por exemplo, analisar quais recomendações da CGU tiveram maior impacto na execução do programa SAMU. Recomenda-se ainda analisar os indicadores financeiros e finalísticos do programa SAMU nos últimos anos, com o objetivo de comparar e subsidiar futura discussão no tocante aos resultados dessa política pública.

Por fim, os objetivos propostos para este estudo foram alcançados uma vez que a análise da atuação da CGU revelou que o órgão produziu recomendações importantes para melhoria do desempenho do programa SAMU, além de promover a *accountability* na gestão pública brasileira buscando sempre não somente a eficiência e eficácia das políticas públicas, mas, especialmente a sua efetividade junto a sociedade

REFERÊNCIAS

- ABBAS, Q.; IQBAL, J. Internal Control System: Analyzing Theoretical Perspective and Practices. **Middle-East Journal of Scientific Research** , v. 12, n. 4, p. 530-538, 2012.
- ABRUCIO, F. L.; LOUREIRO, M. R. **Finanças públicas, democracia e accountability. Economia do setor público no Brasil**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004. 75-102 p.
- ALBINO, R. M.; RIGGENBACH, V. Rubia Maria Albino; Viviane Riegenbach. **ACM Arquivos Catarinenses de Medicina**, Santa Catarina, v. 33, n. 3, p. 15-17, 2004.
- ALMEIDA, C. C. T. D. **Relações entre os resultados das auditorias e a implementação do planejamento da saúde: aspectos de monitoramento e avaliação**. Universidade de Brasília. Brasília. 2016.
- ALMEIDA, P. M. V. D. et al. Análise dos atendimentos do SAMU 192: Componente móvel da rede de atenção às urgências e emergências. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 2, 289-295 2016.
- ALVES, A. G. D. S.; MORAES JUNIOR, V. F. D. O Sistema de Controle Interno da gestão pública do poder executivo no município de Patos/PB. **Revista Evidenciação Contábil & Finanças**, João Pessoa, v. 4, n. 3, p. 56-71, set/dez 2016.
- AMARO, R. R. Desenvolvimento - um conceito ultrapassado ou em renovação? Da teoria à prática e da prática à teoria. **Cadernos de Estudos Africanos**, n. 4, p. 35-70, jun 2003.
- AMORIM, S.; BOULLOSA, R. D. F. O estudo dos instrumentos de políticas públicas: uma agenda em aberto para experiências de migração de escala. **Amazônia, Organizações e Sustentabilidade**, v. 2, n. 1, p. 59-69, 2013.
- ARAÚJO, L.; RODRIGUES, M. D. L. ARAÚJO, Luísa; RODRIGUES, Maria de Lurdes. Modelos de análise das políticas públicas. **Sociologia, Problemas e Práticas**, n. 83, p. 11-35, 2017.
- ARRETCHE, M. Federalismo e democracia no Brasil: a visão da ciência política norte-americana. **São Paulo em perspectiva**, v. 15, n. 4, p. 23-31, 2001.
- ARRETCHE, M. Dossiê agenda de pesquisas em políticas públicas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 18, n. 51, fev 2003.
- ARRETCHE, M. Federalismo e Políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. **Sao Paulo em perspectiva**, v. 18, n. 2, p. 17-26, 2004.
- ARRETCHE, M. T. S. Tendências no estudo sobre avaliação. Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate, v. 3, n. 1, p. 29-49, 1998. In: MELO, E. **Avaliação de Políticas Sociais: Uma Questão em Debate**. 1. ed. São Paulo: Cortez, v. 3, 1998. p. 29-49.
- AUGUSTO, M. H. O. Políticas Públicas, Políticas Sociais e Políticas de Saúde: algumas questões para reflexão e debate. **Tempo Social**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 105-119, 1989.

- BALBE, R. D. S. **O resultado da atuação Controle Interno no contexto da Administração**. ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa. [S.l.], p. 1-158. 2010.
- BAPTISTA, T. W. D. F.; REZENDE, M. D. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. In: MATTOS, R. A. D.; BAPTISTA, T. W. D. F. **Caminhos para Análise das Políticas Públicas**. Porto Alegre: UNIDA, 2015.
- BARBETTA, P. A. **Estatística aplicada às ciências sociais**. 8ª edição revista. ed. Florianópolis: UFSC, 2012.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. [S.l.]: Edições 70, 1977.
- BARRETO, K. A.; CALLADO, A. A. C.; CALLADO, A. L. C. Controle Interno sob Enfoque dos Componentes do Framework COSO ERM: um estudo. **XVIII USP International Conference in Accounting**, São Paulo, 25 a 27 jul 2018.
- BATISTA, D. G. **Manual de Controle e Auditoria**: com ênfase na gestão de recursos públicos. São Paulo: Saraiva, 2011.
- BENDER, G. A. **A divisão do poder político: do estado liberal ao estado contemporâneo**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2017.
- BENNETT, C. A. **Urban Health Systems Strengthening: The Community Defined Health System for HIV/AIDS and Diabetes Services in Korogocho, Kenya. 2016. Tese de Doutorado. The George Washington University**. The George Washington University. [S.l.]. 2016.
- BERGAMINI JUNIOR, S. Controles internos como um instrumento de governança corporativa. **Revista do BNDS**, Rio de Janeiro, p. 149-188, dez 2005.
- BOBBIO, N. **Estado, governo e sociedade**. Tradução de Marco Aurélio Nogueira. Rio de Janeiro: Paz e Terra, v. 69, 1987.
- BOCCATO, V. R. C. Metodologia da pesquisa bibliográfica na área odontológica e o artigo científico como forma de comunicação. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 265-274, set-dez 2006.
- BONI, V.; QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Em Tese**, v. 2, n. 1, p. 60-80, 2005.
- BOOTH, W. C.; COLOMB, G. G.; WILLIAMS, J. M. **A arte da pesquisa**. Tradução de Henrique A. Rego Monteiro. 2ª. ed. São Paujo: Martins Fontes, 2005.
- BORDENAVE, J. E. D. **O que é participação**. 6ª. ed. São Paulo: Brasiliense - Coleção primeiros passos, v. 95, 1994.
- BORGES, T. J. G. Práticas de Accountability na administração pública brasileira: existe espaço para este instrumento na saúde pública tupiniquim - via Conselho de Saúde? **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, set. 2014.

BOSSATO, H. R. **A política de financiamento do SUS no Conselho Municipal de Saúde de Niterói: Uma abordagem sócio-histórica**. Universidade Federal Fluminense. Niterói. 2011.

BRASIL. **Constituição Federal do Brasil**. Brasília: [s.n.], 1988.

BRASIL. **Controle Social: Orientações aos cidadãos para participação na gestão pública e exercício do controle social**. CGU. Brasília, p. 147. 2012.

BRASIL. **Manual de metodologia para avaliação da execução de programas de governo**. Controladoria-Geral da União. Brasília, p. 1-76. 2015.

BRASIL. Políticas públicas. In: LOPES, A. **Políticas públicas para cidades sustentáveis: integração intersetorial, federativa e territorial**. Brasília: IBAM, MCTI, 2016.

BRASIL. Divisão regional do Brasil em regiões geográficas imediatas e regiões geográficas intermediárias. **IBGE**, 2017.

BRASIL. **Avaliação de Políticas Públicas: guia prático de análise ex post**. Brasília. 2018.

BRASIL. **Controles Internos, gestão de riscos e governança no âmbito do Poder Executivo Federal - GIRC**. Ministério da Educação. Brasília, p. 1-59. 2018.

