

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL-REI
CURSO DE GESTÃO PÚBLICA

Valéria Romão Pasqualini Nerio

“52 MILHÕES EM 27 MILHÕES?": Análise do Planejamento Orçamentário do
Hospital Universitário de Juiz de Fora em Contextos *Ex Ante* e *Ex Post* à EC 95/2016

São João del-Rei
2018

VALÉRIA ROMÃO PASQUALINI NERIO

“52 MILHÕES EM 27 MILHÕES?": Análise do Planejamento Orçamentário do Hospital Universitário de Juiz de Fora em Contextos *Ex Ant* e *Ex Post* à EC 95/2016

Monografia apresentada a Universidade Federal de São João del-Rei como parte dos requisitos para obtenção do título de Especialista em Gestão Pública.

Orientador: Profa. Dra. Daniela Almeida Raposo Torres

São João del-Rei 2018

VALÉRIA ROMÃO PASQUALINI NERIO

“52 MILHÕES EM 27 MILHÕES?”: Análise do Planejamento Orçamentário do Hospital Universitário de Juiz de Fora em Contextos *Ex Ant* e *Ex Post* à EC 95/2016

Monografia apresentada a Universidade Federal de São João del-Rei como parte dos requisitos para obtenção do título de Especialista em Gestão Pública.

Prof. Dr.

(UFV)

Prof. Dr.

(UFSJ)

Prof. Dra. Daniela Almeida Raposo Torres
(Orientadora)

Apesar de as autoridades econômicas afirmarem que sempre é possível fazer mais com menos, o SUS já vem “tirando água das pedras”. (Santos).

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, em quem minha fé tem me dado forças para caminhar e perseguir os meus sonhos.

Aos professores e colaboradores que me auxiliaram nesse processo contínuo de aprendizado.

Ao meu esposo, Wallacy Oliveira Pasqualini Nerio, que sempre me ouviu e dialogou comigo sobre a política brasileira. E sempre me apoiou emocionalmente em todos os momentos na construção do meu conhecimento.

Aos meus pais, Célia Regina Anastácio de Oliveira e Caetano Romão Nerio que sempre são meus apoiadores e espelhos de força e determinação.

À minha orientadora, Daniela Almeida Raposo Torres, que me mostrou as possibilidades de se realizar um excelente trabalho com toda atenção, carinho e respeito.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para a minha formação.

RESUMO

O orçamento público é um dos principais instrumentos administrativos utilizados pelo Gestor Público, que visa atender às demandas sociais, por meio dos resultados financeiros obtidos na relação entre receitas e despesas públicas. Nesse ínterim, as atividades econômicas, socioculturais e políticas necessitam de previsão de recursos no orçamento e, para tal, ocorre o Planejamento Orçamentário. No âmbito da saúde, discute-se sobre a distribuição desses recursos via descentralização Federativa, sendo que, no ano de 2008, a Agenda Social do Governo Federal priorizava a ampliação de políticas de saúde. Em contrapartida, tem-se que, no ano de 2016, ocorreram modificações em relação ao investimento até então direcionado a essa política pública, por meio de Emenda Constitucional nº 95/2016, denominada PEC do Teto do Gastos Públicos. Diante disso, busca-se recorrer à avaliação da gestão fiscal de saúde em organização Federal, sob a ótica do Planejamento Orçamentário, em contextos *ex ante* e *ex post* à vigência da EC 95/2016. Introduce-se o conceito de gastos públicos na perspectiva da Gestão Hospitalar, aplicado ao contexto do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF/EBSERH). Além disso, analisa-se os impactos das decisões políticas junto ao planejamento orçamentário institucional e as projeções para execuções financeiras, tendo em vista que a gestão deve estar compreendida aos ditames da LRF (Lei de Responsabilidade Fiscal) e no caso hospitalar, considera-se também o sub-financiamento e a contratualização. Os métodos de pesquisa utilizados foram bibliográfica, documental e de campo, além disso, foram acessadas plataformas governamentais como o Portal da Transparência, Tesouro Nacional, Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, Fundo Nacional de Saúde, Ministério da Saúde e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Constatou-se que a política de saúde, no recorte do Hospital Universitário, demonstra déficits de execução orçamentária, em virtude da diminuição de investimentos na saúde, além disso, é possível verificar que as disponibilidades financeiras são insuficientes para custeio das demandas por bens e serviços hospitalares, em função da necessidade de complementação de recursos. Em análise documental evidenciou a obrigatoriedade de redução percentual de 48 % do orçamento de 2018 em relação ao planejamento orçamentário da instituição. Por fim, notou-se acentuado declínio, a partir de 2017, nas transferências legais e constitucionais com consequente diminuição nos gastos em saúde, resultando, inclusive na necessidade de supressões, na ordem de 16%, em serviços essenciais ao HU-UFJF.

Palavras-chave: Gestão Hospitalar. EC 95/2016. Desafios do gestor hospitalar. Gestão Pública. Planejamento Orçamentário.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Evolução dos Gastos em Saúde pública no Período de 2000 a 2013.....	21
Tabela 2 – Planejamento Orçamentário do HU-UFJF de 2016	46
Tabela 3 – Planejamento Orçamentário do HU-UFJF de 2017	47
Tabela 4 – Planejamento Orçamentário do HU-UFJF de 2018	48

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Pirâmide de Atenção à Saúde	19
Figura 2 – Processo Orçamentário	26
Figura 3 – Integração entre Orçamento e Planejamento	27

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Evolução Histórica de Recursos Públicos Transferidos pela União (2013 – 2018)	50
Gráfico 2 – Evolução Histórica da Execução das Despesas na Área da Saúde: Assistência Hospitalar e Ambulatorial (2012 – 2018)	51

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Principais Componentes de Financiamento da Saúde nos HU's	37
Quadro 2 – Especialidades Oferecidas pelo HU-UFJF	42
Quadro 3 – Grupos de Despesas na Gestão Hospitalar	45

Sumário

1. INTRODUÇÃO	12
2. SURGIMENTO, ORGANIZAÇÃO E FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL.....	15
2.1 Aspectos Históricos	15
2.2 Organização e Financiamento da Saúde Pública no Brasil	20
3. GOVERNANÇA EM POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE	25
3.1 Atividades Financeiras do Estado e Funções Econômicas de Governo	26
4. PLANEJAMENTO ORÇAMENTÁRIO NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA.....	29
4.1 Orçamento Público e Controle Orçamentário no Brasil	29
4.2 Planejamento Orçamentário	33
5. REPERCUSSÕES GOVERNAMENTAIS E FINANCEIRAS DA EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 95/2016.....	35
a. Emenda Constitucional nº 95/2016	35
b. Crescimentos das Despesas Públicas, Investimentos em Saúde e Desafio do Gestor Hospitalar.....	38
6. METODOLOGIA DE PESQUISA	44
7. ESTUDO DE CASO	46
a. Caracterização Institucional	46
b. Planejamento Orçamento do Hospital Universitário de Juiz de Fora nos anos de 2016, 2017 e 2018	48
6.3 “52 milhões em 27 milhões?”: Oscilações do Planejamento Orçamentário do Hospital Universitário de Juiz de Fora após EC96/2016.....	54
CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
ANEXOS	65
ANEXO A – ORGANOGRAMA VIGENTE NO HU-UFJF A PARTIR DE 2015	65
ANEXO B – PREVISÃO DE DEMANDAS POR SERVIÇO E MATERIAL PERMANENTE EM 2016.....	66
ANEXO C – GLOSSÁRIO DE DESPESAS POR GRUPO DA NATUREZA DE DESPESA E MACROGRUPO GERENCIAL	66

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, a gestão pública, possui diretrizes de democracia moderna que consolidam os processos de incorporações de legislações ao ordenamento jurídico, cujas garantias formais são balizadas pela Constituição Federal promulgada em 1988. Partindo-se desse contexto, nota-se que as Emendas Constitucionais norteiam determinadas ações da Administração Pública brasileira. Nesse ínterim, os resultados de decisões políticas integram a construção de agenda política, bem como a implementação de políticas públicas a partir das finanças públicas.

O orçamento público é um dos principais instrumentos administrativos utilizados pelo Gestor Público, que visa atender as demandas sociais por meio dos resultados financeiros obtidos na relação entre receitas e despesas públicas. Desse modo, para execução de atividades econômicas, socioculturais e políticas, é necessário que haja expressa previsão de recursos no orçamento financeiro por exercício e para tal ocorre o Planejamento Orçamentário.

No âmbito da saúde, discute-se sobre a distribuição desses recursos via descentralização Federativa, sendo que no ano de 2008 a Agenda Social do Governo Federal priorizava a ampliação de políticas de saúde (PORTAL FEDERATIVO, 2009).

Em contrapartida, temos que no ano de 2016 ocorreram modificações em relação aos investimentos em saúde pública, por meio de Emenda Constitucional nº 95/2016, denominada PEC do Teto dos Gastos Públicos.

Santos (2010) traz a reflexão sobre a percepção do financiamento do Sistema Único de Saúde:

O que parece certo no Sistema Único de Saúde (SUS) é o discurso recorrente com relação ao subfinanciamento do sistema. Apesar de as autoridades econômicas afirmarem que sempre é possível fazer mais com menos, o SUS já vem “tirando água das pedras” (SANTOS, 2010, P.18).

Não obstante, busca-se nesse trabalho recorrer à avaliação da política fiscal de saúde em organização Federal sob a ótica do Planejamento Orçamentário, que apresentam relativa escassez de recursos, uma vez que a construção dele se dá pela caracterização de demandas de custeio e de capital da instituição.

Desse modo, busca-se, especificamente, analisar os impactos das decisões políticas referentes à EC 95/2016 no planejamento orçamentário institucional do

Hospital Universitário de Juiz de Fora, Minas Gerais. Vale ressaltar que, a gestão desta instituição deve estar compreendida aos ditames da LRF (Lei de Responsabilidade Fiscal) e no caso hospitalar, considera-se também o subfinanciamento e a contratualização.

A relevância da pesquisa se dá pelo contraste dos planejamentos orçamentários da instituição, que demonstram significativo crescimento de demanda de saúde e, retração de disponibilidades orçamentárias na ordem de 48% entre os anos de 2016 e 2018.

O problema estudado contempla, também, a análise de gestão institucional, uma vez que a instituição necessitou adequar-se ao orçamento de 2016, não sendo aprovando, portanto, o planejado para o ano de 2018 de R\$52.752.277,22, mas apenas o limite de R\$ 27.577.679,00 (PESQUISA DOCUMENTAL, 2018). Não obstante, este trabalho analisa os impactos na gestão da saúde pública federal deste cenário e possíveis efeitos nos serviços públicos de saúde local.

Portanto, busca-se compreender os impactos da denominada Emenda Constitucional nº 95/2016 na política pública de saúde de um órgão da Administração Pública Federal. Essa norma versa sobre o Novo Regime Fiscal no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União com vigor de 20 exercícios financeiros.

E, com estipulação de limitação de despesas para cada ente da Federação, corrigido pela variação do Índice de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA com base no ano anterior. Estipulou-se uma pergunta problema para investigação: A restrição das finanças públicas posta pela EC 95/2016 impacta a realização de políticas públicas de saúde no recorte do Hospital Universitário de Juiz de Fora?

As hipóteses emergem no sentido de que, a política de saúde no recorte do Hospital Universitário, pode demonstrar déficits de execução orçamentária em virtude das descentralizações descontínuas. Além disso, acredita-se ser possível verificar que as disponibilidades financeiras são insuficientes para custeio das demandas por bens e serviços hospitalares dada a necessidade de complementação financeira.

Para responder a esta pergunta estabeleceu-se três objetivos específicos por meio de levantamento de informações no escopo do Hospital Universitário de Juiz de Fora, quais sejam: a) Verificar a Relação entre as Atividades Financeiras do Estado e Funções Econômicas de Governo a) Investigar as Repercussões da EC 95/2016 no Âmbito da

Saúde Pública; c) Analisar os orçamentos do HU-UFJF nos contextos *ex ante* e *ex post* da EC 95/2016 nos anos de 2016, 2017 e 2018.

Espera-se, com este estudo, a possibilidade de se compreender os possíveis impactos trazidos pelo EC 95/2016 à política pública de saúde no contexto de um hospital de ensino, que possui alta complexidade de gestão e tende a ser considerado referência na rede S.U.S.

2. SURGIMENTO, ORGANIZAÇÃO E FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

2.1 Aspectos Históricos

Atualmente a saúde pública no Brasil é fortemente marcada pela presença de uma política pública de saúde denominada Sistema Único de Saúde (S.U.S), cujo nascimento se dá na década de 80 precisamente no período de redemocratização de direitos norteados pela promulgação da Constituição Federal de 1988.

Numa perspectiva histórica, do contexto brasileiro, a evolução dos hospitais sofreu influências das ações filantrópicas, emergidas em Portugal no século XV, resultando, assim, na Irmandade das Santas Casas de Misericórdia (BORBA APUD GONÇALVES, p. 40, 2006).

Segundo Romero (2006), durante o período colonial, o Brasil convive por aproximadamente três séculos de serviços de saúde precários, com absoluta ausência da atuação estatal. Sendo, portanto, as primeiras instituições de saúde foram criadas com a chegada da Corte Portuguesa no Rio de Janeiro no século XIX.

Contudo, apenas no século seguinte para obter meios técnicos de intervenção, bem como criar instâncias administrativas junto ao Estado, que visassem a formulação e execução de políticas e serviços de saúde (ROMERO, 2006).

Nesse sentido, no fim do Império e na Primeira República, a assistência médica possuía direcionamentos de responsabilidades distintas, conforme o público atendido. Para tanto, seguia-se o seguinte entendimento:

(...) Enquanto o Estado especializava-se na atenção a **segmentos populacionais marginalizados** ou que pudessem ameaçar a saúde pública – os loucos e os portadores de doenças infectocontagiosas –, as Santas Casas assumiam o **cuidado dos pobres**, as comunidades de **imigrantes** e os sindicatos organizavam suas beneficências, e a medicina liberal ocupava-se daqueles que podiam **pagar** (GERSCHMAN; SANTOS APUD ROMERO, P. 6, 2006). (Grifo nosso).

Nota-se a explícita segregação quanto ao acesso a assistência à saúde, uma vez que os tratamentos estavam ordenados conforme a condição social a que se apresentava o indivíduo. Essa distinção possibilitou a mercantilização da medicina liberal, tendo em vista que a assistência médica liberal era possibilitada aos indivíduos que podiam pagar.

Segundo Romero (2006), em meados das décadas de 1920 e 1930, o processo de lutas dos trabalhadores por melhores condições de vida e de trabalho, contribui para a constituição de um sistema previdenciário. Esse sistema era caracterizado pela criação de caixas de aposentadoria e pensão para empregados, que incluía assistência médica. A necessidade de instalações e manutenção de redes próprias de serviços de saúde pressionam as caixas a transacionar com a iniciativa privada, o que estimulou o desenvolvimento de um setor *empresarial médico*.

Houve um processo de centralização política e administrativa do primeiro Governo Vargas e do Estado Novo, que possibilitou a unificação das caixas sendo absorvidas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP) (ROMERO, 2006).

É possível verificar que, a assistência médica possuía organização enquanto benefício previdenciário, cujo caráter contratualista era norteador pelo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. Enquanto as ações de saúde pública eram de responsabilidade do Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública (MESP).

Durante a tentativa da democratização do país ocorrida durante o Estado Novo, a política de saúde implementada passa a ser orientado pelo movimento denominado “Sanitarismo Desenvolvimentista”. Nesse contexto, surge o Ministério da Saúde, em 1953, no segundo governo de Vargas, que, por conseguinte institui Lei Federal que estabelecia as “normas gerais sobre defesa e proteção da saúde”, Lei de nº 2.313, de 1954 (ROMERO, 2006).

Em meados da década de 1950 e 1960, as questões sanitárias retornam a pauta de reivindicações dos trabalhadores, movimentos sociais e dos partidos de esquerda. Essa ação política propiciou a reforma sanitária que fez parte da base governamental de Goulart, bem como foi objeto da 3ª Conferência Nacional de Saúde de 1963.

Contudo, em 1964, ocorre o golpe militar que interrompe esse processo por aproximadamente 20 anos:

Ao alijar os trabalhadores e demais segmentos da sociedade civil do cenário político oficial, o golpe de 1964 criou as condições para a execução de uma política setorial de caráter centralizador e privatizante, cujo primeiro passo consistiu na unificação da previdência [...] os IAP foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) como órgão gestor da Previdência Social. Aprofundou-se, a partir de então, o perfil assistencialista da Previdência Social, com prioridade para a assistência médica sobre os

benefícios pecuniários (aposentadorias, pensões, auxílios).
(ROMERO, P. 05 2006).

