



**Universidade Federal de Pernambuco  
Centro de Ciências Sociais Aplicadas  
Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde**

**ITAMAR CASSIMIRO HENRIQUE**

**Atualização e qualificação de dados no uso de tecnologia da  
informação: avaliação do SIOPS e capacitação de gestores  
municipais**

**Recife**

**2014**

**ITAMAR CASSIMIRO HENRIQUE**

**Atualização e qualificação de dados no uso de tecnologia da  
informação: avaliação do SIOPS e capacitação de gestores  
municipais**

**Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa  
de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde  
da Universidade Federal de Pernambuco, para a  
obtenção do Título de Mestre em Gestão e Economia  
da Saúde.**

**Orientadora: Profa. Dra. Adriana Falangola Benjamin Bezerra**

**Recife**

**2014**

Catálogo na Fonte  
Bibliotecária Ângela de Fátima Correia Simões, CRB4-773

H519a Henrique, Itamar Cassimiro  
Atualização e qualificação de dados no uso de tecnologia da  
informação: avaliação do SIOPS e capacitação de gestores municipais /  
Itamar Cassimiro Henrique. - Recife: O Autor, 2014.  
82 folhas : il. 30 cm.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Adriana Falangola Benjamin Bezerra.  
Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde) –  
Universidade Federal de Pernambuco, CCSA, 2014.  
Inclui referências.

1. Sistemas de informação gerencial. 2. Orçamento municipal. 3.  
Administradores dos serviços de saúde - Avaliação. 4. Serviço de saúde  
(Avaliação). I. Bezerra, Adriana Falangola Benjamin (Orientadora). II.  
Título.

331 CDD (22.ed.)

UFPE (CSA 2015 – 014)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS ECONOMICAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E ECONOMIA DA SAÚDE

PARECER DA COMISSÃO EXAMINADORA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO  
DO MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO E ECONOMIA DA SAÚDE DE:

## **Itamar Cassimiro Henrique**

A Comissão Examinadora, composta pelas professoras abaixo, sob a presidência da primeira, considera o candidato Itamar Cassimiro Henrique **APROVADO**.

Recife, 29 de outubro de 2014.

---

**Profa. Dr<sup>a</sup>. Islândia Maria Carvalho de Sousa**  
**Examinadora Externa / Fiocruz**

---

**Profa. Dr<sup>a</sup>. Umbelina Cravo Teixeira Lagioia**  
**Examinadora Interna**

---

**Profa. Dr<sup>a</sup>. Nilcema Figueiredo**  
**Examinadora Externa**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**  
**Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde**

**CLASSIFICAÇÃO DE ACESSO A TESES E DISSERTAÇÕES**

Considerando a natureza das informações e compromissos assumidos com suas fontes o acesso às dissertações do Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco é definido em 3 graus:

- Grau 1: Livre (sem prejuízo das referências ordinárias em citações diretas e indiretas);
- Grau 2: Com vedação à cópias, no todo ou em parte, sendo em consequência, restrita a consulta em ambientes de biblioteca com saída controlada;
- Grau 3: Apenas com autorização expressa do autor, por escrito, devendo por isso, o texto só confiado à bibliotecas que assegurem a restrição, sendo mantido em local sob chave ou custódia.

**A classificação desta dissertação se encontra, abaixo, definida por seu autor.**

**Solicita-se aos depositários e usuários sua fiel observância, a fim de que se preservem as condições éticas e operacionais da pesquisa científica.**

---

Título da Dissertação: Atualização e qualificação de dados no uso de tecnologia da informação: avaliação do SIOPS e capacitação de gestores municipais.