BRASIL. **Guia da Política de Governança Pública**. Casa Civil da Presidência da República. Brasília, p. 86. 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde - CNS. <http://conselho.saude.gov.br/historico-cns>, 2019a. Acesso em: 23 out 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. www.saude.gov.br. Acesso em: 23 ago. 2019.

BRESSER-PEREIRA, L. C. A reforma do Estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle. **Lua Nova**, v. 45, p. 49-95, 1998.

BRESSER-PEREIRA, L. C. **Reforma do Estado para a cidadania: a reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional**. São Paulo: 34, 1998.

BRESSER-PEREIRA, L. C. Da administração pública burocrática à gerencial. In: BRESSER-PEREIRA, L. C.; SPINK, P. K. **Reforma do Estado e administração pública gerencial**. Tradução de Carolina Andrade. 7ª. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2006.

BRESSER-PEREIRA, L. C. O conceito histórico de desenvolvimento econômico., 2006.

CABRAL, A. P. D. S.; SOUZA, W. V. D. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): análise da demanda e sua distribuição espacial em uma cidade do Nordeste brasileiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 11, p. 530-540, 2008.

CABRAL, D. Memória da Administração Pública Nacional. **MAPA**, 2011. Disponível em: <<http://mapa.an.gov.br/index.php/dicionario-periodo-colonial/170-erario-regio>>. Acesso em: 03 nov 2019.

CAMPOS, A. M. Accountability: Quando poderemos traduzi-la para o português? **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 30-50, 1990.

CANÇADO, A. C.; PEREIRA, J. R.; TENÓRIO, F. G. **Gestão Social: epistemologia de um paradigma**. 2ª edição. ed. Curitiba: Editora CRV, 2015.

CARDOSO JUNIOR, J. C. **Monitoramento estratégico de políticas públicas: requisitos tecnopolíticos, proposta metodológica e implicações práticas para a alta administração pública brasileira**. IPEA. Rio de Janeiro. 2015.

CARVALHO FILHO, J. D. S. **Manual de Direito Administrativo**. 28º. ed. São Paulo: Atlas, 2015.

CARVALHO, J. M. D. **Cidadania no Brasil: o longo caminho**. 22ª. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016.

CAVALCANTE, D. S.; PETER, M. D. G. A.; MACHADO, M. V. V. Organização dos órgãos de controle interno no estado do Ceará: um estudo da região metropolitana de Fortaleza. **Advances in Scientific an Applied**, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 24-43, 2011.

CAVALCANTI, M. M. D. A. Avaliação de políticas públicas e programas governamentais: uma abordagem conceitual.. **Interfaces de Saberes**, v. 6, n. 1, p. 13, 2006.

CGU. Controladoria-Geral da União. **Apresentação CGU - 21 Slides**, 2014. Acesso em: 21 mar 2020.

CGU. **Relatório de Avaliação da Execução de Programa de Govenho Nº 61**. Controladoria-Geral da União. Brasília. 2016.

CGU. **E-AUD Monitoramento de Recomendações: orientações para unidades auditadas e unidades de auditoria interna governamentais**. Controladoria-Geral da União. Brasília. 2019.

CHALMERS, A. F. **O que é ciência afinal?** Tradução de Raul Filker. Brasília: Brasiliense, 1993.

COELHO, V. S. P. A democratização dos Conselhos de Saúde: paradoxo de atrair nao aliados. **Novos estudos CEBRAP**, São Paulo, v. 78, p. 77-92, jul. 2007.

COELHO, V. S. P.; MARCONDES, L. M.; BARBOSA, M. Accountability e redução das desigualdades em saúde. **CEBRAP**, São Paulo, v. 38, n. 02, p. 323-349, mai-ago 2019.

CORTES, S. V. O sistema único de saúde no Brasil: uma avaliação. In: _____ **Avaliação de Políticas Públicas**. Porto Alegre: UFRGS, 2014. p. 179-194.

COSTA, F. L. D. Brasil: 200 anos de Estado; 200 anos de administração pública; 200 anos de reformas. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 5, p. 829-874, set./out. 2008.

COSTA, J. J. D.; SILVEIRA, K. G. D.; OLIVEIRA, C. M. B. D. **Assistência de enfermagem fundamentada na teoria das necessidades humanas básicas e nos princípios de Paulo**

Freire em um serviço de atendimento móvel de urgência - SAMU. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, p. 1-164. 2007.

COTTA, R. M. M.; CAZA, M. D. M.; MARTINS, P. C. Conselho Municipal de Saúde: (re)pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Viçosa/MG, v. 15, n. 5, p. 2437-45, 2010.

CRUZ, F. D. **Auditoria e Controladoria.** 3ª. ed. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC, 2016.

CRUZ, P. J. S. C. et al. Desafios para a Participação Popular em Saúde: reflexões a partir da educação popular na construção de conselho local de saúde em comunidades de João Pessoa, PB. **Saúde Soc. São Paulo**, Sao Paulo, v. 21, n. 4, p. 1087-1100, 2012.

DALLARI, D. D. A. **Elementos de teoria geral do Estado.** 19º. ed. São Paulo: Saraiva, 1995.

DEMO, P. **Política social, educação e cidadania.** 5ª. ed. Campinas,SP: Papyrus, 1994.

DEMO, P. **Metologia científica em ciências sociais.** 3ª Revista e Ampliada. ed. São Paulo: Atlas, 1995.

DEMO, P. **Participação é conquista:** noções de política social participativa. 5ª. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

DIEGUES, G. C. A Construção da Participação Social na Gestão das Políticas Públicas: O Protagonismo do Governo Local no Brasil. **Administração Pública e Gestão Social**, Viçosa, v. 4, n. 4, p. 365-380, 2012.

DINIZ, C. C. Celso Furtado e o desenvolvimento regional. **Nova economia**, Belo Horizonte, v. 19, n. 2, p. 227-249, mai./ago. 2009.

ESCOREL, S. O programa de interiorização de ações de saúde e saneamento - PIASS. In: _____ **Reviravolta na saúde:** origines e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

FARAH, M. F. S. Análise de políticas públicas no Brasil: de uma prática não nomeada à institucionalização do "campo de públicas". **Revista de Administração Pública**, São Paulo, v. 50, n. 6, p. 959-979, 2016.

FARRANHA, A. C. Sobre entraves e falhas no processo de implementação das políticas públicas: subsídios para a avaliação. **Artigos Inéditos**, p. 63-70, jan/jun 2011.

FERREIRA FILHO, M. G. A Constituição de 1988: um balanço após dezesseis anos de vigência. **Direito Público**, v. 1, n. 8, abr./maio/jun. 2005.

FIOCRUZ. <https://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista06.html>. **Biblioteca Virtual Sergio Arouca.** Acesso em: 23 out 2019.

FLEURY, S. A seguridade social e os dilemas da inclusão social. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 3, p. 449-67, Maio/junho 2005.