Por conseguinte, na década de 1970, diante da arrecadação da Seguridade Social, tem-se a reestruturação do atendimento previdenciário, de modo que diversos institutos se fundem para resultar num único órgão denominado Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (GONÇALVES, 2006, P. 40).

Segundo Bertolozzi e Greco (1996), tratou-se de um movimento burocrático administrativo, que buscou reordenar o sistema de saúde, com a criação do sistema Nacional de Previdência e Assistência social (SINPAS), que incluía o Instituto de Administração Financeira (IAPAS) (entidade previdenciária), que geria o Fundo de Previdência de Assistência Social.

Nesse sentido, Bertolozzi e Greco (1996) mencionam as principais atribuições das instituições previdenciárias:

(...) o INPS - a quem competiria a concessão de benefícios ou outras prestações em dinheiro, além de programas assistenciais -, o INAMPS - que se responsabilizaria pela prestação de assistência médica individual aos trabalhadores urbanos e rurais - , além da Fundação Legião Brasileira de Assistência - voltada para a prestação de assistência social à população carente, da Central de Medicamentos (CEME) e da Fundação Nacional do Bem Estar do Menor, dentre outras.

Cabe destacar, a tentativa de se universalizar o acesso aos cuidados de saúde através de ações de política públicas que resultaram nos programas: “Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), PrevSaúde, Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS) e o Sistema Único e Descentralizado de Saúde (Suds), antecessor do S.U.S”. (GONÇALVES, p. 40, 2006).

Nesse contexto, o Ministério da Saúde era responsável por programas inerentes a atenção básica, atendimento de emergências, saúde materno-infantil e controle de processos infectoparasitários. Havia as secretarias municipais e estaduais, que eram responsáveis pela e laboração execução de programas educacionais e atividades de imunização. Por fim, a Previdência Social oferecia assistência à saúde aos assegurados juntos aos Postos de Assistência Médica e hospitais da Previdência. Enquanto que o setor privado agia com foco na área hospitalar.

Nesse contexto, em 1986, emerge a representação de um pensamento contra hegemônico que consagra, durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, uma análise ampla de saúde, compreendida como sendo direito humano, a ser garantido pelo Estado. Além disso, firma-se o consenso da necessidade de unificação dos sistemas de saúde em cada esfera governamental (ROMERO, 2006).

A implementação das proposições defendidas na 8ª Conferência Nacional de Saúde foram adiadas por mais um ano, visto que havia descontentamento por parte de alguns empresários e políticos.

Nesse ínterim, emerge uma Comissão Nacional da Reforma Sanitária que incluía a participação da sociedade civil composta por 24 membros, sendo 12 representantes do governo e 12 da sociedade civil, incluindo o empresariado do setor provado de saúde.

Essa Comissão foi criada via portaria interministerial, cuja atribuição era: “propor um novo modelo de sistema de saúde”. Desse modo, as propostas defendidas na 8ª Conferência Nacional de Saúde foram mantidas, atenuando, questões de maior conflito com interesses privados (ROMERO, 2006).

É possível verificar os debates ocorridos durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde marcam possibilidades de inclusão e democraticidade, visto que as políticas de saúde são discutidas coletivamente. Nesse contexto, propõe-se a criação do Sistema Único de Saúde (S.U.S.), cujas diretrizes são: universalidade, integralidade das ações e a participação social, além de ampliar o conceito de saúde como sendo direito do dos cidadãos e dever do Estado.

Apesar dos avanços, Bertolozzi e Greco (1996) defendem que algumas questões ainda permanecem indefinidas como o financiamento do setor de saúde, a política de medicamentos e as ações no âmbito da saúde do trabalhador. Esse trabalho possui enfoque na primeira questão, visto que se busca analisar o impacto de ações governamentais junto à gestão da assistência de saúde pública na esfera federal.

No ano de 1989, o presidente Fernando Collor de Melo, restringe no campo da saúde, a adoção explícita da política neoliberal, seus elementos básicos são norteados pela liberalização do comércio exterior, redução do emprego público, privatização, controle salarial, desvalorização da moeda, eliminação do controle de preços, queda da qualidade do sistema público, entre outros (BERTOLOZZI E GRECO, 1996).

É possível notar que a opção neoliberal, cuja visão está na redução do Estado nas questões econômicas, tende a remeter a exploração da saúde ao setor privado, uma vez que se direciona aos indivíduos de modo oneroso. Segundo Bertolozzi e Greco (1996)

houve, nesse contexto, oferta de serviços altamente discriminatórios, pois possuía caráter segregador conforme a inserção social dos cidadãos e fixada na atenção médica.

Não houve manifestação social em relação ao contexto segregador, tendo em vista a derrota do Partido dos Trabalhadores, cuja representação das articulações das formas progressistas impeliu o cenário político nacional em relação ao S.U.S. (NORONHA; LEVCOVITZ APUD BERTOLOZZI E GRECO, 1996).

Nesse ínterim, o governo adiou a IX Conferência Nacional de Saúde, bem como a regulamentação de legislação específica de normatização do S.U.S, denominada Lei Orgânica de Saúde, Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Cujo processo de aprovação resultou de mobilizações sociais. Em seu art. 2º é defendido a saúde como sendo direito fundamental, em que o estado deva prover condições para seu **pleno** exercício. Os parágrafos desse artigo especificam:

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. § 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Nesse sentido, a saúde brasileira possui caráter de promoção, proteção e recuperação da saúde, por intermédio de políticas públicas de saúde. Em que pese, princípios de igualdade e universalidade, ou seja, trata-se de uma política a ser acessível a qualquer cidadão e sem quaisquer discriminações.

É possível verificar a tentativa da diminuição da desigualdade pela universalidade, além disso, a garantia do pleno exercício de provisão de políticas de saúde ao cidadão possibilita a integralidade dos indivíduos. Esta visa atender todas as necessidades de saúde dos indivíduos via articulação de políticas públicas, bem como promover justiça social.

Cabe destacar, ainda o surgimento da Lei de nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, cujo preâmbulo dispõe: “sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências”.

Não obstante, no de 1992 ocorreu a IX Conferência Nacional de Saúde, sendo reconhecida por seu caráter mobilizador, visto que a participação possuiu maior adesão

do que a anterior. Contando com a participação aproximada de 5 mil pessoal, foram discutidos temas inerentes a Sociedade, Governo, Saúde, Seguridade Social, Implementação do S.U.S e Controle Social (BERTOLOZZI E GRECO, 1996).

Nessa conferência reiterou-se a necessidade de atendimento das proposições ocorridas na VIII Conferência Nacional, bem como exigiu-se a operacionalização e implementação do Sistema Único de Saúde. No próximo tópico veremos a organização e financiamento do SUS, visto que a partir da década de 1990 o sistema de saúde inicia seu processo de institucionalização.

2.2 Organização e Financiamento da Saúde Pública no Brasil

Na década de 1990, tem-se o delineamento das diretrizes do S.U.S sendo eles a descentralização, visto que os municípios são os principais administradores locais. Cujas participação social se dá por meio de Conselhos de Saúde.

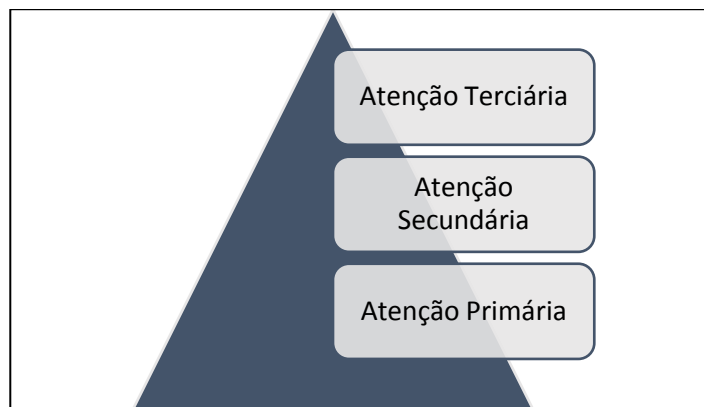
Desse modo, Gonçalves (2006, pg. 41) defende “para que isso ocorra, pressupõe-se que haja comando único em cada esfera do governo, a **regionalização** e a **hierarquização** da rede de serviços e a complementaridade da rede privada na cobertura assistencial. Logo, o financiamento do SUS é de responsabilidade dos governos federal, estadual e municipal.

Complementarmente, nota-se que as referidas diretrizes são mencionadas no art. 198 da Constituição Federal:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade.

É possível verificar, portanto, que os serviços integrados em redes possibilitam o atendimento integral dos cidadãos, além disso, a hierarquização do sistema fomenta os processos organizativos dos serviços assistenciais. A hierarquia subdivide-se em três níveis de atenção: Atenção Primária, Secundária e Terciária. A imagem abaixo descreve a ordem assistencial:

Figura 1. Pirâmide de Atenção à Saúde



Fonte: Adaptado pelo autor (Gonçalves, 2006, p. 40).

A atenção primária volta-se à promoção da saúde e prevenção as patologias comuns em especialidade básicas. Enquanto que a secundária, preocupa-se com o atendimento ambulatorial e hospitalar nas especialidades básicas. Por fim, a atenção terciária, se direciona ao atendimento de demandas de maior complexidade.

Observa-se, contudo, um desafio em relação ao processo denominado “porta de entrada”, em que a Atenção primária seria a principal etapa inicial de acesso de assistência à saúde. Nesse sentido, Gonçalves (2006, pg. 42) menciona:

As unidades Básicas de Saúde (UBS) são, ou **deveriam ser num cenário ideal**, a “porta de entrada” para o sistema. É para lá, perto de suas casas, que os pacientes deveriam se dirigir diante de um primeiro sinal de que algo não vai bem com sua saúde; é lá onde receberiam orientações e cuidados preventivos. Somente casos graves deveriam chegar ao hospital. No panorama atual da saúde, evidencia-se a existência de um número significativo de municípios brasileiros que não tem um único posto de saúde, o que resulta em enormes filas nas portas dos hospitais. (grifo nosso).

Nesse sentido, pode-se verificar um dos grandes desafios dos gestores hospitalares, cuja demanda da rede tende a se concentrar em determinados pontos de acesso à saúde, principalmente nos hospitais. Cujo modelo assistencial de saúde, hospitalocêntrico, centraliza os cuidados no hospital, buscando-se intensamente a cura, limitando-se exclusivamente ao corpo biológico (ORITA, 2013).

Conforme visto anteriormente, os financiamentos do S.U.S. são de responsabilidade dos governos Federal, Estadual e Municipal. Porém, nota-se algumas

insuficiências financeiras que atendam os princípios da universalidade e integralidade. Nesse contexto, na tentativa de resolver tais dificuldades, buscou-se a criação de Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) no ano de 1996 pela Lei 9.311, de 24 de outubro de 1996.

O processo de Planejamento da organização de saúde é mencionado no art. 195 da Constituição Federal, responsabilizando o Poder Executivo a elaborar planos plurianuais, diretrizes orçamentárias e orçamentos anuais. Este tópico é explanado em capítulo posterior.

Complementarmente, a manutenção do S.U.S encontra dificuldades em relação ao atendimento que o sistema presta aos usuários de planos privados (saúde suplementar), visto que deveriam ser ressarcidos conforme dispõe o artigo 32 da Lei nº 9.656/1998 e regulamentado pelas normas da Agência Nacional de Saúde.

Uma medida para se minimizar os problemas com financiamento de saúde foi elaborada pela Emenda Constitucional de nº 29/2000. Cujo preâmbulo dispõe: “assegurar os **recursos mínimos** para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde”. Sendo assim, os municípios não podem gastar valores inferiores a 7% de sua receita líquida com políticas de saúde.

Cabe destacar, a necessidade de aumentos progressivos ocorridos entre os anos de 2000 a 2005, conforme defende Gonçalves (pg. 42, 2006): “no período de 2000 a 2005, os estados são obrigados a aumentar progressivamente seus gastos de 7% para 12%, e os municípios de 7% para 15%”. Abaixo, tem-se a Tabela 1 com a evolução dos gastos em saúde no período compreendido entre anos de 2000 a 2013, nos três níveis da Federação.

Tabela 1. Evolução dos Gastos em Saúde Pública no Período de 2000 a 2013

Ano	Federal	
	Gasto	Gasto por habitante
	(em R\$ milhão)	(R\$)
2002	R\$ 24.736,84	R\$ 141,65
2003	R\$ 27.181,16	R\$ 153,68
2004	R\$ 32.703,50	R\$ 180,10
2005	R\$ 37.145,78	R\$ 201,68
2006	R\$ 40.750,16	R\$ 218,18
2007	R\$ 44.303,50	R\$ 240,79
2008	R\$ 48.670,19	R\$ 256,68
2009	R\$ 58.270,26	R\$ 304,31

2010	R\$ 61.965,20	R\$ 324,85
2011	R\$ 72.332,28	R\$ 375,99
2012	R\$ 80.063,15	R\$ 412,81
2013	R\$ 83.043,73	R\$ 413,09

Fonte: Elaboração com base em (CONASS, P.92, 2015).

Houve maior necessidade incremento para financiamento da saúde, o que resultou na Emenda Constitucional 86/2015 que alterou os valores mínimos e as normas de cálculos. Contudo, para CONASS (2015, p. 14) ocorre a substituição de recursos e não aumento:

(...) o ganho com recursos pela exploração de petróleo e gás natural destinados para a área de saúde, (...) não é mais acrescido ao montante mínimo, **podendo ser avaliado somente como substituição de fonte.** E as emendas individuais com obrigatoriedade de execução, que montam em 0,6% da Receita Corrente Líquida (RCL) também são computadas para fins do cumprimento mínimo. **Portanto, poderá acarretar diminuição dos recursos aplicados pela União.** (grifo nosso).

Nota-se, portanto, que o S.U.S. é subfinanciado, ou seja, é possível verificar a necessidade de contingenciamento de recursos financeiros. Cabe destacar que, nesse contexto, em 2007, já não prevalecia a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF). Segundo Poiola *et al* (2013) “o caráter provisório da CPMF sempre preocupou os gestores da saúde, que continuaram trabalhando por solução mais abrangente e definitiva”.

Não obstante, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS (2015) defende que o processo de implementação do S.U.S. é contínuo, o que depreende a necessidade de constantes investimentos, ou seja, comprova-se que seus gastos tendem a ser crescentes:

Alguns estudos prospectivos dos gastos em saúde para o período de 2002 a 2020, realizados por institutos renomados, demonstram que em países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) estes crescerão de U\$ 2,7 trilhões (8,5% do PIB) para U\$ 10 trilhões (16% do PIB) (BRASIL, 2015).

É possível observar que, apesar da necessidade de constantes investimentos, a destinação de recursos aplicados à saúde sofreu retração financeira em diversos momentos. Nesse sentido, um dos maiores desafios dos gestores trata-se de gerir órgãos, cujos possíveis déficits orçamentários são presentes em seus planejamentos institucionais.

Nesse trabalho, analisou-se propriamente um órgão do Governo Federal da Atenção Terciária, em que analisará o impacto da Emenda Constitucional nº95/2016 nos Planos Orçamentários de um hospital de ensino. Pois, ao longo da análise histórica nota-se que ações políticas repercutem na gestão pública da saúde, principalmente na atenção à saúde.

3. GOVERNANÇA EM POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

A gestão pública brasileira vive por processos intensos de transformações, cujo cenário de redemocratização e reforma do Estado, vislumbram as possibilidades de aproximação da ação pública conforme as demandas sociais, haja vista a justiça social.

Procopiuck (2013), defende que o processo de institucionalização de práticas inovadoras nas relações entre os níveis governamentais (entes da federação), bem como entre Estado e sociedade devem sinalizar a participação de novos agentes na formulação, implementação e controle de políticas públicas. Nesse sentido, o autor denota que as mudanças nas práticas políticas e organizacionais podem contribuir significativamente para se superar condicionantes negativos da história de relações entre Estado e sociedade no Brasil.