Nome do Autor: Itamar Cassimiro Henrique

Data da aprovação: 29 de outubro de 2014

Classificação, conforme especificação descrita:

Grau 1

Grau 2

Grau 3

Recife, 29 de outubro de 2014

---

Assinatura do autor

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**  
**Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde**

**REITOR**

Prof. Dr. Anísio Brasileiro de Freitas Dourado

**VICE-REITOR**

Prof. Dr. Silvio Romero de Barros Marques

**PRÓ-REITOR PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

Prof. Dr. Francisco de Sousa Ramos

**DIRETOR DO CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS**

Prof. Dr. Jeronymo José Libonati

**VICE- DIRETOR DO CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS**

Prof. Dr. Denílson Bezerra Marques

**COORDENADORA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E  
ECONOMIA DA SAÚDE**

Profa. Dra. Tatiane Almeida de Menezes

**VICE- COORDENADORA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO  
E ECONOMIA DA SAÚDE**

Profa. Dra. Maíra Galdino da Rocha Pitta

Dedico esse trabalho ao meu resumido núcleo familiar: à minha Mãe Célia e à minha Tia Suzete, que mesmo sem saberem muito bem o que tanto eu lia e estudava não cessaram com as orações para que tudo desse certo.

E uma dedicatória especial à nossa mascote Leona, que esteve vigilante, junto à mesa de estudo em todas as madrugadas que passei lendo, mas que infelizmente deixou de nos alegrar com seus sorrisos em forma de latidos.

## AGRADECIMENTOS

Só podemos ter a convicção do que seremos se não esquecermos dos caminhos que já trilhamos. Nessa jornada as dádivas e dons divinos nos surgem através de boas amizades.

Esses agradecimentos começaram a ser rabiscados no início do mestrado, sempre anotando alguns nomes para não correr o risco de esquecer de ninguém, mas se isso ocorrer não terá sido falta de importância, mas sim por falta de memória.

Agradeço a toda minha família: mãe Célia, tia Suzete pelo cuidado e carinho. Aos tios Fernando e Zuleica pelo apoio, aos primos Filipe, Emanuel, Luciana, Fernanda, Eduardo, Letícia e Gabi pela torcida.

Às minhas irmãs, cunhado, sobrinhos Suzana e Gustavo, pai e madrasta pelo afeto.

Aos amigos que mais torcem por mim aqui representados por: Betão, Sandro, Renan, Gleyce, Eduardo, Carlos, Marcos, Karina, Morgana, Alcieros.

Aos incentivadores e motivadores colegas de trabalho da Secretaria Estadual de Saúde representados por Vaneide e Wagner Alexandre, do Planejamento de Recife representados por Fábio e Márcia Virgínia e de Ipojuca representados por Cristina, Catão, Zelma, Elaine, Sylvia, Juliana, Antônio Leite e Amato.

Aos colegas de turma, aqui representados por Flavio, Saulo, Flávia, Juliana, Sheyla, Luciana, Socorro e Roseane, cuja parceria e perseverança foram a base do êxito nessa jornada.

Especial agradecimento ao Ministério da Saúde, na pessoa da Prof<sup>a</sup> Fabiola Sulpino, por entender a importância de investir numa área de tanta importância da gestão em saúde.

Agradecimento à coordenação do programa na pessoa da Prof<sup>a</sup> Tatiane Menezes além de um agradecimento póstumo à Prof<sup>a</sup> Sueli Galdino pela imensa importância que teve ao plantar a semente desse Curso de Mestrado que ora dá os seus primeiros frutos.

Sincero agradecimento às professoras Umbelina Lagioia, Islândia Sousa, Nilcema Figueiredo e Keila Brito pela pronta disponibilidade em compor a banca de avaliação desse trabalho, além dos ensinamentos que me proporcionaram nessa estrada chamada SUS.

Por fim agradeço aos preciosos ensinamentos da minha orientadora, professora Adriana Falangola, cujos conhecimentos me proporcionaram o privilégio de a cada conversa crescer enquanto pessoa, trabalhador do SUS e com orgulho me sentir um eterno aprendiz.