- FLICK, U. **Pesquisa Qualitativa**. Tradução de Sandra Netz. [S.l.]: Bookman, 2004.
- FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3ª. ed. [S.l.]: Artmed, 2008.
- FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza. 2002.
- FREURY, S. Revisitando "a questão democrática na área da saúde": quase 30 anos depois. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 156-164, 2009.
- FURTADO, C. **O Mito do Desenvolvimento Econômico**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1974.
- GERSCHMAN, S.; SANTOS, M. A. B. D. O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 21, n. 61, p. 177-227, 2006.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6ª. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- GOVERNO do Tocantins. **Portal Tocantins**, 2019. Disponível em: <<https://portal.to.gov.br/investa-no-tocantins>>. Acesso em: 23 ago. 2019.
- HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias Qualitativas na Sociologia**. 4ª edição. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.
- HILL, M. Implementação: uma visão geral. In: SARAVIA, E.; FERRAREZI, E. **Políticas Públicas**. Brasília: ENAP, v. 1, 2006. p. 60-87.
- HODGE JR, J. G. H. J. Constitutional Cohesion and Public Health Promotion- Part II. **The Journal of Law, Medicine & Ethics**, v. 46, n. 1, p. 185-188, 2018.
- HÖFLING, E. D. M. Estado e políticas (públicas) sociais. **Cadernos Cedes, ano XXI**, n. 55, nov. 2001.
- IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**, 2018. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/to>>. Acesso em: 23 ago. 2019.
- JUSTEN FILHO, M. **Comentários à lei de licitações e contratos administrativos**. 12ª. ed. São Paulo: Dialética, 2008.
- KINZO, M. D. G. A DEMOCRATIZAÇÃO BRASILEIRA: um balanço do processo político desde a transição. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 15, n. 4, Outubro/dezembro 2001.
- KRONEMBERGER, T. S.; MEDEIROS, A. C.; DIAS, A. F. Conselhos municipais: institucionalização e funcionamento. In: TENÓRIO, F. G.; KRONEMBERGER, T. S. **Gestão Social e conselhos gestores**. Rio de Janeiro: FGV, v. 3, 2016. p. 151-182.
- KUHN, T. S. **A estrutura das revoluções científicas**. Tradução de Beatriz Vianna Boeira e Nelson Boeira. 9ª. ed. São Paulo: Perspectiva, 2006.
- LIMA, L. L.; D'ASCENZI, L. Estrutura Normativa e Implementação de Políticas Públicas. **Avaliação de políticas públicas.**, Porto Alegre: UFRGS, p. 50-63, 2014.

LOPES, S. L. B.; FERNANDES, R. J. Uma breve revisão do atendimento médico pré-hospitalar. **Medicina. On line**, Ribeirão Preto, v. 32, n. 4, p. 381-387, out./dez. 1999.

LOUREIRO, M. R. et al. Do Controle Interno ao Controle Social: a múltipla atuação da CGU na democracia brasileira. **Caderno Gestão Pública e Cidadania**, São Paulo, v. 17, n. 60, jan./jun. 2012.

LUCHTEMBERG, M. N.; PIRES, D. E. P. D. Enfermeiros do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: perfil e atividades desenvolvidas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 2, p. 213-220, 2016.

MACHADO, C. V.; SALVADOR, F. G. F.; O'DWYER, G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 3, p. 519-528, 2011.

MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. D. S.; CICONET, R. M. Agravos clínicos atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de Porto Alegre - RS. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 185-191, mar./abr. 2011.

MARTES, A. C. B. et al. **Modelo de avaliação de programas sociais prioritários**. Relatório final. Programa de apoio à gestão social no Brasil. NEPP/UNICAMP. Campinas. 1999.

MARTINS, P. P. S. **Atendimento Pré-Hospitalar: Atribuição e Responsabilidade de Quem? Uma reflexão crítica a partir do serviço do corpo de bombeiros e das políticas de saúde "para" o Brasil à luz da filosofia da práxis**. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, p. 1-264. 2004.

MARX, C. A. **A CGU e a dualidade do papel do Controle Interno no Brasil**. São Paulo. 2015.

MATTOS, R. A. D. Ciência, Metodologia e o Trabalho Científico. In: MATTOS, R. A. D.; BAPTISTA, T. W. D. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**. Porto Alegre: Rede UNIVDA, 2015. p. 27-57.

MAXIMIANO, A. C. A. **Introdução à administração**. 5ª. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

MAYO, J. W.; WALLSTEN., S. From network externalities to broadband growth externalities: a bridge not yet built. **Review of Industrial Organization**, v. 38, n. 2, p. 173-190, 2011.

MEDEIROS, A. K.; CRANTSCHANINOV, T. I.; SILVA, F. C. D. Estudos sobre accountability no Brasil: meta-análise de periódicos brasileiros das áreas de administração, administração pública, ciência política e ciências sociais. **Revista de administração pública**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 3, p. 745-775, maio/jun 2013.

MEIRA, M. M. **Diretrizes para a educação permanente no serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU)**. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, p. 157. 2007.

MEIRELLES, H. L.; FILHO BURLE, J. E. **Direito Administrativo Brasileiro**. 42. ed. São Paulo: Malheiros, 2016.

MORAES, A. D. **Direito Constitucional**. 13ª. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MOTTA, F. C. P.; VASCONCELOS, I. F. G. D. **Teoria Geral da Administração**. São Paulo: Thomson Learning, 2006.

MOURA, J. D. S. et al. METODOLOGIA, O QUE É ISSO? A IMPORTÂNCIA DA DISCIPLINAMETODOLOGIA CIENTIFICA NA FORMAÇÃO ACADÊMICA DO ALUNO DE GRADUAÇÃO. **A Encontro Internacional de Formação de Professores e Fórum Permanente de Inovação Educacional**, v. 8, n. 1, 2015.

MUNIZ, F. P. **A Trajetória institucional do sistema de controle interno do Poder Executivo Federal: a emergência e a evolução da Controladoria Geral da União**. Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória. 2017.

NEVES, J. L. Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades. Caderno de pesquisas em administração. **Caderno de pesquisas em administração**, São Paulo, v. 1, n. 3, p. 1-5, 1996.

NORONHA, J. C. D. Os rumos do Estado Brasileiro e o SUS: a Seguridade Social como Política Pública da Sociedade e Estado. **Saúde e sociedade**, v. 14, n. 2, p. 31-38, mai./ago. 2005.

NUNES, A. et al. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento**. IPEA. Brasília, p. 224. 2001.

O'DWYER, G.; MACHADO, C. V.; ALVES, R. P. A. S. F. G. Atenção pré-hospitalar móvel às urgências: análise de implantação no estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p. 2189-2200, 2016.

O'DONNELL, G. Accountability Horizontal e Novas Poliarquias. **Lua Nova**, v. 44, p. 27-54, 1998.

O'DWYER, G. et al. O processo de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: estratégias de ação e dimensões estruturais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 7, p. 1-14, 2017.

O'DWYER, G.; MATTOS, R. A. D. O SAMU, a regulação no Estado do Rio de Janeiro e a integralidade segundo gestores dos três níveis de governo. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 141-160, 2012.

OLIVEIRA, C. R. D.; OLIVEIRA, R. C. D. Direitos sociais na constituição cidadã: um balanço de 21 anos. **Serv. soc. soc**, v. 105, p. 5-29, 2011.

OLIVEIRA, G. B. D. Uma discussão sobre o conceito de desenvolvimento. **Revista da FAE**, Curitiba, v. 5, n. 2, p. 37-48, maio/ago 2002.

OLIVIERI, C. **Política e Burocracia no Brasil: o controle sobre a execução das políticas públicas**. FGV. São Paulo. 2008.

OLVIERI, C. **Política e burocracia no Brasil: o controle sobre a execução das políticas públicas**. Fundação Getúlio Vargas - Escola de Administração de Empresas de São Paulo. São Paulo, p. 229. 2008.

ORTIGA, A. M. B. **Avaliação do serviço de atendimento móvel de urgência em Santa Catarina**. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. 2014.