As políticas públicas possuem conteúdos de natureza desafiadora, visto que, a prestação de serviços é tutelada, principalmente, pelo Estado. Além disso, as atuais discussões referem-se à ampliação de espaço de cidadania, como atenção a minorias excluídas, alinhadas a ampliação e reconstrução da esfera governamental, orientado para a democratização da gestão de políticas públicas (PROCOPIUCK, pg. 292, 2013)

Não obstante a realização da política pública de saúde do S.U.S. revela-se desafiadora desde a sua construção e mesmo implementação. Porém, a densidade institucional sinaliza desafios de governabilidade:

As iniciativas que envolvem parcerias ou alianças tendem a ser mantidas após mudanças de governos, evitando descontinuidade na condução de programas. Isso indica maior grau de institucionalização e aponta para materialização da democracia e de novos padrões de governança nos quais começam a se evidenciar processos de envolvimento entre diferentes tipos de organizações estatais e não estatais em sistemas de articulações configuradas em alianças, conexões ou parcerias em políticas locais com vistas a provisão de serviços às coletividades (PROCOPIUCK, pg. 292, 2015).

Nesse sentido, depreende-se que as políticas públicas são diretamente impactadas pela governança do gestor, visto que alianças políticas tende a institucionalizar determinados programas conforme a pauta política.

Nesse íterim, deve-se analisar o nível de intervenção estatal em atividades financeiras e econômicas, visto que a política pública depreende de recursos para sua

materialização e institucionalização. No próximo tópico é demonstrado as principais atividades estatais nas finanças públicas, bem como aspectos de governabilidade do gestor frente as funções econômicas do Estado.

3.1 Atividades Financeiras do Estado e Funções Econômicas de Governo

A compreensão das atividades financeiras do Estado se dá junto às atividades exercidas por ele, visto que o objeto principal das finanças públicas é a atividade fiscal. Atividade essa desempenhada por órgão públicos objetivando obtenção e aplicação de recursos para custeio e investimentos em serviços públicos.

Segundo Crepaldi (2013, p. 07), a política fiscal orienta-se em dois sentidos: Política Tributária e Política Orçamentária. Enquanto essa, é caracterizada por se materializar pela captação de recursos para atendimento das demandas públicas por intermédio de distintas esferas governamentais (União, Estados, Municípios e Distrito Federal. Àquela refere-se especificamente aos gastos, bem como o modo como se dá a aplicação de recursos nas dimensões do poder público.

Nesse sentido, destaca-se que este trabalho dará enfoque as políticas orçamentárias, visto que a questão em análise busca analisar diretamente os Planejamentos Orçamentários de uma Instituição Federal.

Não obstante, a Constituição Federal de 1988 juntamente com suas emendas constitucionais definem parâmetros mínimos para gastos com saúde e educação. Além disso, a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) – Lei Complementar nº101/2000, estabelece ferramentas de limitação de gastos como pessoal, terceirização, previdência e dívidas.

A LRF possibilita instrumentos de transparência fiscal objetivando a consolidação de prestação de contas e nela são apresentados meios de planejamento financeiro e orçamentário. Desse modo, o Plano Plurianual (PPA), é um instrumento que dita os programas a serem desenvolvidas pela administração pública. Enquanto que, a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), estabelece a definição de prioridades de demandas por análise de Metas Fiscais e Riscos Fiscais, que por sua vez produzirá efeitos sobre a Lei Orçamentária Anual (LOA).

Paralelamente, segundo Bezerra Filho (p. 4, 2013), na consolidação desse instrumento surge a Lei nº 10.028, de 19/10/2000 – Lei de Crimes – definiu crimes vinculados ao desrespeito à responsabilidade fiscal. A Portaria Interministerial nº 163,

de 4/5/2001, da STN/SOF, que determinou normas de consolidação das contas públicas no âmbito da União, Estados e Municípios, além disso, confeccionou a classificação, por natureza, da despesa pública.

Em 2012 publicou-se a Portaria Conjunta STN/SOF nº 2/2012 que tratou sobre os Procedimentos Contábeis Orçamentários da 5ª edição do Manual de Contabilidade Aplicada ao Setor Público. Atualmente está em vigor a 6ª edição do Manual que é emitido pelo Ministério da Fazenda e Secretaria do Tesouro Nacional.

Nesse ínterim, as inovações advindas da implementação da LRF emergem da necessidade da administração pública em fortalecer seu nível de governança, reportando, desse modo, princípios de transparência e compartilhamento de dados financeiro-orçamentários (CULAU & FORTIS, 2006).

Diante desse contexto, segundo Crepaldi (2013, p. 06) surge discussão das finanças públicas acerca da relação estatal em relação à economia, tendo em vista duas teorias. Uma concepção mais clássica seria baseada na teoria do equilíbrio geral, cujos principais teóricos foram Smith, Say, Ricardo, Malthus e Mill.

A teoria defende pressupostos de “Estado Mínimo”, ou seja, a intervenção estatal deve ocorrer no estritamente indispensável. Além disso, defende-se que o plano orçamentário deve sempre estar em equilíbrio, não admitindo *déficits* como hipótese. Em síntese, o Estado não deveria intervir na economia, pois os mecanismos de mercado seriam suficientes para regular a atividade econômica (CREPALDI, p. 09, 2013).

Num outro extremo, encontra-se a teoria *Keynesiana* que posiciona favoravelmente na intervenção do Estado na economia. Seu surgimento se dá em meio à crise de 1929, em que se nota a necessidade de intervenção nas funções de produção e intermediação financeira. Emergiu inicialmente na Alemanha, França, Itália, Inglaterra, e nos Estados Unidos, com reflexos também no Brasil (CREPALDI, p. 10, 2013).

Para Crepaldi (2013, p. 10) atualmente, pode-se fazer uma correlação entre a tese *keynesiana* e a realidade estabelecida pela Lei de Responsabilidade Fiscal, em seus artigos 15, 16 e 17, que tratam da geração das despesas, estabelecendo mecanismos de controle dos gastos públicos na sua totalidade, considerando tanto os gastos correntes (manutenção e consumo), quanto os gastos de capital (investimentos).

Nesse sentido, é possível notar que a intervenção estatal, no caso brasileiro, ocorre por meio da normatização das atividades fiscais, ou seja, as finanças públicas visam buscar eficiência governamental nos gastos públicos. Não obstante, depreende-se

nas funções econômicas, o entendimento de diretrizes das funções de governo, cujo objetivo é nortear, corrigir e suplementar os resultados gerados pelo mercado.

A política orçamentária pode ser traduzida nas instituições por intermédio do Planejamento Orçamentário, cujo desenvolvimento depende de informações advindas do Orçamento Público PPA, LDO e LOA. No próximo capítulo, tais questões orçamentárias são demonstradas, tendo em vista que as peculiaridades do planejamento na Administração Pública.

4. PLANEJAMENTO ORÇAMENTÁRIO NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

O termo orçamento, possui originalmente, o significado de “bolsa de dinheiro” ou “bolsa pública”. No Brasil o desenvolvimento de técnicas orçamentárias é recente, sendo datada no contexto de 1936, em que se organizava o Departamento Administrativo do Serviço Público (DASP). Este era subordinado diretamente a Presidência da República em cooperação ao serviço público federal.

4.1 Orçamento Público e Controle Orçamentário no Brasil

Segundo Crepaldi (2013, p. 18) o orçamento público é instrumento para se estimar receitas e fixar os gastos que se pretende executar durante o ano. Nesse sentido, o autor complementa:

Este instituto tem relação direta com “planejamento”, previsão. Assim, trata-se de uma “antecipação hipotética” dos créditos e débitos a cargo da pessoa política em determinado espaço de tempo. Além da previsão, contém também um caráter autorizador.

Nota-se que o instituto do orçamento público se ajusta ao ideário do planejamento orçamentário, além disso, pelo caráter autorizador possui capacidade de materializar recursos financeiros e institucionalizar políticas públicas.

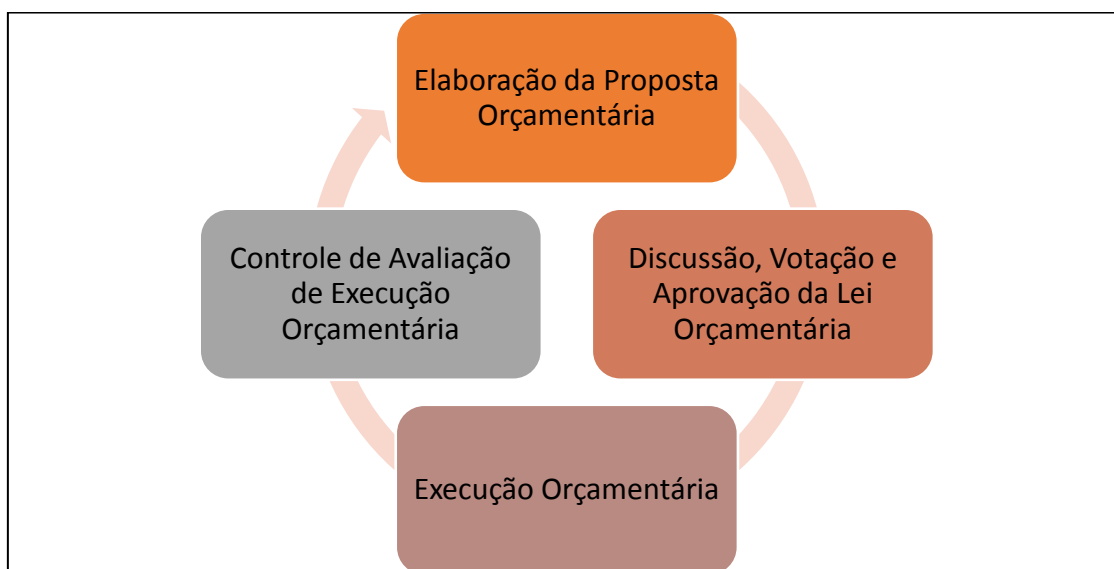
Bezerra Filho (p 125. ,2013) define orçamento público como sendo:

Ferramenta legal de planejamento do Ente Federativo (União, Estados, Distrito Federal e Municípios) onde são projetados os ingressos e os gastos orçamentários que são realizados em um determinado período, objetivando a execução dos programas e ações vinculados às políticas públicas, bem como as transferências constitucionais, legais e voluntárias, os pagamentos de dívidas e outros encargos inerentes às funções e atividades estatais.

Nesse sentido, os principais objetivos do orçamento público é controlar gastos públicos, gerir recursos e implementar o planejamento governamental. Em 1988, torna-se obrigatória a adoção do planejamento orçamentário nas três esferas de governo, que em seu art. 165, introduz a necessidade de planejamento que se utilize dos instrumentos Plano Plurianual (PPA) e a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), que contém metas e objetivos de longo e médio prazo e estreita vinculação com os orçamentos anuais.

Segundo Giacomini (2017, p. 11), o processo orçamentário também é denominado como sendo ciclo orçamentário, visto que possui etapas: “elaboração da proposta orçamentária; discussão, votação e aprovação da Lei Orçamentária; Execução Orçamentária; e Controle de avaliação de execução orçamentária”. Abaixo será demonstrado o processo orçamentário:

Figura 2. Processo Orçamentário

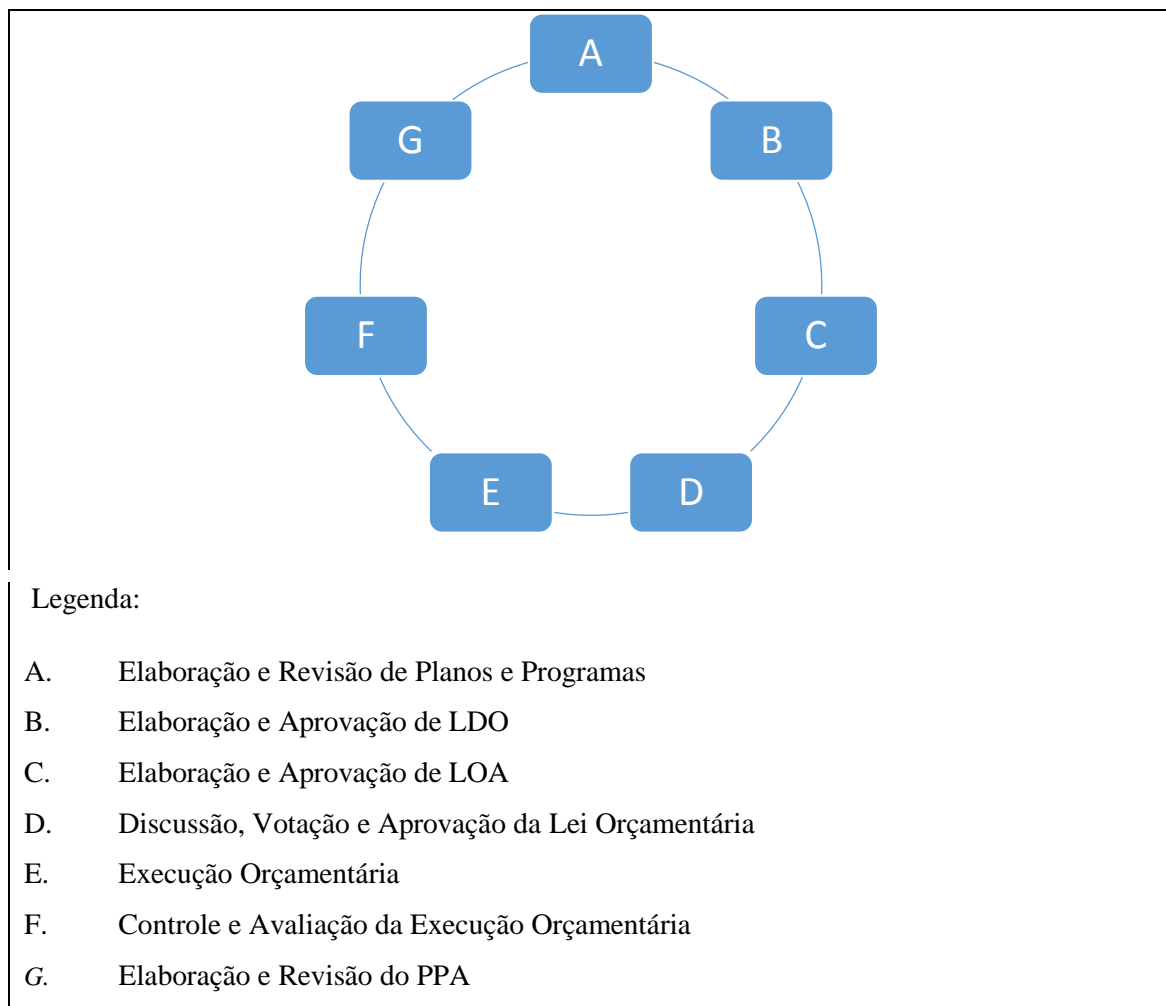


Fonte: Adaptado pelo autor (Giacomini, 2017, p. 11)

Para o autor o processo não deve ser visto como autossuficiente, visto que ele se renova anualmente, além disso, defende que a elaboração da proposta orçamentária é resultado de: “definições constantes de uma programação de médio prazo que, por sua vez, detalha planos de longo prazo. Por isso, (...) o *processo orçamentário* tem maior substância quando integrado ao processo de planejamento”.

O processo integrado entre o Plano Plurianual (PPA) e o Orçamento Anual é intermediada pela Lei de Diretrizes Orçamentárias que visa fornecer informações para orçamentos anuais, bem como dar destaque a programação do PPA com apresentação de prioridade e metas que são executadas a cada orçamento anual. Tal integração pode ser vista na Figura abaixo:

Figura 3. Integração entre Orçamento e Planejamento



Fonte: Giacomini (2017, p. 11).

É possível verificar que o planejamento possui natureza que vá de encontro aos programas e políticas, que demanda recursos norteados pelo gerenciamento orçamentário. Cabe destacar que, apesar de vigente, esse modelo não é aceito de modo unânime por especialistas, tendo em vista a característica econômica do país. Nesse sentido, Giacomini (2017, p. 64) defende: “A instabilidade política quase sempre presente nos países de baixa renda e a incerteza econômica seriam, na opinião de Albert Waterston, incompatíveis com o modelo de planejamento baseado em planos de longo e médio prazos”. O autor recomenda o abandono dos planos globais de longo e médio prazos e a adoção de sistema que dê ênfase ao plano anual associado a programas setoriais plurianuais.