Etimologicamente, em latim a palavra “trabalho” é *labor*. O “trabalho” em nosso idioma deriva da ideia de *tripalium*, que dentro do latim vulgar é o termo que denomina um instrumento destinado a efetuar castigos físicos. Não sendo raro relacionar-se o trabalho ao sofrimento. Mas a gente tem de substituir esse sentido pela ideia da obra de cada um, que os gregos chamavam de *poiesis*, que significa minha obra, aquilo que faço, que construo, em que me vejo. A minha criação, na qual crio a mim mesmo na medida em que crio o mundo.

Mario Sérgio Cortella

## RESUMO

O Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde – Siops, sendo a ferramenta oficial de registro e monitoramento da aplicação de recursos em saúde, tem merecido especial atenção, a partir da vigência de 2013, com a Lei Complementar 141 de 13 de janeiro de 2012 e a Portaria nº 53 de 16 de maio de 2013. Foram estabelecidos novos prazos de alimentação e sanções aos municípios inadimplentes, inclusive com bloqueio de recursos. Objetivos - Verificar a adimplência e regularidade dos dados informados ao Siops no período de 2006 a 2013, de acordo com a nova legislação vigente; traçar o perfil dos gestores municipais de saúde entrevistados e avaliar como os gestores utilizam os dados gerados pelo Siops na gestão. Metodologia - A pesquisa configura-se como qualitativa, tendo caráter exploratório – descritivo. O ambiente do estudo foi o estado de Pernambuco, o qual é constituído por 184 municípios, subdivididos em 12 regiões de saúde. A coleta de dados qualitativos se deu por meio de entrevistas semi estruturadas com 24 secretários de saúde dos municípios de maior e o de menor investimento de recursos próprios per capita na saúde. Como resultado, foi possível observar que por ocasião das mudanças na legislação que regem a alimentação do Siops houve uma redução na inadimplência da sua alimentação, de 46% na 1ª vigência de 2012 para no máximo 8,7% em todas as 6 vigências de 2013. Sobre o perfil dos entrevistados, observou-se que 71% dos gestores eram mulheres com idade média de 45 anos, os 21% restantes do sexo masculino tinham idade média de 50 anos. Quanto à escolaridade, 87% dos entrevistados tinham especialização ou mestrado. O tempo médio de experiência desses gestores na saúde pública é de 16 anos. Sendo que, 14 dos 24 gestores estão no cargo de secretários de saúde pela primeira vez. Sobre os conhecimentos dos gestores acerca do Siops, 67% dos gestores afirmaram conhecer o Siops, no mínimo, razoavelmente, enquanto 33% disseram conhecê-lo pouco. Foi observado também que em 63% dos municípios a alimentação do Siops é feita fora da secretaria de saúde, por empresas de contabilidade. Apesar de 80% dos gestores afirmarem que houve uma maior aproximação entre o Gestor e quem alimenta o sistema, o estudo mostra que essa relação é frágil e precária.

### PALAVRAS CHAVE:

Sistemas de Informação, Orçamentos, Gestão em Saúde, Gestor de Saúde

## ABSTRACT

The System Information Public Health Budgets - Siops, with an official tool of recording and monitoring the implementation of health resources, has received special attention from the 2013 term, with 141 Complementary Law, by January 13, 2012 and Ordinance No. 53 of 16 May 2013. New power deadlines and penalties on delinquent municipalities were established, including resource block. Goals - Check the compliance and regularity of the data reported to Siops in the 2006-2013 period, according to the new law; plot the municipal health service managers interviewed and assess how managers use the data generated by Siops management. Methodology - The research appears as qualitative, and exploratory - descriptive. The study setting was the state of Pernambuco, which consists of 184 municipalities, divided into 12 health regions. The collection of qualitative data was collected through semi-structured interviews with 24 health secretaries of the municipalities most and the least investment of own resources per capita on health. As a result, it was observed that on the occasion of changes in legislation governing the Siops power there was a reduction in default of its power from 46% in 1st term 2012 to a maximum of 8.7% in all 6 coverage periods 2013 . About the profile of respondents, it was observed that 71% of managers were women with a mean age of 45 years, the remaining 21% males had a mean age of 50 years. As for education, 87% of respondents had expertise or master's degree. The average length of experience of these managers in public health is 16 years. Since 14 of the 24 managers are in charge of health secretaries for the first time. On the knowledge of managers about Siops, 67% of managers said they knew the Siops at least reasonably, while 33% said they know him little. It was also observed that in 63% of municipalities the power to the Siops is provided outside the health department, by accounting firms. Although 80% of managers claim that there was a closer relationship between the manager and who feeds the system, the study shows that this relationship is fragile and precarious.