ORTIGA, A. M. B. et al. Avaliação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 12, p. e00176714, dez. 2016.

OSTERMANN, F. A epistemologia de Kuhn.. **Caderno catarinense de ensino de física**, Florianópolis, v. 13, n. 3, p. 184-196, dez 1996.

PINHEIRO, I. A. Entre falhas, legados e outras limitações às avaliações conclusivas. **ANPAD**, Salvador/BA, Nov 2008.

PINHO, J. A. G. D.; SACRAMENTO, A. R. S. Accountability: já podemos traduzi-la para o português? **Revista de administração pública**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 6, p. 13431368, nov/dez 2009.

PITTERI, J. S. M. **Caracterização de assistência do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) Palmas, Estado do Tocantins no período de julho de 2008 a junho de 2009**. Universidade de Brasília. Brasília. 2010.

PIZZIO, A. A sociedade civil e a esfera pública em regimes democráticos: notas sobre a participação popular.. **Revista Inter Ação**, v. 34, n. 1, p. 173-184, 2009.

RAMIREZ-GARCIA, J.; ÁLVAREZ-VÉLEZ, C. América Latina frente a los determinantes sociales de la salud: Políticas públicas implementada. **Revista de Salud Pública**, v. 15, p. 731-742, 2013.

RIJT, T. V. D.; PANG, T. Governance within the World Health Assembly: A 13-year analysis of WHO Member States' contribution to global health governance. *Health Policy*. **Health Policy**, v. 119, n. 3, p. 395-404, 2015.

RÓLLO, M. F. Os sistemas de controle interno na administração pública. **Revista Eletrônica do CRCRS**, Porto Alegre, n. 144, p. 40-49, abr 2011.

RUA, M. D. G. Avaliação de políticas, programas e projetos: notas introdutórias. **UFAM**, 2003.

RUA, M. D. G. Políticas Públicas. In: _____ **Curso de Especialização em Gestão em Saúde**. Florianópolis: PNAP - UFSC, 2009.

RUA, M. D. G. Políticas Públicas. In: RUA, M. D. G. **Especialização em Gestão Pública Municipal - Módulo Básico**. 3ª. ed. Florianópolis: CAPES/UNB, 2014.

SALLUM JUNIOR, B. Metamorfoses do Estado brasileiro no final do século XX. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 18, n. 52, p. 35-54, jun. 2003.

SANTOS, B. D. S. **Introdução a uma nova ciência pós moderna**. [S.l.]: Edições Afrontamento, 1989.

SANTOS, F. P. D.; MERHY, E. E. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro: uma revisão. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 10, n. 19, p. 25-41, 2006.

SANTOS, I. S.; VEIRA, F. S. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 2303-2314, 2018.

SANTOS, M. F. F. **Teoria Geral do Estado**. 2ª. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

SARAVIA, E.; FERRAREZI, E. Políticas públicas. **ENAP**, Brasília, v.1, 2006. 317.

SCHAFF, K. A. **Local Health Departments Engaging in Policy Change to Achieve Health Equity: An Examination of the Foreclosure Crisis**. University of California. Berkeley. 2015.

SCHNEIDER, B. R. **O Estado desenvolvimentista no Brasil: perspectivas históricas e comparadas**. IPEA. Rio de Janeiro, p. 1-42. 2013.

SECCHI, L.; ZAPPELLINI, M. B. Os Clássicos da Política Pública: concentração e isolamento das comunidades epistêmicas do Brasil, EUA e União Europeia. **NAU Social**, v. 7, n. 13, p. 111-129, out 2016.

SEN, A. **Desenvolvimento como liberdade**. Tradução de Laura Teixeira Motta. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

SEN, A. K. **Desigualdade Reexaminada**. Tradução de Ricardo Doninelli Mendes. 3ª. ed. Rio de Janeiro: Record, 2012.

SEN, A.; KLIKSBURG, B. **As pessoas em primeiro lugar: a ética do desenvolvimento e os problemas do mundo globalizado**. Tradução de Carlos Eduardo Lins da Silva Bernardo Ajzenberg. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

SILVA, E. A. C. D. et al. Aspectos históricos da implantação de um serviço de atendimento pré-hospitalar. **Revista Eletrônica de Enfermagem - UFG**, p. 571-577, 2010.

SILVA, P. M. S. **Análise do serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) de Belo Horizonte via simulação e otimização**. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte. 2010.

SOUZA, C. Federalismo, descentralização e reforma constitucional em contextos de desenvolvimento regional desigual. **Organizações & Sociedade**, v. 4, n. 9, p. 127-148, mai./ago. 1997.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, v. 8, n. 16, p. 20-45, jul/dez 2006.

SOUZA, R. M. D. et al. Análise da configuração de SAMU utilizando múltiplas alternativas de localização de ambulâncias. **Gestão & Produção**, São Carlos, v. 20, n. 2, p. 287-302, abr./jun 2013.

SOUZA, V. A. D. Direitos no Brasil: necessidade de um choque de cidadania, Curitiba, v. 27, p. 211-214, nov. 2006.

TEIXEIRA, S. M. F. Retoar o debate sobre a reforma sanitária para avançar o sistema único de saúde (SUS). **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 1-9, oct/dec 2009.

TENÓRIO, F. G. Gestão Social: conceito. In: TENÓRIO, F. G.; KRONEMBERGER, T. S. **Gestão Social e conselhos gestores**. Rio de Janeiro: FGV, 2016.

TREVISAN, A. P.; BELLEN, H. M. V. Avaliação de políticas públicas: uma revisão teórica de um campo em construção. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 3, p. 529-550, maio/jun 2008.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução á pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VEGIAN, C. F. L.; MONTEIRO, M. I. Condições de vida e trabalho de profissionais de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem [internet]**, v. 19, n. 4, jul./ago 2011. Acesso em: 20 mar. 2019. [07 telas].

VIANA, A. L. Abordagens metodológicas em políticas públicas. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 5-43, mar/abr 1996.

VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D. D.; OLIVEIRA, R. G. D. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto-lições do caso brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, p. 493-507, 2002.

VIEIRA, C. M. S.; MUSSI, F. C. A implantação do projeto de atendimento móvel de urgência em Salvador/BA. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 793-797, 2008.

WILSON, D. H. E. **Local government decisions in a time of economic decline: A study of county government budget policy during the Great Recession**. Atlantic Universit. Florida. 2015.

ZANI, F. B. A trajetória do sistema de proteção social e o papel dos tecnoburocratas. In: TENÓRIO, F. G.; KRONEMBERGER, T. S. **Gestão social e conselhos gestores**. Rio de Janeiro: FGV, 2016.

LEGISLAÇÃO

1. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017 - Consolida as normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde.
2. Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017 - Consolida as normas sobre financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.
3. Decreto nº 9.380, de 20 de maio de 2018, que altera o Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012 - Dispõe sobre a readequação da rede física do Sistema Único de Saúde oriunda de investimentos realizados pelos entes federativos com recursos repassados pelo Fundo Nacional de Saúde.
4. Portaria Nº 3.583, de 5 de novembro de 2018 - Estabelece os procedimentos para execução do disposto no art. 2º do Decreto nº 9.380, de 22 de maio de 2018, que trata da readequação da rede física do Sistema Único de Saúde oriunda de investimentos realizados pelos entes federativos com recursos repassados pelo Fundo Nacional de Saúde
5. Portaria interministerial nº424, de 30 de dezembro de 2016 - Estabelece normas para execução do estabelecido no Decreto nº 6.170, de 25 de julho de 2007, que dispõe sobre as normas relativas às transferências de recursos da União mediante convênios e contratos de repasse, revoga a Portaria Interministerial nº 507/MP/MF/CGU, de 24 de novembro de 2011 e dá outras providências.
6. Resolução nº 10 da CIT, de 8 de dezembro de 2016 - Dispõe complementarmente sobre o planejamento integrado das despesas de capital e custeio para os investimentos em novos serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.
7. Decreto Nº 5.055, de 27 de abril de 2004 – Institui o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU.