Esse apontamento direciona o foco dos planos à dinâmica anual, tendo em vista as dificuldades de previsibilidade por limitação financeira em países em

desenvolvimento. O Planejamento Plurianual é encaminhado ao Poder Executivo ao Legislativo até o dia 31 de agosto do primeiro ano de mandato do governante (presidente, governador, prefeito) para análise. A aprovação deverá ocorrer até o encerramento das atividades legislativas do ano corrente. Além disso, a vigência desse Plano perdura até o primeiro ano de mandato do próximo governante, ou seja, a vigência do PPA é de quatro anos.

Segundo Crepaldi (p. 40, 2013), cada ente da federação é obrigado a elaborar o PPA atendendo aos ditames constitucionais previstos nos artigos 165 a 167 da Constituição Federal de 1988, bem como o art. 35 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Durante sua vigência o PPA poderá ser alterado por meio de lei, seguindo os mesmos procedimentos para criação do mesmo.

Cabe salientar que o propósito primordial do PPA é a demonstração de programas a serem projetos pela Administração. Sendo necessário, portanto, a definição das metas e prioridade por meio da Lei de Diretrizes Orçamentárias. Desse modo, Crepaldi defende:

As prioridades definem critérios para eleição das ações que são detalhadas no orçamento anual até o nível de elemento de despesa. Para a inclusão das metas e prioridades no anexo de metas e prioridades da administração é necessário reportar-se ao PPA, com a intenção de orientar as escolhas dos programas e ações para a elaboração da lei orçamentária (CREPALDI, p. 40, 2013).

Após definidas as ações a serem detalhadas, configura-se a lei orçamentária, denominada LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias. Conforme o art. 5º da LRF dispõe sobre: equilíbrio entre receitas e despesas; limitação de empenhos; controle de custos dos programas financiados com recursos dos orçamentos; condições e exigências para transferências de recursos a entidades públicas e privadas.

Além disso, o anexo da LDO deve conter a avaliação das metas anuais (com memória e metodologia de cálculos) como a evolução do patrimônio líquido, avaliação financeira e atuarial, entre outros. Conterá ainda, os Riscos Fiscais (análise de passivos contingentes capazes de afetar as contas públicas); e por fim, os anexos os objetivos das políticas monetárias, creditícia e cambial.

Não obstante, vê-se presente as ações financeiras do estado nas finanças públicas visa assegurar o bom desempenho das atividades fiscais. Desse modo, o Orçamento

Anual definindo pela LOA deverá ser elaborada de modo compatível ao PPA e a LDO. Na LOA são definidos, essencialmente, a previsão de receitas e fixação de despesas.

A utilização combinada do PPA, LDO e LOA permite que os gestores públicos utilizem dos recursos com eficiência e eficácia. Desse modo, Crepaldi (2013, p. 51) defende:

É por meio dos instrumentos de planejamento orçamentário que se identificam as necessidades sociais e se constituem os compromissos de ação do poder público, posto que a qualidade desses instrumentos garante a eficiência e a eficácia da gestão levada a efeito pelos representantes do povo na condução dos destinos da sociedade.

Assim, nota-se que os instrumentos advindos do orçamento público possibilitam planejamentos orçamentários que objetivem o atendimento das demandas públicas, ou seja, o modo como o gestor público conduzir a gerência de recursos pode conduzir os destinos da sociedade. No contexto de saúde, por exemplo, as decisões podem impactar vidas humanas.

4.2 Planejamento Orçamentário

O Estado possui como função primordial a promoção da justiça social e igualdade, garantidos constitucionalmente por intermédio de políticas públicas. Desse modo, os entes federados se utilizam do orçamento como ferramenta de planejamento na gestão pública. Segundo Padovese (2010, p. 58), para desenvolvimento do planejamento orçamentário torna-se necessário a contemplação de três segmentos:

- **Orçamento Operacional:** contém a maior parte das peças orçamentárias, tendo em vista que possui orçamentos específicos que atingem a estrutura hierárquica da organização. Engloba as áreas administrativa, comercial e de produção.
- **Orçamento de Investimentos:** nesse segmento contém as aquisições de investimentos, imobilizados e diferidos financiamentos e amortizações; e despesas financeiras. Geralmente, esse segmento do plano orçamentário fica restrito a gestores de direção, responsável pela tesouraria e o *controller*.
- **Projeção de Demonstrativos Contábeis:** este consolida todos os orçamentos, tendo em vista que parte do balanço patrimonial inicial incorpora o orçamento operacional e o orçamento de investimentos e financiamentos, projeta as demais contas e conclui com um balanço patrimonial final.

Nesse estudo, é dado enfoque aos orçamentos operacionais e de investimentos, uma vez que a instituição federal a ser analisada confecciona o planejamento orçamentário por meio destes. O Planejamento Orçamentário nas organizações públicas é instrumento necessário e obrigatório, tendo em vista que a despesa orçamentária se limita ao crédito e à dotação orçamentária dispostas na LOA. Segundo a LRF em seu art. 15, § 1º:

I - adequada com a lei orçamentária anual, a despesa objeto de dotação específica e suficiente, ou que esteja abrangida por crédito genérico, de forma que somadas todas as despesas da mesma espécie, realizadas e a realizar, previstas no programa de trabalho, não sejam ultrapassados os limites estabelecidos para o exercício; II - compatível com o plano plurianual e a lei de diretrizes orçamentárias, a despesa que se conforme com as diretrizes, objetivos, prioridades e metas previstos nesses instrumentos e não infrinja qualquer de suas disposições (LEI COMPLEMENTAR Nº101/2000).

Portanto, não deve haver execução de crédito orçamentário ou dotação além daquela autorizada pela lei orçamentária, bem como pelos reguladores instrumentos de retificação. Desse modo, quanto maior a utilização de créditos adicionais, maior o grau de ineficiência do planejamento orçamentário.

Por conseguinte, introduz-se as análises acerca da Emenda Constitucional de nº 95/2016, cuja principal proposição foi a de limitar gastos em políticas de saúde e educação. Analisa-se, sob a perspectiva das despesas públicas, bem como suas implicações de investimentos, a partir da gestão hospitalar.

5. REPERCUSSÕES GOVERNAMENTAIS E FINANCEIRAS DA EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 95/2016

a. Emenda Constitucional nº 95/2016

No dia 15 de junho de 2016, o Poder Executivo apresentou a Câmara dos Deputados proposta de alteração de Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal.

O projeto de Emenda à Constituição foi denominado PEC 241_2016 e propõe a reforma fiscal limitando os gastos públicos, que seriam limitados a partir das despesas do ano anterior corrigida pela inflação, ou seja, apenas pelo IPCA. Vale destacar que, este projeto teria vigência de 20 anos. Na Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania (CCJ) da Câmara dos Deputados a PEC 241 obteve aprovação por 33 votos a favor e 18 contra.

A PEC 241 foi reconhecida pelo Presidente Michel Temer como sendo a “mãe de todas as reformas”, sendo confeccionada pela equipe econômica de Henrique Meirelles instalada junto ao Ministério da Fazenda. Ocorreu o encaminhamento da proposta da Emenda Constitucional pelo documento EMI nº 00083/2016 MF MPDG à Presidência da República. Nesse sentido, a justificativa apresentada foi a defesa de uma possibilidade de reversão a médio e longo prazo do quadro de desequilíbrio fiscal, acrescentando:

A raiz do problema fiscal do Governo Federal está no crescimento acelerado da despesa pública primária. No período 2008-2015, essa despesa cresceu 51% acima da inflação, enquanto a receita evoluiu apenas 14,5%. Torna-se, portanto, necessário estabilizar o crescimento da despesa primária, como instrumento para conter a expansão da dívida pública. Esse é o objetivo desta Proposta de Emenda à Constituição. (DEPUTADOS, P. 01, 2016).

Nesse sentido, é possível observar a apresentação de argumentos que norteiam pela preocupação em relação aos gastos públicos, dívida pública e crescimento do país.

Muitas foram as foram às repercussões desse projeto, visto que em certo grau, dividiu opiniões. Principalmente, em função da instabilidade política frente ao processo que corria nesse mesmo contexto, o processo de *impeachment*, de Dilma Vana Rousseff afastada desde 12 de maio de 2016, segunda a Resolução nº35 de 2016.

A PEC 241 trouxe em seus artigos 101 e 102 aspectos de vigência da norma durante 20 exercícios financeiros, ou seja, 20 anos, e respectivamente a fixação de limitação de gasto primário aplicados à Administração Pública. Nos § 3º e § 4º são norteados os procedimentos de correção monetária e a obrigatoriedade de apresentação desses na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO):

§ 3º Cada um dos limites a que se refere o caput equivalerá: I - para o exercício de 2017, à despesa primária realizada no exercício de 2016, conforme disposto no § 8º, corrigida pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA, publicado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, ou de outro índice que vier a substituí-lo, para o período de janeiro a dezembro de 2016; e II - nos exercícios posteriores, ao valor do limite referente ao exercício imediatamente anterior, corrigido pela variação do IPCA, publicado pelo IBGE, ou de outro índice que vier a substituí-lo, para o período de janeiro a dezembro do exercício imediatamente anterior. § 4º Os limites a que se refere o inciso II do § 3º constarão na Lei de Diretrizes Orçamentárias dos respectivos exercícios. (DEPUTADOS, P. 02, 2016).

No projeto de Emenda à Constituição em seu artigo 102, § 6º, destaca-se que não são consideradas as transferências constitucionais estabelecidas pelos artigos: 20, § 1º, art. 157 a art. 159 e art. 212, § 6º, e as despesas referentes ao art. 21, caput, inciso XIV; os créditos extraordinários, despesas com eleições para Justiça Eleitoral; receitas vinculadas; e despesas com aumento de capital de empresas estatais não dependentes.

Não obstante surgiram diversos posicionamentos acerca da PEC 241 que foi aprovada e transformada na Emenda Constitucional nº 95/2016 (EC 95/2016) em 15 de dezembro de 2016. Nesse trabalho é dado maior enfoque aos posicionamentos e impactos da EC 95/2016 no âmbito da política pública de saúde. Desse modo, no âmbito do S.U.S., segundo Piola *et. al* apud Vieira e Benevides (2016) a regra da vinculação de recursos da EC 95/2016 aumentou o montante de recursos para o financiamento do S.U.S. estabilizando, inclusive, o gasto federal.

Para Vieira e Benevides (2016, p. 5) os argumentos dos defensores da EC 95/2016 são no sentido de que:

São geradas expectativas positivas nos agentes econômicos e que a forte redução do gasto público é compensada pelo aumento do gasto privado e que a partir daí o País entrará em uma rota de crescimento na qual a demanda agregada é garantida pelo setor privado. (...) essa é única salvação para a economia brasileira, e que um cenário alternativo, sem a EC 95, seria catastrófico.

Em contrapartida, avalia-se a possibilidade de expansão de mercado de planos de saúde e consequentemente a fragilização do S.U.S., tendo em vista o perfil conservador da atual coalização governamental, bem como a baixa pressão exercida pela sociedade civil (PIOLA; OCKÉ-REIS APUD VIEIRA; BENEVIDES, 2016).

Não obstante, Mariano (2017) defende que o equilíbrio econômico depende da ação estatal, implicando que o Estado assuma as funções de intervenções de domínio econômico. Além disso, defende: “maior parte da sociedade civil ainda deseja o projeto constituinte de 1988, que direciona a implantação do Bem-Estar Social, acreditando, paradoxalmente, que isso pode ocorrer com a adoção do ideário neoliberal”.

Portanto, é possível observar que a fragilidade da política de saúde seria possivelmente impactada em função da limitação de gastos primários, ou seja, investimentos, custeios e inversões financeiras.

Segundo Vieira e Benevides (2016) ocorrem a desproteção do orçamento federal do S.U.S. em virtude da desconsideração da variação nominal do PIB (inflação e crescimento real do PIB): “a regra da EC 95 corrige o limite mínimo apenas pela inflação, desconsiderando a incorporação das taxas de crescimento da economia ao gasto da saúde, e reduzindo, consequentemente sua participação no PIB”.

Além disso, os autores defendem que a inflação dos serviços de saúde podem ser superiores a inflação geral, medida pelo IPCA, cuja atualização monetária não seria adequada ao orçamento de saúde pública.

Mariano (2016) defende que é possível extrair da EC 95/2016 a pretensão de se alcançar um equilíbrio fiscal pelo lado do corte do gasto, e não pelo investimento, o que seria equivocado.

É possível verificar que os posicionamentos das repercussões da EC 95/2016 foram debatidos no sentido como o Estado brasileiro direciona recursos públicos para

investimentos em saúde e como essa ação política poderia impactar tanto a economia brasileira quanto o incentivo de exploração da iniciativa privada em explorar o mercado de saúde suplementar.

Verifica-se, ainda, que a questão proposta junto ao projeto resultante da EC 95/2016 põe em discussão a necessidade de crescimento econômico do país.

Segundo Karnikowski (2016) a PEC da nova política fiscal pode ser denominada como a “PEC das Desigualdades”, tendo em vista que tende a precarizar a Administração Pública por “(...) meio da erosão do art. 37 da Constituição Federal e por consequência da continuidade dos serviços públicos, atingindo assim a maior parte da população brasileira, tão necessitada de investimentos em saúde [...]”.

Trata-se importante ressaltar que, para além de qualquer disputa ideológica, a reflexão acerca dos postulados constitucionais, ou seja, o Estado Social e Democrático de Direitos é garantido pela Constituição Federal de 1988. Nesse sentido, a governabilidade do gestor público perpassa pelas questões inerentes as funções econômicas do Estado, o que norteia as atividades políticas que devem ser orientadas à luz da justiça social.

b. Crescimentos das Despesas Públicas, Investimentos em Saúde e Desafio do Gestor Hospitalar

Diante da explanação acerca da EC 95/2016 compreenderemos sobre os gastos em saúde no Brasil objetivando o entendimento contextualizado da norma constitucional com suas repercussões financeiras.

Segundo Vieira e Benevides (2016) o gasto com saúde tem se mantido historicamente em patamares inferiores aos gastos familiares: “Em 2013, o gasto do governo com percentual PIB foi de 3% equivalentes a R\$ 190,2 bilhões, e o das famílias foi de 4,4% do PIB, correspondentes a R\$227,6 bilhões”.

Considerando uma situação hipotética em que se conduzam as taxas de crescimento do PIB de 2% ao ano, a perda de recursos financeiros para a saúde com a EC 95 seria estimada em R\$415 bilhões em 20 anos. Nesse cenário, as taxas de crescimento do PIB o valor da aplicação reduziria gradualmente alcançando 1,47% em 2026 e 1,20% do PIB em 2036 (VIEIRA E BENEVIDES, 2016).

Nesse cenário, os autores questionam que esse percentual são alocados para atendimento de aproximadamente 75% da população com oferta integral de bens e serviços de saúde, correspondendo a população sem cobertura da saúde suplementar,

além de atender integralmente os casos de bens e serviços em vigilância em saúde, vacinação e tratamentos de alto custo não cobertos pelos planos de saúde.

Não obstante, as projeções do IBGE trazem a reflexão pontos de aumentos de demanda em saúde, visto que a população brasileira com mais de 60 anos tem aumentado. Em termos absolutos, em 2036 essa população idosa representará o dobro da atual, passando de 24,9 milhões para 48,9 milhões (BRASIL, 2013).

Diante dos cenários de congelamento dos gastos públicos considerando apenas a correção pelo IPCA, possíveis variações positivas do PIB, diminuição nos investimentos em políticas públicas de saúde, envelhecimento populacional e possível aumento de demandas de saúde pública integral, temos que é possível verificar suas implicações em órgãos da Administração Pública.

Os hospitais possuem características marcantes de assistência à saúde que possuem semelhança à maioria dos hospitais, além disso, possuem os processos administrativo-financeiros, cuja organização dependerá do enquadramento institucional: público, privado, especializado, entre outros (SALU, p. 91, 21013).

Ainda, conforme esse autor o hospital possui áreas assistências e administrativas típicas como: Pronto-Socorro; Ambulatório; Serviço de Diagnóstico e Tratamento; Unidade Internação; Bloco Cirúrgico/Cirúrgico; Suprimentos; Farmácia; Administração; Comercial e Marketing; Engenharia Hospitalar; Tecnologia; Hotelaria; Equipes Assistenciais; Serviços de Apoio Assistencial; e Telemedicina.

Nesse contexto, nos casos dos hospitais públicos sua manutenção depende essencialmente de créditos orçamentários, visto que a saúde pública é uma política pública garantida constitucionalmente, ou seja, é financiada principalmente pelo Estado.