APÊNDICE

CARTILHA PARA GESTORES LOCAIS SOBRE O SERVIÇO DE



ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

SAMU
192



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CAMPUS DE PALMAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO
PROFISSIONAL EM GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

CARTILHA PARA GESTORES LOCAIS SOBRE O SERVIÇO
DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

Elaboração:

Nelma Suely Andrade Castro Pereira. Aluna do
Mestrado Profissional em Gestão de Políticas Públicas
da Universidade Federal do Tocantins.

Projeto gráfico, diagramação e ilustrações:

Natalia Coutinho, Fonte Inove.

Palmas/TO, 2020

APRESENTAÇÃO

O processo de urbanização provocou mudanças no perfil epidemiológico, especialmente o aumento de enfermidades relacionadas as urgências e emergências. Nesse sentido, observou-se uma redução dos óbitos por doenças infecto-parasitária e elevação de mortes por doenças crônico-degenerativas ou por causas externas (queda, envenenamento, lesões, agressões, suicídio, homicídio, queimaduras, acidentes de trânsito, entre outras). Essa situação contribuiu para agravar os problemas existentes nos serviços hospitalares de urgência e provocar desgastes político para os governos.

Não obstante, os problemas relacionados ao atendimento de urgência e a pressão de profissionais provocaram uma ampla discussão no Brasil sobre a atenção às urgências e revelou sua importância para a organização do Sistema de Saúde. Com isso, a política de atenção de urgência tornou-se prioridade do governo federal.

Dessa forma, por meio do Decreto 5.055 de 27 de abril de 2004 o governo federal instituiu o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, visando a implementação de ações com maior grau de eficácia e efetividade na prestação de serviço de atendimento à saúde de caráter emergencial e urgente.

Destarte, esta cartilha tem como objetivo facilitar o entendimento dos gestores locais no tocante às diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, funcionamento e estrutura da Central de Regulação, das Bases Descentralizadas e das Unidades Móveis de Saúde, conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde.

Cabe informar que os textos têm como base a Portaria Nº 1.010, de 21 de maio de 2012 e suas alterações, que redefiniu as diretrizes para implantação do SAMU, estrutura e funcionamento da Central de Regulação de Urgências; das Bases Descentralizadas e das Unidades Móveis de Saúde.



Conheça o
SAMU

O QUE É O SAMU

Componente assistencial móvel da Rede de Atenção às Urgências que tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras) que possa levar a sofrimento, à sequelas ou mesmo à morte, mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número “192” e acionado por uma Central de Regulação das Urgências (Portaria N° 1.010, de 21 de maio de 2012).

HABILITAÇÃO

Processo pela qual o SAMU e as Centrais de Regulação das Urgências cumprem determinados requisitos do processo de habilitação, tornando-se aptos ao recebimento dos incentivos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde, tanto para investimento quanto para custeio (Portaria N° 1.010, de 21 de maio de 2012).

Obs. 1: As Centrais de Regulação e as Unidades Móveis serão habilitadas mediante a demonstração de efetivo funcionamento, comprovado por meio do encaminhamento de documentação exigida para o Ministério da Saúde.

QUALIFICAÇÃO

Processo pela qual o componente SAMU regional já habilitado cumpre requisitos de qualificação estabelecidos nesta Portaria, passando a fazer jus a novos valores de custeio (Portaria N° 1.010, de 21 de maio de 2012).

Obs. 1: A unidade do Componente SAMU, já habilitada terá direito à qualificação, com a alteração de valores de custeio, mediante apresentação de documentos exigidos pelo Ministério da Saúde.

INDICADORES DO SAMU 192

Situações utilizadas pelo Ministério da Saúde para avaliação do funcionamento do SAMU 192 no Brasil.

- * São indicados do SAMU:
- * Número geral de ocorrências atendidas no período;
- * Tempo mínimo, médio e máximo de resposta;
- * Identificação dos motivos chamados;
- * Quantitativo de chamados, orientações médicas, saídas de Unidade de Suporte Avançado (USA) e Unidade de Suporte Básico (USB);
- * Localização das ocorrências;
- * Idade e sexo dos pacientes atendidos;
- * Identificação dos dias da semana e horários de maior pico de atendimento;
- * Pacientes (número absoluto e percentual) referenciados aos demais componentes da rede, por tipo de estabelecimento.



MÉDICOS REGULADORES

Profissionais médicos que, com base nas informações colhidas dos usuários, quando estes acionam a central de regulação, são os responsáveis pelo gerenciamento, definição e operacionalização dos meios disponíveis e necessários para responder a tais solicitações, utilizando-se de protocolos técnicos e da faculdade de arbitrar sobre os equipamentos de saúde do sistema necessários ao adequado atendimento do paciente (Portaria N° 1.010, de 21 de maio de 2012).

CAPACITAÇÃO

O componente SAMU deverá dispor de programa de capacitação permanente e deverá ser promovida, preferencialmente, de forma direta pela Rede de Atenção às Urgências (Portaria N° 1.010, de 21 de maio de 2012)

CENTRAL DE REGULAÇÃO DAS URGÊNCIAS

Estrutura física constituída por profissionais (médicos, telefonistas, auxiliares de /telefônicos que demandam orientação e/ou atendimento de urgência, por meio de uma classificação e priorização das necessidades de assistência em urgência, além de ordenar o fluxo efetivo das referências e contrarreferências dentro de uma Rede de Atenção (Portaria N° 1.010, de 21 de maio de 2012)

Composição da Central de Regulação das Urgências:



Médicos com capacitação em regulação médica das urgências (MR)



Técnicos Auxiliares de Regulação Médica (TARM)



Rádio-Operador (RO)

QUANTITATIVO MÍNIMO DE PROFISSIONAIS DA SALA DE REGULAÇÃO MÉDICA

Nº Profissionais	Médicos Reguladores (MR)		Telefonistas Auxiliares de Regulação Médica (TARM)		Rádio-Operadores (RO)		Nº Total de Profissionais	
	Dia	Noite	Dia	Noite	Dia	Noite	Dia	Noite
Até 350.000	01	01	02	01	01	01	04	03
350.001 a 700.000	02	02	03	02	01	01	06	05
750.001 a 1.500.000	03	02	05	03	01	01	09	06
1.500.001 a 2.000.000	04	03	06	05	01	01	11	09
2.000.001 a 2.500.000	05	04	07	06	02	01	14	11
2.500.001 a 3.000.000	06	05	08	07	02	02	16	14
3.000.001 a 3.750.000	07	05	10	07	03	02	20	14
3.750.001 a 4.500.000	08	06	13	09	04	03	25	18
4.500.001 a 5.250.000	09	07	15	11	05	03	29	21
5.250.001 a 6.000.000	10	08	17	13	06	04	33	25
6.000.001 a 7.000.000	11	09	20	15	07	05	38	29
7.000.001 a 8.000.000	12	10	23	17	08	06	43	33
8.000.001 a 9.000.000	13	11	25	20	09	07	47	38
9.000.001 a 10.000.000	14	11	28	22	10	07	52	40
Acima de 10.000.001	15	12	31	25	11	08	57	45

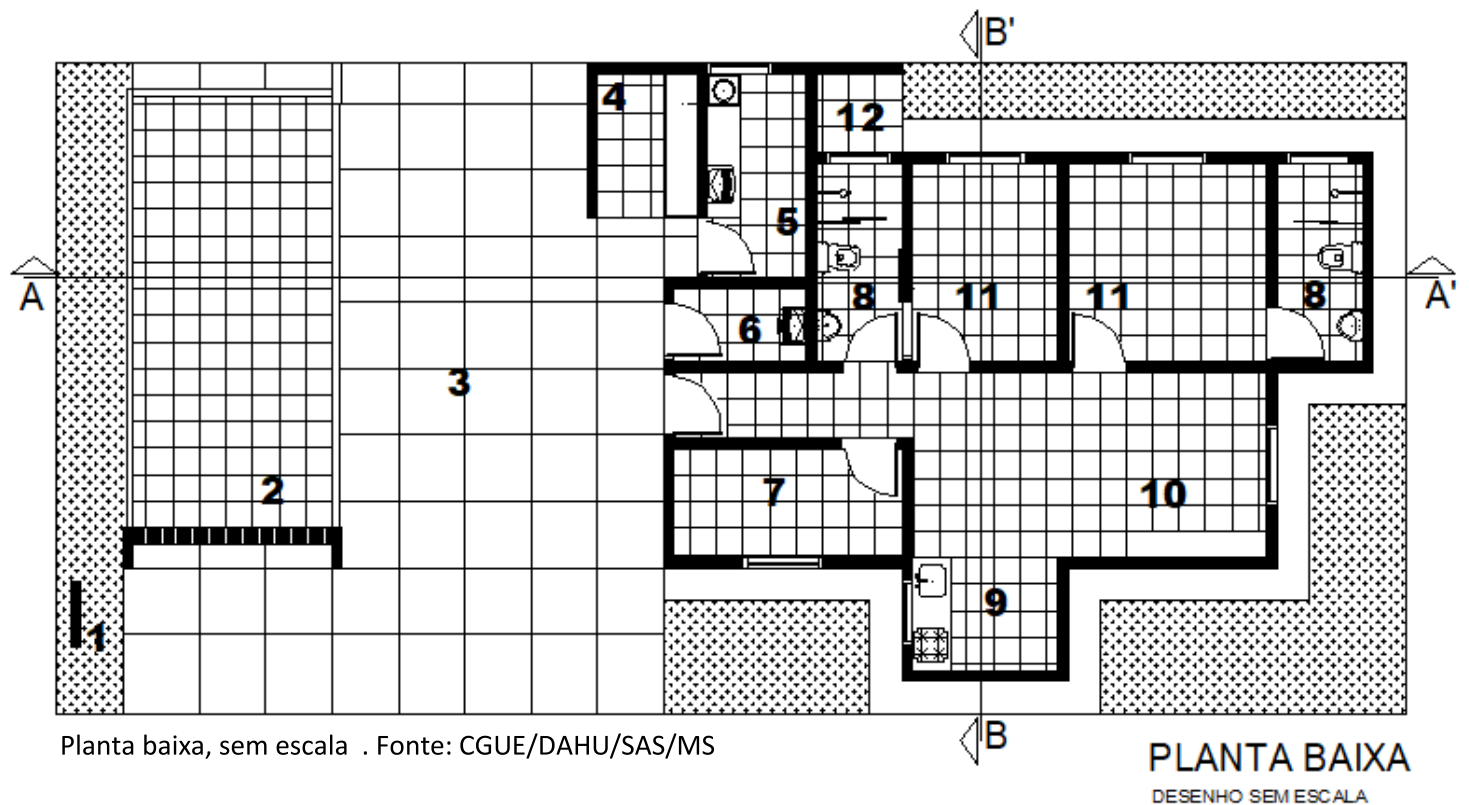
Fonte: Portaria Nº 1.010, de 21 de maio de 2012 e suas alterações.

BASE DESCENTRALIZADA

Infraestrutura que garante temporesposta de qualidade e racionalidade na utilização dos recursos do componente SAMU 192 regional ou sediado em município de grande extensão territorial e/ou baixa densidade demográfica, conforme definido no Plano de Ação Regional, com a configuração mínima necessária para abrigo, alimentação, conforto das equipes e estacionamento da(s) ambulância(s) (Portaria Nº 1.010, de 21 de maio de 2012)

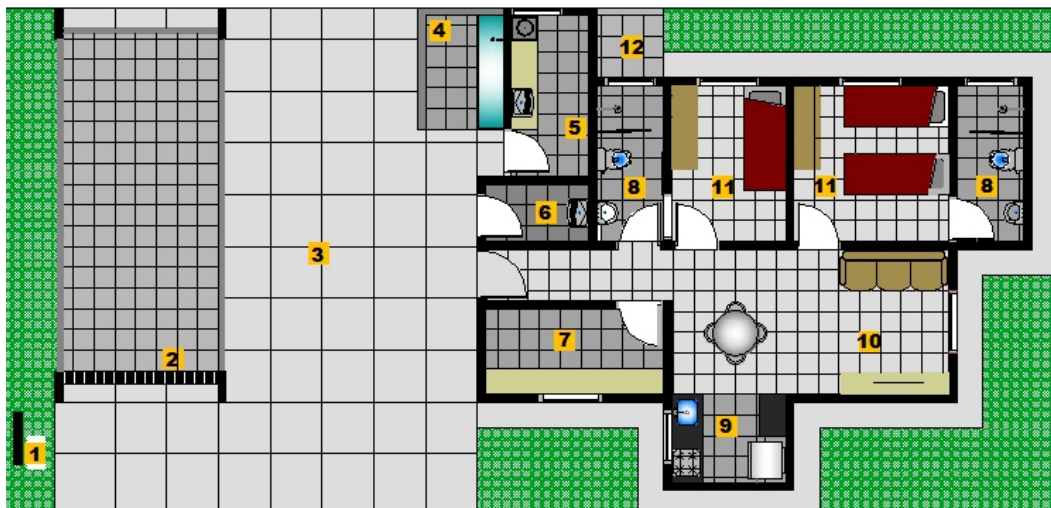


Fonte: Ministério da Saúde



Programa de necessidades:

- Sala de repouso para descanso dos profissionais;
- Banheiro com chuveiro;
- Sala de Estar;
- Copa (pode ser conjugada ao estar);
- Estacionamento coberto para ambulância(s);
- Local de limpeza das ambulâncias;
 - a) Espaço com tanque para limpeza de materiais como pranchas longas, colete imobilizador e talas de imobilização;
 - b) Piso impermeável com escoamento para calha;
 - c) Atender a RDC nº 306, de 7 de dezembro de 2004 quanto ao tratamento de resíduos líquidos;
 - d) Prever leve inclinação da ambulância para facilitar a limpeza interna
- Sala de recepção e limpeza (Sala de utilidades/expurgo);
- Depósito de material de limpeza (DML);
- Almojarifado;
- Sala para armazenagem e controle – CAF (Distribuição de Medicamentos)