No caso dos hospitais públicos denominados universitários (Hospital Universitário - HU), possuem fatores adicionais aos demais hospitais, tendo em vista que é caracterizado, segundo Medici apud Marques (2015), como uma instituição que fornece treinamento universitário em saúde e atendimento médico de maior complexidade à sociedade, uma vez reconhecida sua condição de hospital de ensino.

A Portaria Interministerial nº. 1006/MEC/MS denomina que o hospital de ensino é considerado como sendo um local de atenção à saúde de referência, destinado ao atendimento de alta complexidade, formação de profissionais de saúde, desenvolvimento tecnológico, objetivando a integração em rede de serviços de saúde, conforme as demais populacionais (BRASIL, 2004).

Na perspectiva de gestão, os sistemas de saúde possuem peculiar complexidade, pois são considerados de difícil administração, em função de serem organizações extremamente complicadas de gerenciar, pela essência dos processos de trabalho, pelas características dos profissionais atuantes, e pelas particularidades de um hospital universitário, tornam o gerenciamento ainda mais sofisticado. (MARQUES, 2015).

Nesse sentido, os HU's são unidades hospitalares associadas às principais características agregadas ao campo dos profissionais de saúde, de promoção de ensino e pesquisa, produção de conhecimento e desenvolvimento tecnológico. Nesse ínterim, para Marques (2015, p. 8):

De fato, **a contribuição dos hospitais de ensino é vista como essencial para a melhora da saúde dos brasileiros** – seja em relação ao número de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) disponibilizados para o SUS, às internações e ao atendimento de alta complexidade ofertado, à formação de recursos humanos – ou, ainda, em relação ao desenvolvimento, avaliação e incorporação de novas tecnologias ao SUS. (grifo do autor).

Desse modo, os HU's detêm fundamental importância para a institucionalização do Sistema Único de Saúde, bem como de grande relevância aos cenários de saúde e educação do Brasil (BARATA; MENDES; BITTAR, 2010). Segundo Medici apud Marques (2015, p.7), apesar dos HU's representarem as políticas públicas imprescindíveis, saúde e educação, tem-se consideráveis desafios em relação à organização, gestão e principalmente de financiamento:

(...) os problemas apresentados pelos HUs são comuns aos hospitais públicos e privados (independentemente de sua natureza jurídica), constatando que os **HUs são subsidiados de forma pouco custo-efetiva** e, a princípio, os hospitais privados são tão ineficientes quanto os públicos, fato que se apresenta preponderantemente como uma questão de falta de incentivos e mecanismos inadequados de financiamento e, em menor grau, como um problema de gerenciamento. (grifo nosso).

Não obstante, tem-se que o cerne do financiamento de saúde dos HU's é orientado pelo subfinanciamento da contratualização hospitalar, em que se estabelecem metas quantitativas e qualitativas que objetivem a consolidação dos processos de

atenção à saúde e de gestão hospitalar. Essa contratualização é realizada formalmente, sendo as partes: o representante legal do hospital e o gestor do município ou estado do S.U.S. (BRASIL, 2004).

Tais metas possuem fixações distintas conforme se dá as necessidades de demandas na rede de atenção à saúde, bem como do processo de negociação do contrato. Segundo Marque (2015, p. 12):

(...) através da contratualização, os hospitais passaram a ter a denominada “orçamentação mista”, composta da seguinte forma: o valor global é composto por uma parte fixa, previamente conhecida e refere-se aos procedimentos de média complexidade (corresponde a 85% do valor global) e a parte variável, referente aos procedimentos de alta complexidade e estratégicos (corresponde a 15%), que são repassados posteriormente conforme a produção dos procedimentos. O repasse da parte fixa deve ser feito mensalmente e sem nenhuma avaliação, já o da parte variável depende da avaliação de indicadores estabelecidos em contrato.

Não obstante, as principais fontes de recursos do HU's são financiadas por meio de repasses de recursos do Fundo Nacional de Saúde, por meio de componentes: Teto Municipal de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC), Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários (REUF), Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), PRO-HOSP (em Minas Gerais), Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde – PVVPS, dentre outros (HOYLER ET AL, 2014). Dito isso, abaixo são demonstradas as principais características de cada componente de financiamento da saúde.

Vale destacar que, o subfinanciamento da saúde nos hospitais públicos universitários possui distinções conforme contextos, sociais, financeiros, pois além de alterarem a demanda da rede a que se submetem estão condicionadas ao processo de negociação do contrato de prestação de serviços em saúde junto ao município.

Não obstante, apesar do direcionamento de componente de financiamento da saúde que visem à qualidade nos serviços, deve-se salientar que as leis do mercado não se aplicam bem ao setor, visto que as necessidades humanas tendem a se impor aos custos de produção, valor de mercado e preço praticados (JÚNIOR E VIEIRA, 2015).

Contudo, deve-se salientar a importância da gestão em organizações hospitalares que visem eficiência, eficácia e efetividade, uma vez que trata diretamente com vidas

humanas, além disso, tem-se notado a limitação de recursos financeiros que devam atender às demandas da rede de atenção à saúde.

Quadro 1. Principais Componentes de Financiamento de Saúde nos HU's

Componente de Financiamento	Legislação Regulamentadora	Forma de Repasse	Objetivo
<i>Teto Municipal de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC)</i>	Portaria Nº 204, de 29 de janeiro De 2007 - Ministério Da Saúde.	Remuneração pré-fixada ou pós-fixada (a depender do contrato).	Financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde (blocos de financiamento).
<i>Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários (REUF)</i>	Decreto Nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010; Portaria Interministerial Nº 883 de 05 de julho de 2010 – Ministérios da Saúde.	Financiamento compartilhado dos Hospitais universitários Federais entre as áreas da educação e da saúde.	Reestruturação e revitalização dos Hospitais Universitários Federais (HUF), integrados ao SUS.
<i>Incentivo à Contratualização (IAC)</i>	Portaria Nº 2.035, de 17 de setembro de 2013 do Ministério da Saúde.	Hospitais Filantrópicos e do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).	Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do SUS.
<i>Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)</i>	Portaria Nº 3.011, de 10 de novembro de 2017 do Ministério Da Saúde.	Sistema de valores pós-produção (A depender do Contrato);	Teto Financeiro Anual da Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Média e Alta Complexidade.
<i>PRO-HOSP (em Minas Gerais)</i>	Resolução Ses/Mg Nº 3683, De 19 De Março De 2013.	Programa do governo de Minas Gerais para auxiliar os hospitais na implementação de ações que favoreçam o atendimento assistencial de qualidade.	Inclui recursos para compra de material permanente, adequações estruturais e para qualificação da gestão hospitalar. O recebimento destes recursos do PRO-HOSP está 32 atrelado ao cumprimento de metas assistenciais qualitativas e quantitativas.
<i>Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde – PVVPS</i>	Portaria Nº 1.285, de 27 de junho de 2013 do Ministério da Saúde.	Repasse de recursos financeiros do Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde (PVVPS) aos Municípios.	Integração das ações de Vigilância em Saúde, Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças Não Transmissíveis e Agravos no âmbito da Estratégia de Saúde da Família.

Fonte: Elaborado pelo autor com base em legislações vigentes

Júnior e Vieira (2015, p. 13) questionam que diante da complexidade e necessidade de sofisticação de gestão os hospitais públicos as ferramentas de qualidade podem ser inadequadas:

A visão da qualidade limitada aos seus aspectos instrumentais não permite enxergar com clareza a complexidade das organizações. (...) a adoção de programas de qualidade a partir da aplicação de manuais resumidos, de avaliação de critérios de excelência, aliados a simples definição de metas mobilizadoras e elaboração de planos de melhoria, sem uma visão mais ampla e profunda do ambiente organizacional, tem conferido insucesso frequente a inúmeras experiências.

Desse modo, nota-se que a gestão hospitalar de hospitais públicos, principalmente os de ensino, possui singularidades que tendem a afetar os processos, procedimentos e conceitos teóricos e clássicos da administração.

Ora, trata-se de uma organização que trata diretamente com serviços de prevenção, proteção, recuperação de vidas humanas; possui equipes multiprofissionais (assistência à saúde e apoio administrativo); é subfinanciada pelo Estado; possui condicionantes constitucionais para prestação de serviços; alinha suas estratégias ao desenvolvimento tecnológico, ao ensino e pesquisa; e possui recursos financeiros escassos.

Deve-se depreender que o conceito de gestão pública hospitalar são casos a serem analisados de modo crítico, visto que o nível de sofisticação oferece complexidade. Nesse sentido, Júnior e Vieira (2015), defende: “No Brasil ainda é cedo para tirarmos conclusões deste movimento no setor hospitalar. Uma avaliação empírica dos seus resultados faz-se necessária (...)”.

Analisaremos o caso empírico do Hospital Universitário de Juiz de Fora, cuja análise se preocupa em compreender o Planejamento Orçamentário da instituição à luz de contextos políticos divergentes.

6. METODOLOGIA DE PESQUISA

A pesquisa possui característica *exploratória*. Conforme apontado por Gil (2007), pesquisa bibliográfica é um exemplo desta metodologia de pesquisa, cuja finalidade de explanação em relação ao tema tende a oferecer aporte teórico àquilo que se pretende analisar.

Dada a especificidade ao tema de gestão pública tratado, a pesquisa possui características *qualitativa e quantitativa*. A principal característica qualitativa deste trabalho preocupa-se com a demonstração exploratória de compreensão dos fatos de gestão hospitalar na perspectiva das finanças públicas. Nesse sentido, Gerhardt e Silveira (2009, p.31) menciona que:

Métodos qualitativos buscam explicar o porquê das coisas, exprimindo o que convém ser feito, mas não quantificam os valores e as trocas simbólicas nem se submetem à prova de fatos, pois os dados analisados são não-métricos (suscitados e de interação) e se valem de diferentes abordagens.

Não obstante, esta pesquisa releva fatores numéricos para expressão e defesa de subsídio teórico em relação ao aporte qualitativo, uma vez que Gerhardt e Silveira (2009, p.33) defendem que:

Como as amostras geralmente são grandes e consideradas representativas da população, os resultados são tomados como se constituíssem um retrato real de toda a população alvo da pesquisa. A pesquisa quantitativa se centra na objetividade.

Tal objetividade é capaz de “agregar informações complementares, tendo em vista que os métodos qualitativos e quantitativos associados permite maior abrangência investigatória do que se estivessem isolados” (FONSECA APUD GERHARDT E SILVEIRA, 2009, P. 33).

Acrescenta-se que a pesquisa possui amostra não probabilística, pois ocorre a seleção de itens e elementos populacionais sem que haja reconhecimento das probabilidades de seleção. Nesse sentido, o método utilizado para coleta e análise de dados foi o de pesquisa bibliográfica com vistas a apoiar a descrição das literaturas utilizadas. Fonseca *apud* Gerhardt e Silveira (2009, p. 12) mencionam sobre esse tipo de coleta:

A pesquisa bibliográfica é feita a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas, e publicadas por meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos, páginas de web sites. Qualquer trabalho científico inicia-se com uma pesquisa bibliográfica, que permite ao pesquisador conhecer o que já se estudou sobre o assunto. Existem, porém, pesquisas científicas que se baseiam unicamente na pesquisa bibliográfica, procurando referências teóricas publicadas com o objetivo de recolher informações ou conhecimentos prévios sobre o problema a respeito do qual se procura a resposta.

Além disso, o desenvolvimento do construto de gestão orçamentária face ao contexto econômico-financeiro, no âmbito no HU-UFJF, desenvolve-se neste trabalho por meio de pesquisa documental e de campo, em que se analisa diretamente informações públicas junto ao Setor de Orçamento e Finanças do Hospital Universitário. A definição de estudo de caso é explanada por Yin (2001) como sendo:

A essência de um estudo de caso, a principal tendência em todos os tipos de estudo de caso, é que ela tenta esclarecer uma decisão ou um conjunto de decisões: o motivo pelo qual foram tomadas, como foram implementadas e com quais resultados (SCHRAMM, 1971, *apud* YIN, 2001, p. 31).

De modo complementar, utilizam-se recursos de transparência governamental por intermédio de portais e plataformas governamentais como o Portal da Transparência nos Recursos Públicos Federais, Tesouro Nacional, Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, Fundo Nacional de Saúde, Ministério da Saúde e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares.

A proposição da análise da conjuntura administrativa hospitalar, bem como as possíveis sugestões quanto à resolução da questão problema visa à inovação governamental pelo desenvolvimento de novos paradigmas e ideologias no campo de políticas públicas, os quais são analisados pelo estudo de caso no HU-UFJF.

7. ESTUDO DE CASO

a. Caracterização Institucional

O Hospital Universitário de Juiz de Fora, município do Estado de Minas Gerais, é Centro de referência ao atendimento de pacientes da rede SUS, em área de abrangência com mais de 90 municípios da Zona da Mata Mineira, o Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF) desenvolve, há mais de 500 anos, assistência à saúde nos níveis primário, secundário e terciário, associando atividades de ensino, pesquisa e extensão (CARTA DE SERVIÇO AO CIDADÃO, 2015).

Sobre aspectos de infraestrutura, o Hospital Universitário disponibiliza uma capacidade instalada e ocupacional de 140 leitos de enfermaria, 16 leitos de Hospital Dia, salas de Ambulatório nas diversas especialidades, boxes para acolhimento integrado, consultório de odontologia hospitalar, 08 salas cirúrgicas, totalizando uma média mensal de 7.500 consultas e 300 internações (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE JUIZ DE FORA, 2016).

O Hospital Universitário de Juiz de Fora está localizado no município de Juiz de Fora/MG e possuía até 26/07/2016 população estimada de 559.636 mil habitantes, conforme senso do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2016). A organização possui três unidades: Unidade Santa Catarina, Unidade Dom Bosco e Centro de Atenção Psicossocial - CAPS (atua sobre a prestação de serviços assistenciais em regime público, desenvolvendo atividades de ensino, pesquisa e extensão).

A Lei 8.080/90 incorporou o HU-UFJF ao Sistema Único de Saúde (S.U.S.) do Município de Juiz de Fora. O Hospital foi incluído em 2003 no Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do Sistema único de Saúde (PROHOSP), cujo objetivo era: a melhoria e ampliação do atendimento nas unidades de atenção à saúde do Estado, através de incentivos financeiros de acordo com as necessidades da região; contratos com compromissos recíprocos; qualificação; parcerias com os gestores locais e cooperação técnica horizontal (ESTRATÉGICO, PLANO DIRETOR. 2015, p. 25). Abaixo estão elencadas as competências do HU-UFJF normatizadas pelos Ministérios da Saúde e Educação:

Quadro 2. Especialidades Oferecidas pelo HU-UFJF

Serviços da Unidade Santa Catarina	Serviços da Unidade Dom Bosco	CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
Internação	Ambulatório	Residência Médica em Psiquiatria
Centro Cirúrgico (cirurgias de grande porte)	Cirurgia Bucomaxilofacial;	Residência em Áreas Multiprofissionais
UTI Adulto	Endoscopia Digestiva;	Residência em Psicologia
Ambulatórios de Neurologia e Cardiologia	Terapia Renal Substitutiva	Residência em Assistência Social
Farmácia	Centro Cirúrgico (cirurgias de pequeno porte)	Realiza acompanhamento intensivo de pacientes em saúde mental
Laboratórios de Análises Clínicas e Anatomia Patológica	Centro Cirúrgico (cirurgias de médio porte)	Realiza acompanhamento não intensivo de pacientes em saúde mental
Fisioterapia	Hospital dia	Realiza acompanhamento semintensivo de pacientes em saúde mental
Exames por Métodos Gráficos em Cardiologia e Neurologia	CME	Oferece atendimentos em oficinas terapêuticas de níveis I e II.
Hospital Dia Onco/Hematologia	Farmácia Hospitalar	
Núcleo de Vigilância Epidemiológica	Fisioterapia	
Serviços da Unidade Santa Catarina (continuação)	Laboratório de Avaliação Física/Educação Física	
Núcleo de Atenção à Saúde do Trabalhador (NAST)	Consultórios especializados de Otorrinolaringologia	
Centro Interdisciplinar de Pesquisa e Intervenção em Tabagismo (CIPIT)	Consultórios especializados de Oftalmologia	
Serviço de Nutrição e Dietética		
Transplante de Medula Óssea	Laboratório de Análises Clínicas	
Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE)	Serviço de Imagem (Tomografia, Ressonância Magnética,	
Serviço de Pneumologia com Unidade de Espirometria em Adulto	Ultrassonografia e RX)	
Setor de Imagem (Ultrassonografia e RX)	Serviço de Nutrição e Dietética	

Fonte: Pesquisa documental 2018 com base em Planejamento Estratégico HU-UFJF 2016/2017

Em 2014, o Hospital assina contrato de nº58/2014, no qual o HU-UFJF adota a estrutura organizacional dos Hospitais que estão sob a gestão da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, surgindo assim a contratualização. Os recursos advindos do Governo Federal são subfinanciados com vistas à integração de Redes de Atenção à Saúde. Desse modo, o Hospital Universitário passa utilizar o formato organizacional da Ebserh que se encontra no Plano Diretor Estratégico (Anexo A).

Nota-se que a instituição se utiliza de ferramentas e recursos de gerenciamento de Gestão Estratégica, uma vez que possui natureza instrumental, ao passo que possui pressupostos dos Paradigmas Burocrático e Gerencial em sua composição de gerenciamento. A parte burocrática compreende a atuação do gestor embasado na legalidade de seu ato, enquanto que o Gerencial se utiliza de Planejamentos Estratégicos e Mapeamentos e Modelagem de Processos embasados em técnicas de BPMN (*Business Process Model and Notation*), por exemplo (NERIO, 2017).

O Plano Diretor Estratégico (PDE) da organização aponta como sendo Macroproblema o Déficit Orçamentário Para Custeio do Hospital, uma vez que os recursos financeiros são limitados, resultando em problemas graves, como desabastecimento de medicamentos e condições inadequadas de trabalho. Ainda, a limitação de custeio limita a autonomia da instituição para tomadas de decisões, uma vez que a contratualização impõe condições e metas gerais de produção.

No documento do PDE, este macroproblema é nomeado como “Relação inadequada com o SUS”, em que retoma a questão da contratualização, pois, o HU-UFJF produz mais do que recebe e a Tabela SUS (SIGTAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS), utilizada para disponibilização da verba, possui defasagem e conseqüentemente gera maiores custos para atendimentos e tempo de ensino.

Para fins deste estudo, atém-se às análises dos planejamentos orçamentários realizados, nos anos de 2016, 2017 e 2018, no âmbito do HU-UFJF, visto que o cenário econômico e institucional do S.U.S. tem encontrado diversas dificuldades de atendimento integral de demanda. A análise perpassa pelas implicações *ex ante* e *ex post* à EC 95/2016, ou seja, anterior e posterior, respectivamente, que é desenvolvido no próximo tópico.

b. Planejamento Orçamento do Hospital Universitário de Juiz de Fora nos anos de 2016, 2017 e 2018

O Planejamento Orçamentário do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (HU-UFJF/EBSERH) é anual e destina-se a apresentar as Previsões de Receitas e as Estimativas de Despesas do Hospital conforme metodologia estabelecida pela EBSERH Sede (PLANEJAMENTO ORÇAMENTÁRIO UFJF, 2017).

Em pesquisa documental, verificou-se que, enquanto filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), o HU-UFJF recebe descentralizações orçamentárias de outros órgãos e instituições. Portanto, mediante o exposto, a previsão de receitas do HU-UFJF é realizada mediante as seguintes origens de recursos:

- a) Contratualização SUS-JF;
- b) Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF);
- c) Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS-MG (Pro-Hosp);
- d) Recursos Próprios. Tendo em vista que o HU-UFJF é um hospital que atende apenas a população, isto é, 100% dos usuários são pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), os Recursos Próprios, ou seja, os diretamente arrecadados compreendem o valor do recebimento de “Permissão de Uso de Espaço Público”; somado ao valor das multas recebidas mediante as sanções aplicadas pela Comissão de Apuração de Irregularidades de Fornecimento de Bens e Serviços (CADIF) aos fornecedores ou prestadores de serviços.

Segundo o sítio eletrônico do Senado Federal, o exercício financeiro é o período definido para fins de segregação e organização dos registros relativos à arrecadação de receitas, à execução de despesas e aos atos gerais de administração financeira e patrimonial da administração pública. No Brasil, o exercício financeiro tem duração de doze meses e coincide com o ano civil, conforme disposto no art. 34 da Lei Federal nº 4.320, de 17 de março de 1964.

Segundo o artigo 12 da Lei nº 4.320/64, as despesas são classificadas em Despesas Correntes (despesas de custeio e transferências correntes) e Despesas de Capital (Investimentos, Inversões Financeira e Transferências de Capital). Para entendimento das despesas por grupo da natureza de despesa e macrogrupo gerencial verificar o anexo B. As definições básicas são apresentadas a seguir:

Quadro 3. Grupos de Despesas na Gestão Hospitalar

Tipo de Despesa	Estimativa	Setores da Gestão Hospitalar
Despesas Correntes – Despesas de Custeio – Material de Consumo	Consumo do exercício anterior e nas requisições emitidas pelos setores e unidades que compõem a cadeia de suprimentos	Setor de Infraestrutura, Setor de Engenharia Clínica, Setor de Hotelaria Hospitalar, Unidade de Abastecimento de Produtos à Saúde, Unidade de Abastecimento e Dispensação, Unidade de Hematologia e Oncologia, Unidade de Laboratório de Análises Cínicas, Unidade de Laboratório de Anatomia Patológica, entre outros
Despesas Correntes – Despesas de Custeio – Serviços	As informações em planilhas com os valores de acordo com os processos licitatórios encerrados e/ou contratos vigentes e preços de referências das licitações em andamento	Setor de Administração
Despesas de Capital – Investimentos - Obras e Material Permanente	Solicitações dos diversos setores e unidades do Hospital	Gerências Administrativa (GA), de Atenção à Saúde (GAS), de Ensino e Pesquisa (GEP)

Fonte: Pesquisa documental (2018).

No âmbito da gestão hospitalar, observa-se que os gastos podem ser médicos (relativos à assistência da saúde) ou não médicos (relativos ao apoio administrativo). As demandas de serviços de saúde, materiais e equipamentos foram apuradas, levando em consideração o ajuste anual do IPCA e análises de séries históricas de demandas conforme são demonstrados nas tabelas referentes aos planejamentos orçamentários.

Nesse sentido, em análise documental, foram observadas as Tabelas referentes aos Planejamentos Orçamentários desenvolvidos nos anos de 2016, 2017 e 2018 que obtiveram representações de previsões de gastos. Para compreensão das despesas por grupo da natureza de despesa, bem como macro grupo gerencial, verifique o Anexo 1. Abaixo, encontra-se, inicialmente, a Tabela 2 com prévia do Planejamento Orçamentário do HU-UFJF no ano 2016.

Tabela 2. Prévia do Planejamento Orçamentário do HU-UFJF de 2016

GRUPO DE NATUREZA DA DESPESA	MACROGRUPO GERENCIAL	PREVISÃO DE NECESSIDADE ORÇAMENTÁRIA P/ 2016	TOTAL EXECUTADO	VARIAÇÃO ENTRE PLANEJADO E EXECUTADO (%)
CUSTEIO	Despesa de Consumo não Finalístico	R\$ 9.831.830,22	R\$ 12.416.587,44	126%
	Materiais e Serviços Finalísticos	R\$ 15.343.306,79	R\$ 17.924.272,64	117%
	Fundações e Instituições sem Fins Lucrativos	R\$ 649.249,48	R\$ 1.293.211,45	199%
	Despesa com Pessoal	R\$ 3.880.956,77	R\$ 3.696.272,32	95%
	Manutenção e Reforma	R\$ 542.572,95	R\$ 940.552,15	173%
	Ensino e Pesquisa	R\$ 0,00	R\$ 62.728,09	-
	Locação de Bens Móveis e Imóveis	R\$ 399.394,33	R\$ 387.985,35	97%
	Impostos e Contribuições	R\$ 18.476,48	R\$ 17.546,64	95%
CAPITAL	Máquina, Equipamentos e Mobiliário	R\$ 520.000,00	R\$ 797.838,25	153%
TOTAL		R\$ 31.185.787,02	R\$ 37.536.994,33	120%

Fonte: Pesquisa Documental 2018

Em pesquisa documental verificou-se que a execução orçamentária de 2016, utilizou-se do método quantitativo, sendo que, os resultados levam em conta o orçamento recebido no exercício de 2016, as despesas empenhadas e os restos a pagar no ano de 2016. No montante de **R\$ 37.536.994,33**, por natureza de despesa, sendo R\$ 14.969.399,51 referente o material de consumo; R\$ 21.769.756,57 de serviços; e R\$ 797.838,25 de material permanente.

Foi contatado, ainda, que os principais serviços demandados foram: alimentação, limpeza, apoio administrativo, vigilância e manutenção. Vale destacar que tais contratos permanecem vigentes até o momento de apuração da pesquisa, haja vista que são serviços continuados. Tais serviços significam o atendimento de demandas assistências e administrativas, uma vez que não devem ser interrompidos.

A projeção para previsão de gastos demonstrou, majoritariamente, conforme anexo A, a necessidade de demanda destinada a **Material de Consumo**: Hospitalar e

Farmacológico; e **Material Permanente**: Aparelhos, Equipamentos e Utensílios Médicos. Cabe destacar que, o valor de previsão e executado total representa uma distorção percentual de aproximadamente - 20% de necessidade de complementação em relação ao ano anterior. Em contrapartida, abaixo se analisa o Planejamento Orçamentário do ano de 2017:

Tabela 3. Planejamento Orçamentário do HU-UFJF de 2017

GRUPO DE NATUREZA DA DESPESA	MACROGRUPO GERENCIAL	PREVISÃO DE NECESSIDADE ORÇAMENTÁRIA P/ 2017	RESTOS A PAGAR	TOTAL PLANEJADO P/2017	EXECUTADO EM 2017	VARIÇÃO ENTRE PLANEJADO E EXECUTADO(%)
CUSTEIO	Despesa de Consumo não Finalístico	R\$ 13.056.915,45	R\$ 220.689,75	R\$ 13.277.605,20	R\$ 10.609.948,03	80%
	Materiais e Serviços Finalísticos	R\$ 12.926.316,15	R\$ 3.680.694,83	R\$ 16.607.010,98	R\$ 11.344.415,97	68%
	Despesa com Pessoal	R\$ 5.772.056,12	R\$ 0,00	R\$ 5.772.056,12	R\$ 5.379.859,56	93%
	Manutenção e Reforma	R\$ 4.561.357,97	R\$ 58.394,98	R\$ 4.619.752,95	R\$ 3.677.650,99	80%
	Ensino e Pesquisa	R\$ 704.792,47	R\$ 0,00	R\$ 704.792,47	R\$ 47.793,50	7%
	Locação de Bens Móveis e Imóveis	R\$ 17.546,64	R\$ 0,00	R\$ 17.546,64	R\$ 768.121,17	4378%
	Impostos e Contribuições	R\$ 607.875,00	R\$ 0,00	R\$ 607.875,00	R\$ 14.048,60	2%
CAPITAL	Máquina, Equipamentos e Mobiliário	R\$ 10.040.483,88	R\$ 0,00	R\$ 10.040.483,88	R\$ 1.588.471,93	16%
TOTAL		R\$ 47.687.343,68	R\$ 3.959.779,56	R\$ 51.647.123,24	R\$ 33.430.309,75	65%

Fonte: Pesquisa Documental (2018)

A planilha evidencia a necessidade orçamentária para atender as despesas de custeio e capital no exercício de 2017, bem como restos a pagar do ano anterior, considerando uma taxa de ocupação de 80% dos leitos, a previsão resultou no valor de **R\$ 51.647.123,24**.

A projeção para previsão de gastos demonstrou, igualmente como ocorrido no ano de 2016, a alta representatividade na demanda destinada a Material de Consumo e Material Permanente.

Contudo, vale destacar que a Prévia do Planejamento Orçamentário do ano de 2017 foi desenvolvida durante o ano anterior, ou seja, a confecção se deu em cenário *ex ante* à vigência da EC 95/2016.

Nota-se que previsão de demandas para 2017 demonstrou significativo aumento de aproximadamente 28% em relação ano anterior. O valor executado em 2017 representa 65% do valor planejado, ou seja, o orçamento “estourou” em índice menor ao de 2016 que era de 20%. Nesse ponto é possível verificar uma tentativa de tentativa de controle de gestão, haja vista as dívidas do ano anterior, bem como o aumento de demandas em saúde.

A tabela abaixo demonstra o planejamento orçamentário ocorrido no ano de 2017 para ser executado em 2018.

Tabela 4. Planejamento Orçamentário do HU-UFJF de 2018

GRUPO DE NATUREZA DA DESPESA	MACROGRUPO GERENCIAL	EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA 2017	PLANEJAMENTO ORÇAMENTÁRIO 2018
		TOTAL	TOTAL
CUSTEIO	Despesa de Consumo não Finalístico	R\$ 10.609.948,03	R\$ 13.478.918,95
	Materiais e Serviços Finalísticos	R\$ 11.344.415,97	R\$ 14.797.745,74
	Fundações e Instituições sem Fins Lucrativos	R\$ 0,00	R\$ 0,00
	Despesa com Pessoal	R\$ 5.379.859,56	R\$ 5.963.433,52
	Manutenção e Reforma	R\$ 3.677.650,99	R\$ 5.486.269,08
	Ensino e Pesquisa	R\$ 47.793,50	R\$ 0,00
	Locação de Bens Móveis e Imóveis	R\$ 768.121,17	R\$ 1.059.910,05
	Impostos e Contribuições	R\$ 14.048,60	R\$ 15.000,00
CAPITAL	Máquina, Equipamentos e Mobiliário	R\$ 1.588.471,93	R\$ 11.950.999,88
TOTAL		R\$ 33.430.309,75	R\$ 52.752.277,22

Fonte: Pesquisa Documental (2018)

Em pesquisa documental nota-se que o planejamento orçamentário foi orçado para o valor de **R\$52.752.277,22** para atender as demandas de custeio e investimentos na prestação de serviços de saúde da instituição. Contudo, no primeiro semestre do ano de 2018, a instituição foi informada da necessidade de se adequar as demandas no valor

compreendido até **37.536.994,33**, que se referia ao planejamento orçamentário do ano de 2016.

Ainda, em pesquisa documental constatou-se que o Planejamento Orçamentário aprovado para o ano de 2018 foi de aproximadamente **R\$27.577.679,00**, ou seja, inferior ao planejado no ano de 2016. Conforme análise anterior foi possível verificar que as contenções de financiamento no ano de 2016 resultaram em vultosos restos a pagar.

Por fim, o Planejamento orçamentário do Hospital Universitário sofreu ao longo do ano de 2017 dez alterações.

6.3 “52 milhões em 27 milhões?”: Oscilações do Planejamento Orçamentário do Hospital Universitário de Juiz de Fora após EC96/2016

Após EC 95/2016 temos que o cenário da gestão hospitalar sofre não apenas a redução de valores no processo de confecção do Planejamento Orçamentário, mas, também, ocorre a supressão de Contratos de Prestação de Serviços na tentativa de distribuir recursos financeiros para materiais de consumo hospitalar.

Em pesquisa documental evidenciou-se que dentre os 62 contratos atualmente vigentes ocorreram, aproximadamente, dez supressões de contratos de prestação de serviços continuados, ou seja, resultando na diminuição percentual de 16% do potencial atendimento de demandas (assistencial e administrativo) de saúde.

Esses contratos possuem objetos de: serviços de limpeza, apoio administrativo, alimentação, manutenção predial, manutenção de equipamentos médico-hospitalar, vigilância e análises laboratoriais.

Segundo (Rodrigues, 2011) as supressões podem impactar diretamente a qualidade do objeto licitado, tendo em vista que possibilita “provocar uma desnaturação do objeto originalmente licitado”. E, complementa: “Em verdade, a simples redução dos quantitativos licitados pode ser um sério indício de irregularidade e de falta de planejamento”. (RODRIGUES, P. 5. 2011).