1- Totem/placa de piso ou placa bandeira | 2- Área para higienização de ambulância | 3- Estacionamento coberto de ambulância | 4- Área para tanque de higienização de equipamentos | 5- Sala de utilidades | (quando ocorrer a higienização de ambulâncias e equipamentos) | 6- DML (depósito de material de limpeza) | 7- CAF (quando a base acondicionar e distribuir medicamentos) | 8- Banheiro | 9- Copa/Cozinha | 10- Sala de estar | 11- Quarto | 12- Área para guarda de cilindros (quando a base acondicionar cilindros de oxigênio)

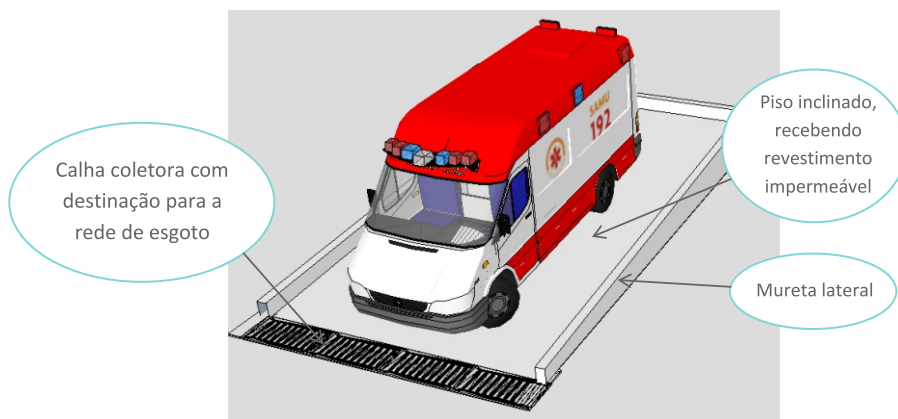
Obs.1: As Bases Descentralizadas deverão seguir a estrutura física padronizada pelo Ministério da Saúde, incluída a padronização visual.

Obs. 2: As Bases Descentralizadas podem funcionar como anexo de um estabelecimento de saúde já existente compartilhando todos os ambientes de apoio, sendo exclusivo para o SAMU apenas o repouso. Contudo, deve ser efetuada a padronização visual de modo que diferencie claramente a Base SAMU do estabelecimento adjacente, além disso, o estacionamento coberto para as unidades móveis deve estar próximo às áreas de conforto das equipes SAMU.

UNIDADES MÓVEIS

As Unidades Móveis para atendimento de urgência podem ser das seguintes espécies:

- I. Unidades de Suporte Básico de Vida Terrestre (USB): tripulada por no mínimo 2 (dois) profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência e um técnico ou auxiliar de enfermagem;
- II. Unidade de Suporte Avançado de Vida Terrestre (USA): tripulada por no mínimo 3 (três) profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência, um enfermeiro e um médico;
- III. Equipe de Aeromédico: composta por no mínimo um médico e um enfermeiro;
- IV. Equipe de Embarcação: composta por no mínimo 2 (dois) ou 3 (três) profissionais, de acordo com o tipo de atendimento a ser realizado, contanto com o condutor da embarcação e um auxiliar/técnico de enfermagem, em casos de suporte básico de vida, e um médico e um enfermeiro, em casos de suporte avançado de vida;
- V. Motolância: conduzida por um profissional de nível técnico ou superior em enfermagem com treinamento para condução de motolância;
- VI. Veículo de Intervenção Rápida (VIR): tripulado por no mínimo um condutor de veículo de urgência, um médico e um enfermeiro.



Modelo de área de higienização (meramente ilustrativo). Fonte: CGUE/DAHU/SAS/MS. Meramente ilustrativo.

Obs.1: A doação das unidades móveis se dará na fase de implantação do componente SAMU, mediante análise pela área técnica da CGUE/DAE/SAS/MS.

Obs.2: As solicitações de ampliação e renovação de frota e reserva técnica serão analisadas pela área técnica do CGUE/DAE/SAS/MS e poderão ser atendidas quanto houver disponibilidade por parte do Ministério da Saúde, desde que estejam em conformidade com a legislação de regência e com os critérios constantes do site www.saude.gov.br/samu.

INCENTIVO FINANCEIRO

Modalidade de repasse de recursos financeiros a ser utilizado tanto para investimento, quanto para custeio (Portaria Nº 1.010, de 21 de maio de 2012).

1) INVESTIMENTO

Modalidade de repasse de recurso financeiro para construção, compra de unidades móveis, aquisição de equipamentos permanentes de saúde, de tecnologia de informação e mobiliário.

a) Incentivos financeiros para Construção de novas Centrais de Regulação de Urgências, ou ampliação das existentes.

Construção de novas, ou ampliação de Centrais de Regulação

Habitantes	Valor (R\$)
Até 350.000	216.000,00
350.001 a 3.000.000	350.000,00
Acima de 3.000.000	440.000,00

Fonte: Portaria Nº 1.010, de 21 de maio de 2012 e suas alterações.

Obs. 1: Esse incentivo não poderá ser utilizado para construção ou ampliação de Centrais de Regulação situadas em imóveis locados.

- a) Incentivo financeiro de investimento para aquisição de materiais e mobiliário para as Centrais de Regulação.

Aquisição de materiais e mobiliário para as Centrais de Regulação

População	MR	TARM	RO	Nº Estações de trabalho	Valor (R\$)
Até 350.000	01	02	01	04	16.000,00
350.001 a 700.000	02	03	01	06	22.284,00
700.001 a 1.500.000	03	05	01	09	29.128,00
1.500.001 a 2.000.000	04	06	01	11	32.510,00
2.000.001 a 2.500.000	05	07	02	14	39.354,00
2.500.001 a 3.000.000	06	08	02	16	41.765,00
3.000.001 a 3.750.000	07	10	03	20	52.722,00
3.750.001 a 4.500.000	08	13	04	25	63.268,00
4.500.001 a 5.250.000	09	15	05	29	69.381,00
5.250.001 a 6.000.000	10	17	06	33	76.785,00
6.000.001 a 7.000.000	11	20	07	38	88.302,00
7.000.001 a 8.000.000	12	23	08	43	97.557,00
8.000.001 a 9.000.000	13	25	09	47	103.670,00
9.000.001 a 10.000.000	14	28	10	52	114.216,00
Acima de 10.000.001	15	31	11	57	124.442,00

Fonte: Portaria Nº 1.010, de 21 de maio de 2012 e suas alterações.



- a) Incentivo financeiro de investimento para aquisição de equipamentos de tecnologia de Rede de Informática.

Aquisição de equipamentos de tecnologia de Rede de Informática

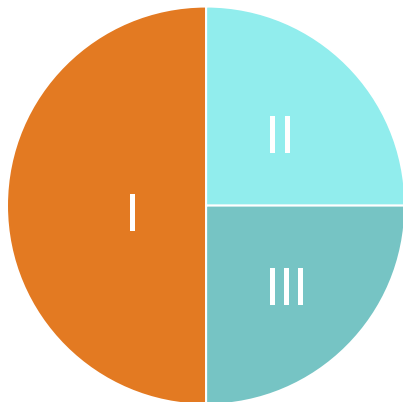
População	Nº Estações de trabalho	Valor (R\$)
Até 350.000	04	96.847,21
350.001 a 700.000	06	102.481,21
700.001 a 1.500.000	09	110.932,21
1.500.001 a 2.000.000	11	116.566,21
2.000.001 a 2.500.000	14	125.017,21
2.500.001 a 3.000.000	16	143.792,21
3.000.001 a 3.750.000	20	164.880,70
3.750.001 a 4.500.000	25	178.965,70
4.500.001 a 5.250.000	29	190.233,70
5.250.001 a 6.000.000	33	229.157,70
6.000.001 a 7.000.000	38	249.379,15
7.000.001 a 8.000.000	43	263.464,15
8.000.001 a 9.000.000	47	274.732,15
9.000.001 a 10.000.000	52	288.817,15
Acima de 10.000.001	57	302.902,15

Fonte: Portaria N° 1.010, de 21 de maio de 2012 e suas alterações.

CUSTEIO

Modalidade de repasse de recurso financeiro para capacitação e educação permanente, manutenção das equipes efetivamente implantadas, reformas, insumos, manutenção de equipamentos e das unidades móveis de urgência (Portaria N° 1.010, de 21 de maio de 2012).

Obs.1: As despesas de custeio mensal do componente SAMU são de responsabilidade compartilhada, de forma tripartite, entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, na seguinte proporção:



- I. União: 50% da despesa;
- II. Estado: no mínimo, 25% da despesa;
- III. Município: no máximo, 25% da despesa.

Obs. 2: Os recursos de custeio repassados pelo Ministério da Saúde deverão ser destinados exclusivamente à manutenção e qualificação do componente SAMU e da Central de Regulação.

a) Incentivo financeiro de Custeio para Reforma
Reforma das Centrais de Regulação já existentes e que pretendem se regionalizar

Habitantes	Valor (R\$)
350.000	100.000,00
350.001 a 1.500.000	150.000,00
1.500.001 a 4.000.000	175.000,00
A partir de 4.000.001	200.000,00

Fonte: Portaria Nº 1.010, de 21 de maio de 2012 e suas alterações.

b) Incentivo financeiro de Custeio para Centrais de Regulação das Urgências

População	MR	TARM	RO	Repasso do MS (Habilitada)	Repasso do MS (Habilitada e qualificada)
Até 350.000	01	02	01	30.000,00	50.100,00
350.001 a 700.000	02	03	01	49.000,00	81.830,00
700.001 a 1.500.000	03	05	01	64.000,00	106.880,00
1.500.001 a 2.000.000	04	06	01	79.000,00	131.930,00
2.000.001 a 2.500.000	05	07	02	94.000,00	156.980,00
2.500.001 a 3.000.000	06	08	02	109.000,00	182.030,00
3.000.001 a 3.750.000	07	10	03	124.000,00	207.080,00
3.750.001 a 4.500.000	08	13	04	139.000,00	232.130,00
4.500.001 a 5.250.000	09	15	05	154.000,00	257.180,00
5.250.001 a 6.000.000	10	17	06	169.000,00	282.230,00
6.000.001 a 7.000.000	11	20	07	184.000,00	307.280,00
7.000.001 a 8.000.000	12	23	08	199.000,00	332.330,00
8.000.001 a 9.000.000	13	25	09	214.000,00	357.380,00
9.000.001 a 10.000.000	14	28	10	229.000,00	382.430,00
Acima de 10.000.001	15	31	11	244.000,00	407.480,00

Fonte: Portaria Nº 1.010, de 21 de maio de 2012 e suas alterações.

Obs. 1: O incentivo financeiro para custeio será acrescido de 30% (trinta por cento) para as Centrais de Regulação das Urgências e Bases Descentralizadas situadas na Amazônia Legal.

Obs. 2: Os recursos financeiros complementares serão repassados após habilitação e o início de funcionamento efetivo das novas equipes.

a) Incentivo financeiro de Custeio para Unidades Móveis

Incentivo financeiro de custeio para manutenção das Unidades Móveis efetivamente implantadas

Veículo	Unidade habilitada (mês)	Unidade habilitada e qualificada (mês)
USB	13.125,00	21.919,00
USA	38.500,00	48.221,00
Equipe de Aeromédico	35.800,00	48.221,00
Equipe de Embarcação	45.000,00	75.000,00
Motolância	7.000,00	7.000,00
VIR	38.500,00	48.221,00

Fonte: Portaria Nº 1.010, de 21 de maio de 2012 e suas alterações.

Obs. 1: O incentivo financeiro para custeio será acrescido de 30% (trinta por cento) para Unidades Móveis localizadas em municípios na Amazônia Legal.

Para manutenção do incentivo financeiro de custeio diferenciado para unidades qualificadas, o gestor de saúde deverá encaminhar ao Ministério da Saúde, a cada 6 (seis) meses, relatório descritivo analítico contendo:

- I. Indicação de todas as Unidades Móveis que compõem a Central de Regulação;
- II. Compromisso do gestor de saúde de efetiva realização de manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos médicos e Unidades Móveis;
- III. Comprovação de vigência do seguro contra sinistro para as Unidades Móveis;
- IV. A análise dos indicadores relativos ao período de 6 (seis) meses.



CONDICIONANTE E SUSPENSÃO DO REPASSE DOS INCENTIVOS FINANCEIROS

- Central de Regulação das Urgências e Unidades Móveis
- Condicionante:
 - Inclusão mensal da produção realizada no Sistema de Informações Ambulatoriais (SAI/SUS);
- Suspensão:
 - Descumprimento dos requisitos de habilitação;
 - Descumprimento dos requisitos de qualificação;
 - Quantitativo de atendimento informado inferior à meta estabelecida;
 - Ausência de registro da produção no SIA/SUS por 3 (três) meses consecutivos;
 - Constatação de irregularidades por órgãos de controle interno e/ou externo.

Obs. 1: As Centrais de Regulação e as Unidades Móveis da Rede de Atenção às Urgências serão considerados estabelecimentos de saúde do SUS na área de Atenção às Urgências.

Obs. 2: É obrigatório a inserção das Centrais de Regulação e das Unidades Móveis da Rede de Atenção às Urgências no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), no prazo máximo de 60 (sessenta) dias.

PRAZOS MÁXIMOS

I – Incentivo para construção ou ampliação da Central de Regulação – 09 (nove) meses para conclusão da obra aprovada, a contar da data da liberação dos recursos financeiros.

II – Unidades Móveis – 90 (noventa) dias para que o componente SAMU inicie efetivo funcionamento.

Obs.1: Caso sejam descumpridos quaisquer dos prazos, o gestor estará sujeito à devolução imediata dos recursos financeiros e unidades móveis repassados.

LEGISLAÇÃO:

Portaria N° 1.010, de 21 de maio de 2012.

Portaria Interministerial N° 424, de 30 de dezembro de 2016.

Portaria de Consolidação N° 03, de 28 de setembro de 2017

Portaria de Consolidação N° 06, de 28 de setembro de 2017

Decreto N° 5.055, de 27 de abril de 2004.

Decreto N° 9.380, de 22 de maio de 2018.

Portaria N° 3.353, de 05 de novembro de 2018.

Regulação Médica das Urgências – Brasília-DF, 2006.

Resolução CIT N° 10, de 08 de dezembro de 2016.

ORIENTAÇÕES:

Orientações técnicas para o planejamento arquitetônico de uma Central de Regulação das Urgências – SAMU 192.

Programa arquitetônico mínimo de Base Descentralizada SAMU. Versão 2.0/2018.

Programa mínimo para implantação das motolâncias na Rede SAMU 192.

Protocolo de Suporte Avançado de Vida – Ministério da Saúde.

Protocolo de Suporte Básico de Vida – Ministério da Saúde

Manual de identidade visual – versão 1.2/Abr. 2012 – Ministério da Saúde.