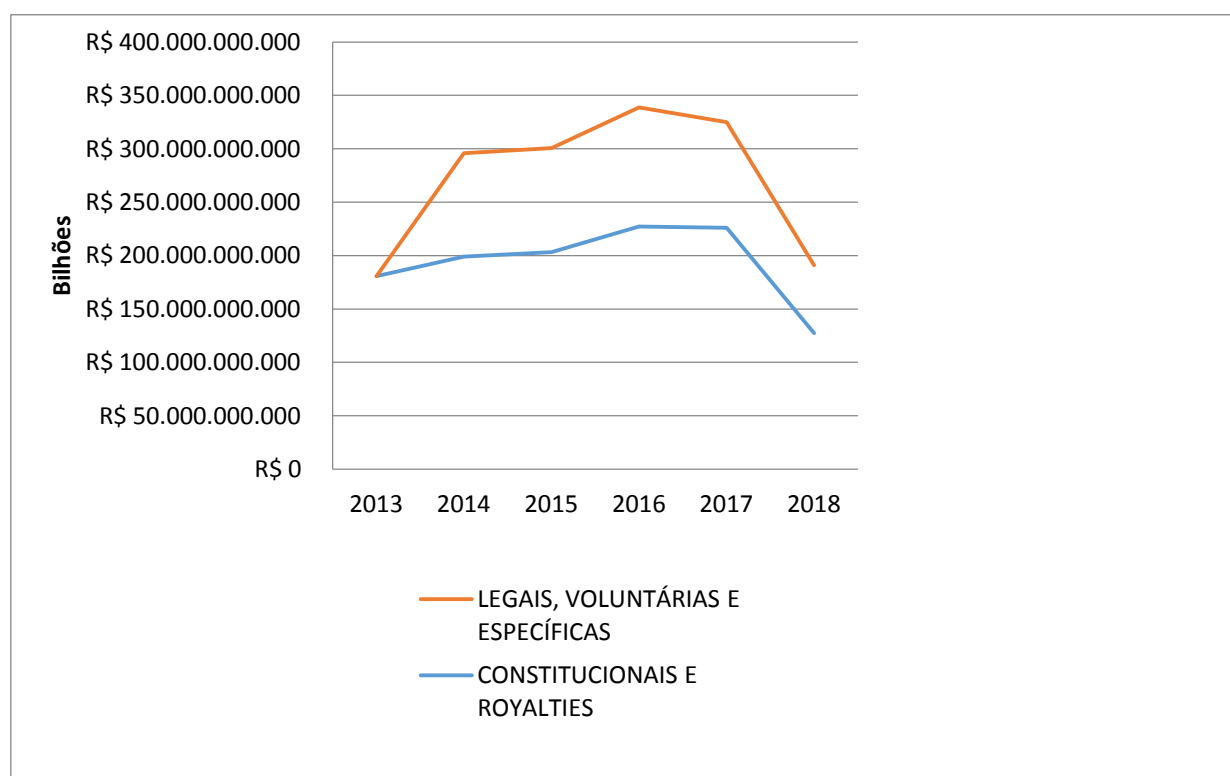
Conforme a Resolução nº 62/2017, Regimento Interno do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, em seu parágrafo 1ª dispõe: O HU-UFJF é gerido pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), em decorrência de Contrato de Gestão Especial nº 58/2014 de 19/11/2014 celebrado entre a UFJF e a Ebserh. Portanto, buscaram-se informações referentes ao planejamento orçamentário sítio da web da Ebserh, no Portal da Transparência; Dados Abertos; e Convênios e

Transferências, porém não foram encontradas informações dessas naturezas, uma vez que as páginas demonstram a seguinte informação: “em construção”.

O objetivo dessa busca nesses sítios era justamente o de evidenciar e comparar as deliberações orçamentárias pela Ebserh à UFJF, uma vez que foi possível encontrar em pesquisa documental apenas o valor aproximado e aprovado para o orçamento do ano de 2018, projetado, em 2017.

Nesse sentido, buscou-se pelo Portal da Transparência do Governo Federal o entendimento da evolução histórica de recursos públicos transferidos pela união e notou-se um declínio ascendente desde o ano de 2017, conforme a Figura 1 abaixo.

Figura Gráfico 1. Evolução Histórica de Recursos Públicos Transferidos pela União (2013 a 2018)



Fonte: Portal da Transparência (2018).

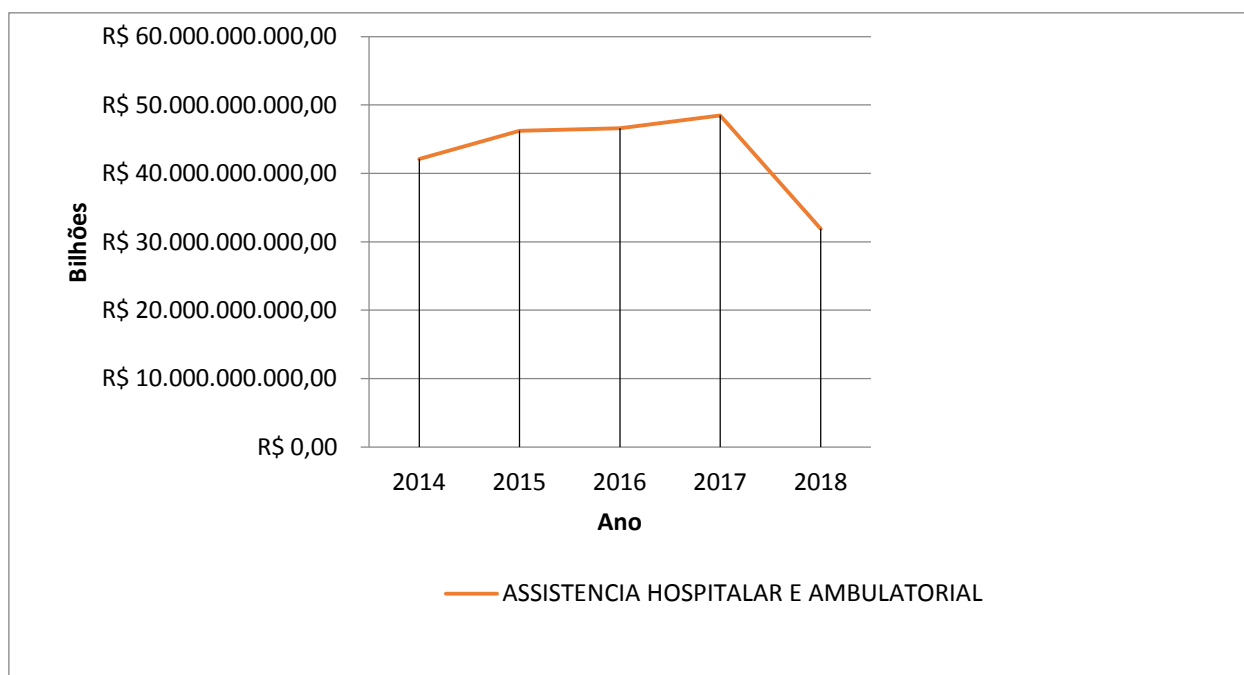
Percebe-se que as transferências legais, voluntárias e específicas declinam de modo acentuado, principalmente, entre os anos de 2016, 2017 e 2018. Ano esse que ocorre expressiva diminuição de transferências financeiras. Ainda, as transferências constitucionais e royalties também decrescem com maior intensidade no mesmo período das legais, voluntárias e específicas.

As transferências referem-se aos valores transferidos pela União para estados, municípios, organizações sem fins lucrativos e outros.

Algumas dessas transferências são voluntárias, como parte das políticas públicas federais, enquanto outras são obrigatórias por determinação de lei ou pela própria Constituição (Portal da Transparência, 2018).

Buscando aprofundar o entendimento sobre os investimentos em saúde, analisou-se a evolução histórica da execução das despesas na assistência à saúde, especificamente, em assistência hospitalar e ambulatorial, visto que o Planejamento orçamentário do HU-UFJF necessita de maiores investimentos de característica Hospitalar e Farmacológica. O gráfico abaixo demonstra a evolução compreendida entre os anos de 2013 a 2018.

Gráfico 2. Evolução Histórica da Execução das Despesas na Área da Saúde: Assistência Hospitalar e Ambulatorial (2014 a 2018)



Fonte: Portal da Transparência (2018)

Verifica-se que as despesas na área da saúde evoluíram na ordem aproximada de 40 bilhões até o ano de 2017. A partir dessa data nota-se um acentuado declínio nos gastos em saúde entre o ano de 2017 e 2018. Ora. Os gastos em saúde significam investimentos, uma vez que a execução de despesa se traduz no custeio de prestação de serviços públicos.

Os planejamentos orçamentários do hospital universitário demonstrados possibilita compreender que os gastos em saúde podem ser, essencialmente, de custeio ou de capital haja vista a atenção da supremacia do interesse público.

Complementarmente, buscou-se analisar as Prestações de Contas do Fundo Nacional de Saúde em relação às transferências e repasses financeiros, porém não foram disponibilizadas publicamente, uma vez que o sítio está desatualizado desde o ano de 2016, ano em que ocorreu a última emissão do relatório. Portanto, não foi possível analisar os dados controlados pelo Ministério da Saúde, em que se pactuam os atos normativos do SUS.

Tal Prestação de Contas é realizada pelo Ministério da Saúde, objetivando a comprovação da aplicação dos recursos repassados pelo Fundo Nacional de Saúde aos fundos de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios deverá ser encaminhada para o Ministério da Saúde, por meio do Relatório de Gestão, que deve ser elaborado anualmente e submetido ao respectivo Conselho de Saúde para aprovação. (SAUDE, 2018).

A análise *ex ante* e *ex post* em relação à EC 95/2016 retrata contextos díspares: pois ao passo que se nota a manutenção de gastos ou mesmo ascensões de transferências de recursos (legais, voluntários e específicos), bem como evolução crescente das demandas pelos planejamentos orçamentários no contexto *ex ante*; ocorre diminuição de gastos e transferências (legais e constitucionais), bem como impacto direto nas prestações de serviços assistenciais haja vista a supressão de contratos do HU-UFJF no contexto *ex post*.

A correlação entre a tese *keynesiana* e a realidade estabelecida pela Lei de Responsabilidade Fiscal de Crepaldi (p. 10, 2013) que tratam da geração das despesas, geram mecanismos de controle dos gastos públicos, considerando tanto os gastos de custeio e capital. Tal realidade não pode ser dissociada da governabilidade do gestor, uma vez que poderá fomentar por meio da legalidade atos que fortaleça o ato político.

Portanto, respondendo a questão proposta neste trabalho, é possível verificar que a atividade fiscal desempenhada por órgãos públicos impacta diretamente na aplicação de recursos para custeio e investimentos de serviços e políticas públicas. Que no caso da gestão hospitalar, gera impactos pontuais no subfinanciamento da saúde pública.

Além disso, temos que a vinculação de recursos da EC 95/2016 não aumentou o montante de recursos para o financiamento do S.U.S no âmbito do HU-UFJF até o ano de 2017, cujo planejamento orçamentário foi projetado para 2018 com redução percentual de 21% em relação ao contexto *ex ante* à vigência da EC 95/2016.

É possível depreender da EC 95/2016 a pretensão de corte dos gastos, haja vista o declínio de gastos em saúde pelo Governo Federal, que se traduz na minimização de

investimentos. No contexto do HU-UFJF, por exemplo, foi possível verificar a necessidade de se realizar sucessivas supressões contratuais que resultaram em dez aditativos de contratos no sentido de diminuir, em 16%, o quantitativo de serviços prestados ao hospital, visando economicidade.

Essa diminuição pode impactar diretamente os serviços de limpeza, apoio administrativo, alimentação, manutenção predial, manutenção de equipamentos médico-hospitalar, vigilância e análises laboratoriais, uma vez que os contratos possuem como objeto tais prestações de serviços.

No caso do HU-UFJF, por se tratar de um hospital de ensino ainda possui desafios de ser um local de referência de atenção à saúde, destinado ao atendimento de alta complexidade, formação de profissionais de saúde, desenvolvimento tecnológico, objetivando a integração em rede de serviços de saúde, bem como consolidar a rede S.U.S.

O *milagre* da manutenção da gestão hospitalar no âmbito do hospital de ensino (HU-UFJF) ocorre a partir das ações dos gestores que precisam lidar com déficits orçamentários, graves desabastecimento de medicamentos e condições inadequadas de trabalho, a limitação de custeio, limitação de autonomia da instituição para tomadas de decisões advindas da contratualização, diminuição de transferências governamentais de recursos para financiamento de políticas públicas e necessidade de diminuição de gastos sem que impactar diretamente na qualidade dos serviços de saúde.

Por fim, depreende-se que os desafios de institucionalização do S.U.S. tornam-se um desafio maior, tendo em vista o crescimento progressivo de demandas com a prestação de serviços de saúde descompassadas com a diminuição de investimentos nessas políticas públicas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse trabalho teve como objeto a análise das possíveis implicações da EC 95/2016 na política pública de saúde fomentada por um hospital público de ensino, considerando seus aspectos financeiros e assistenciais.

A análise dos Planejamentos Orçamentários do HU-UFJF, juntamente com as séries históricas de gastos em saúde pelo Governo Federal, permitiu observar as limitações em relação a investimentos em saúde pública, os quais, inclusive, impactam negativamente o Orçamento do hospital universitário.

Vale destacar que, para além de qualquer disputa ideológica, cabe a análise da construção social do S.U.S., bem como as garantias constitucionais que são delegadas à saúde como sendo dever do estado. Observa-se, ainda, que em contexto *ex post* à EC 95/2016, as necessidades de supressões contratuais demonstram o cenário de precariedade financeira evidenciada pela diminuição de investimentos em saúde, que logo se percebe, no primeiro ano após a vigência da EC, e que se acentua de modo abrupto no ano de 2018. Além disso, ocorre a necessidade de adequação do Planejamento Orçamentário do ano de 2018 em conformidade ao valor inferior ao planejado em 2016, apresentando relativa retração de 48%.

É possível depreender que o percentual de aproximadamente 16% dos 62 contratos vigentes no hospital sofreu supressão, desse modo, poderá impactar diretamente os serviços de saúde, visto que são contratos de caráter continuado com objetos essenciais à manutenção da gestão hospitalar, bem como são de significativa demanda nos Planejamentos Orçamentários.

Nesse sentido, apesar de distintos posicionamentos acerca das repercussões da EC95/2016, é notório observar os desafios dos gestores hospitalares diante de um cenário de instabilidade no repasse de recursos públicos para gestão da saúde.

Para tanto, o desafio do gestor de hospitais públicos encontra-se em atender às demandas assistências e administrativas, conforme as disposições normativas e constitucionais, bem como garantir qualidade nos gastos públicos com eficiência e eficácia. Porém, gastando cada vez menos, visto que os índices têm demonstrado a contínua diminuição de investimentos em políticas públicas de saúde.

Acredita-se que o profissional de gestão em saúde pública deve ser dinâmico, com formação contínua e interdisciplinar, haja vista a sofisticação dos níveis de gerenciamento desse tipo de instituição.

Essa pesquisa demonstra como fator limitante a inacessibilidade de dados da própria instituição em relação às principais demandas de serviços continuados projetados para 2018, bem como de informações de descentralizações financeiras não disponibilizadas nos sítios públicos. Porém, tentou-se demonstrar, por intermédio de evidências documentais, projeções que possibilitam a análise orçamentária da instituição.

Não obstante, sob aspectos de gerenciamento hospitalar, é possível perceber que essa pesquisa contribui para a compreensão da relação entre as funções econômicas de governo e suas implicações diretas no orçamento público de um hospital universitário, essencialmente no Planejamento Orçamentário organizacional. Cujas políticas públicas de saúde dependem de financiamento e investimentos para sua manutenção, que no caso hospitalar, necessita de observância constante nas limitações de recursos para capital e custeio.

Numa perspectiva histórica, em 1964, ocorre o golpe militar, que interrompe os processos de emancipação da saúde pública por 20 anos. E, nesse íterim, cabe a reflexão nos tempos atuais em relação ao congelamento dos investimentos em saúde, haja vista a vinculação da EC 95/2016 ao financiamento da saúde pública, por meio de limitações orçamentárias que demonstram ser insuficientes para despesas de custeio e de capital.

Por fim, ao longo da história do S.U.S., é possível notar que ações políticas repercutem na gestão pública da saúde. Desse modo, mudanças nas práticas políticas podem contribuir para superação de condicionantes negativos repercutidos na sociedade brasileira. Ora, a justiça social é consolidada pela tutela constitucional, norma essa, que garante a saúde como direito de todos.

REFERÊNCIAS

BARATA, L. R. B.; MENDES, J. D. V.; BITTAR, O. J. N. V. **Hospitais de ensino e o Sistema Único de Saúde**. Revista de administração em saúde, São Paulo, v. 12, n. 46, p. 7- 14, jan./mar. 2010.

BERTOLOZZI, Mari a Rita; GRECO, R. M. **As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais**. Rev. Esc. Enf. USP, v.30, n.3, p.380-98, dez. 1996. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v30n3/v30n3a04>. > Acesso em: 08 jun. 2018.

BEZERRA FILHO, João Eudes. **Orçamento aplicado ao setor público: abordagem simples e objetiva** com a Constituição Federal, Lei no 4.320/64, LRF e Portarias da SOF/STN-MCASP. – 2. ed. – São Paulo: Atlas, 2013.

BRASIL. Congresso Nacional (2000). **Lei Complementar, no. 101, 4 maio 2000**. LFR – Lei de Responsabilidade Fiscal, Brasília, 24 p., maio 2000a .

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988**. Diário Oficial da União, [Brasília], 5 out. 1988.

CATAPAN, Anderson; BERNARDONI, Doralice Lopes; CRUZ, June Alisson Westarb. **Planejamento e orçamento na administração pública**. 2 ed. Curitiba: Intersaberes, 2013. Série Gestão Pública.

CREPALDI, Silvio Aparecido; CREPALDI, Guilherme Simões. **Orçamento público: planejamento, elaboração e controle**. 1. ed. – São Paulo: Saraiva, 2013.

CULAU, Ariosto Antunes; FORTIS, Martin Francisco de Almeida. **Transparência e controle social na administração pública brasileira: avaliação das principais inovações introduzidas pela Lei de Responsabilidade Fiscal**. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DEL CLAD SOBRE LA REFORMA DEL ESTADO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, 11, Guatemala, nov. 2006. Disponível em: <<http://bvc.cgu.gov.br/bitstream/123456789/1904/1/0055406.pdf>>. > Acesso em: 05 mai. 2018.

DEPUTADOS, Câmara dos. Proposta de Emenda à Constituição. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal. 2016. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2088351> Acesso em: 04 mai. 2018.

FRANÇA, Patrícia da Silva. **Os Fundamentos da Democracia: Análise das Teorias Democráticas de Aristóteles, Kelsen e Bobbio**. Disponível em: <

http://www3.pucrs.br/pucrs/files/uni/poa/direito/graduacao/tcc/tcc2/trabalhos2007_2/Patricia_Silva.pdf. > Acesso em: 08 jun. 2018.

GERHARDT, Tatiana Engel. **Métodos de Pesquisa**. 1. Ed. Rio Grande do Sul: UAB/UFRGS, 2009. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf> > Acesso em: 08 jun. 2018.

GIACOMONI, James **Orçamento público** / James Giacomoni. – 17. ed. revista e atualizada – São Paulo: Atlas, 2017.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GONÇALVES, Ernesto Lima. **Gestão Hospitalar: Administrando o Hospital Moderno**. São Paulo: Saraiva, 2006.

HOSPITALARES, Empresa Brasileira de Serviços; FORA, Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de e PESQUISA, Instituto Sório-Libanês de Ensino e . **Plano Diretor Estratégico do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora**. São Paulo, 2015. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/documents/222346/866032/PDE+2016-2017/97c32d71-f02f-43ca92cf-baab2ffb2560> > Acesso em: 15 mai. 2018.

HOYLER et al. **Plano Diretor Estratégico do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro – HC-UFTM**. 2014. Disponível em: http://www.ebserh.gov.br/documents/147715/148046/plano+diretor.pdf/52510c9d-c6e3-410c-8d09-a2a3dbcbbc16_> Acesso em: 18 jul. 2018.

JUIZ DE FORA, Universidade Federal de. Resolução nº62/2017. **Regimento Interno do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora**. Disponível em: <http://www.ufjf.br/consu/files/2017/03/Resolu%C3%A7%C3%A3o_62.2017_CONSU_Regimento-do-Hospital-Universit%C3%A1rio-Texto-Aprovado.pdf____> Acesso em: 20 jul. 2018.

MARIANO, Cynara Moneito. **Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre**. Ceará: Universidade Federal do Ceará. Revista de Investigações Constitucionais, Curitiba, vol. 4, n. 1, p. 259-281, jan./abr. 2017. Disponível em: <file:///C:/Users/hu/Downloads/50289-195745-1-PB.pdf>.

NERIO, Valéria Romão. **Avaliação Da Política Pública De Fomento Às Me E Epp: Um Estudo De Caso Sobre Aquisições No Hu-Ufjf/Ebserh**. Residência em Gestão Hospitalar da UFJF. XXVIII ENANGRAD. Brasília. Disponível em: http://www.enangrad.org.br/2017/pdf/2017_ENANGRAD408.pdf_> Acesso em: 19 jul. 2018.

ORITA, Patrícia Tiemi Kikuti. **O Ensino Hospitalocêntrico: a saúde mental e a sexualidade**. Universidade Estadual de Maringá Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes Programa de Pós-Graduação. Maringá. 2013. Disponível em: http://www.dfe.uem.br/Especial-4/trabalhos/Patricia_Tiemi_Kikuti.pdf

PADOVEZE, Clóvis Luís. **Planejamento Orçamentário** – 2 ed. Cengage Learning. São Paulo.

PIOLA, SF., et al. **Estruturas De Financiamento E Gasto Do Sistema Público De Saúde**. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 4. pp. 19-70.

PROCOPIUCK, Mario **Políticas públicas e fundamentos da administração pública: análise e avaliação, governança e redes de políticas, administração judiciária**. São Paulo: Atlas, 2013.

RAMOS, André Paiva. **O quadro fiscal e o novo regime fiscal (EC 95): potenciais impactos para o desenvolvimento do Brasil**. Minas Gerais: Unifal. 2016. Disponível em:

<https://sep.org.br/trabalhos_aprovados/Trabalhos%20para%20o%20site/Area%203/33.pdf. > Acesso em: 01 jun. 2018.

RODRIGUES, Raimilan Seneterri da Silva. **Acréscimos e supressões em contratos públicos: uma leitura a partir do princípio da proporcionalidade**. Revista do TCU. 2011. Disponível em: < revista.tcu.gov.br/ojs/index.php/RTCU/article/view/162/159 > Acesso em: 08 jun. 2018.

ROMERO, Luiz Carlos. **O Sistema Único de Saúde: um capítulo à parte**. Disponível em: < <https://www12.senado.leg.br/publicacoes/estudos-legislativos/tipos-de-estudos/outras-publicacoes/volume-v-constituicao-de-1988-o-brasil-20-anos-depois.-os-cidadãos-na-carta-cidade/seguridade-social-o-sistema-unico-de-saude-um-capitulo-a-parte>. > Acesso em: 08 jun. 2018.

ROSSI, Pedro; DWERK, Esther. **Impactos do Novo Regime Fiscal na saúde e educação**. Cad. Saúde Pública. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n12/1678-4464-csp-32-12-e00194316.pdf>. > Acesso em: 15 jul. 2018.

SALU, Enio Jorge. **Administração Hospitalar no Brasil**. Barueri, SP: Manole, 2013.

SANTOS, N. R. **Sistema Único de Saúde – 2010: espaço para uma virada**. O Mundo da Saúde, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 8-19, 2010.

SANTOS, N. R. **Sistema Único de Saúde – 2010: espaço para uma virada**. O Mundo da Saúde, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 8-19, 2010.

SAÚDE, Conselho Nacional de Secretários de - CONASS. **A Gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2015. 133 p.

SOARES, Adilson. SANTOS, Nelson Rodrigues dos. **Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n100/0103-1104-sdeb-38-100-0018.pdf>> Acesso em: 20 jun. 2018.

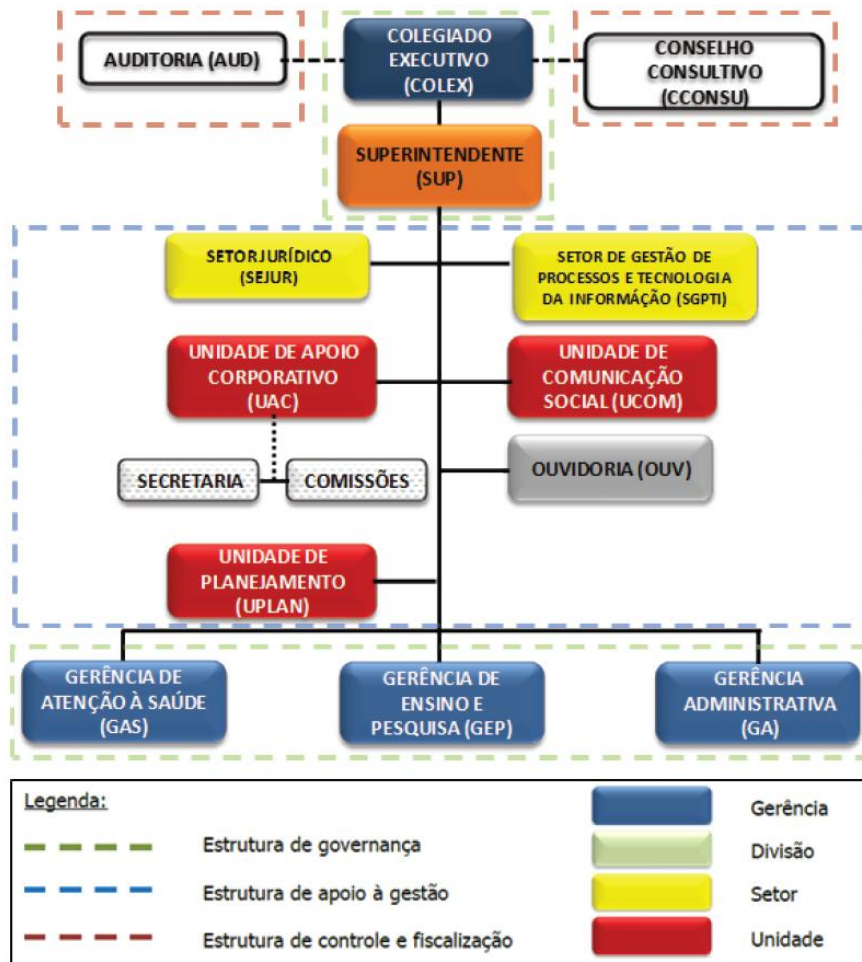
VIEIRA, Fabiola Supino; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá e. **O Direito à Saúde no Brasil em Tempos de Crise Econômica, Ajuste Fiscal e Reforma Implícita do Estado**. Disponível em: O Direito à Saúde no Brasil em Tempos de Crise Econômica, Ajuste Fiscal e Reforma Implícita do Estado. Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas V.10 N.3 2016. Disponível:

<<http://periodicos.unb.br/index.php/repam/article/viewFile/21860/pdf>. > Acesso em: 08 jun. 2018.

YIN, Robert K. **Estudo de Caso**. 2 ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

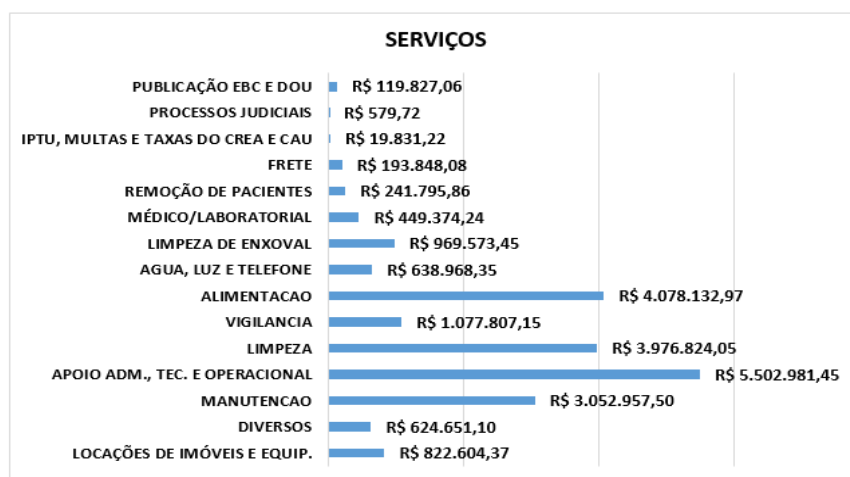
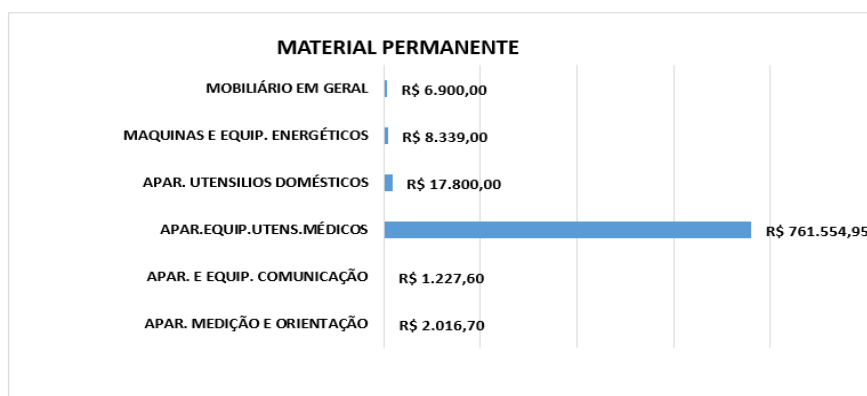
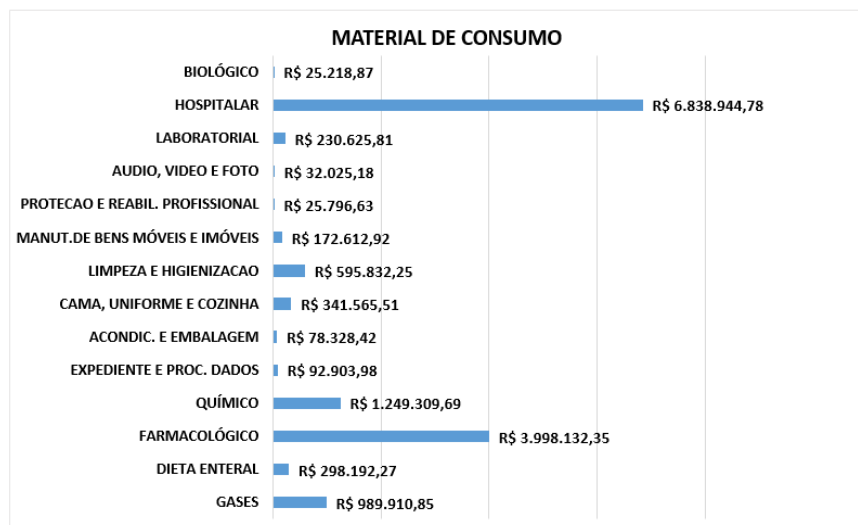
ANEXOS

ANEXO A – ORGANOGRAMA VIGENTE NO HU-UFJF A PARTIR DE 2015



Fonte: Plano Diretor Estratégico 2016-2017

ANEXO B – PREVISÃO DE DEMANDAS POR SERVIÇO E MATERIAL PERMANENTE EM 2016



ANEXO C – GLOSSÁRIO DE DESPESAS POR GRUPO DA NATUREZA DE DESPESA E MACROGRUPO GERENCIAL

- **Despesa com Pessoal:** Contratos com dedicação exclusiva de mão-de-obra realizados pelo HU-UFJF (serviços de almoxarifado, recepção, digitação e contínuo, por exemplo);
- **Despesa de Consumo não Finalístico:** Água, Luz e Esgoto, Telefonia, Materiais e Serviços de Alimentação e Cozinha, Materiais e Serviços de Limpeza, Vigilância e Segurança, Materiais de expediente e processamento de dados, Materiais/Serviços de Tecnologia da Informação, Indenizações e Sentenças Judiciais, Serviços de frete e comunicação;
- **Impostos e Contribuições:** IPTU (CAPS e Galpão);
- **Locação de Bens Móveis e Imóveis:** locações para funcionamento do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); do galpão (para guarda de bens permanentes e inservíveis); locação de veículo para transporte de carga de material esterilizado e cargas ordinárias; locação de equipamentos médico-hospitalares;
- **Manutenção e Reforma:** aquisições de materiais e serviços para manutenção do Hospital (manutenção de elevador, ar-condicionado, por exemplo);
- **Máquina, Equipamentos e Mobiliário:** Máquinas, Equipamentos e Mobiliários finalísticos e não finalísticos.
- **Materiais e Serviços finalísticos:** Gás (exceto GLP), Material Farmacológico, Material Médico Hospitalar, Químico, Outros Materiais/Serviços Finalísticos;
- **Obras em andamento:** Instalação do Laboratório de Biologia Molecular.