**Keywords:** Information Systems, Budgets, Health Management, Health Manager

## LISTA DE TABELAS E QUADROS

<b>Tabela 1</b> –	Distribuição percentual da percepção dos gestores municipais sobre a Importância do Siops para a Gestão em Saúde – Pernambuco, 2013.....	52
<b>Tabela 2</b> –	Distribuição percentual da percepção dos gestores municipais sobre os Siops enquanto instrumento de apoio a Gestão – Elaboração do Relatório Anual de Gestão – Pernambuco, 2013.....	60
<b>Tabela 3</b> –	Distribuição percentual da percepção dos gestores municipais sobre a Implantação da Certificação Digital – Pernambuco, 2013.....	65
<b>Quadro 1</b> –	Despesa Total Saúde/Habitante por Ano (Valores Máximos e Mínimos Municipais) – Pernambuco, 2006-2013.....	39
<b>Quadro 2</b> –	Participação dos gestores municipais entrevistados em Cursos e Capacitações – Pernambuco, 2013.....	42
<b>Quadro 3</b> –	Percentuais das respostas sobre quem monitora os dados do SIOPS no Município – Pernambuco, 2013.....	56
<b>Quadro 4</b> –	Opinião dos gestores sobre qual deveria ser o percentual de recursos municipais aplicados em saúde – Pernambuco, 2013.....	59
<b>Quadro 5</b> –	Setor(es) responsável(is) pela elaboração da Lei Orçamentária Anual - LOA – Pernambuco, 2013.....	63

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b>	– Total de municípios (PE) que não informaram dados ao Siops de 2006 a 2012 (1ª e 2ª vigência semestral).....	41
<b>Gráfico 2</b>	– Total de municípios (PE) que não informaram dados ao Siops em 2013 (vigência bimestral).....	43
<b>Gráfico 3</b>	– Distribuição Gestores Municipais de Saúde por Gênero (M=Masculino e F=Feminino) – Pernambuco, 2013.....	44
<b>Gráfico 4</b>	– Distribuição dos gestores entrevistados segundo nível de formação (escolaridade) – Pernambuco, 2013.....	44
<b>Gráfico 5</b>	– Distribuição dos gestores entrevistados segundo área de formação (graduação) – Pernambuco, 2013.....	45
<b>Gráfico 6</b>	– Distribuição percentual da frequência de acesso à internet informada pelos gestores entrevistados – Pernambuco, 2013.....	47
<b>Gráfico 7</b>	– Percentual das respostas dos gestores sobre os tipos de sites que acessam – Pernambuco, 2013.....	48
<b>Gráfico 8</b>	– Percentuais dos níveis de conhecimento dos gestores sobre o Siops – Pernambuco, 2013.....	49
<b>Gráfico 9</b>	– Distribuição dos gestores que já acessaram o Siops segundo a periodicidade (frequência de acessos) – Pernambuco, 2013.....	51
<b>Gráfico 10</b>	– Respostas dos gestores sobre a periodicidade de alimentação do Siops – Pernambuco, 2013.....	58
<b>Gráfico 11</b>	– Respostas dos gestores sobre o percentual mínimo de recursos municipais que deve ser aplicado em saúde – Pernambuco, 2013.....	59

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> –	Distribuição espacial dos municípios segundo as Regiões de Saúde em Pernambuco, 2012.....	30
<b>Figura 2</b> –	Tela de acesso da página Siops na opção Situação de Entrega.....	31
<b>Figura 3</b> –	Figura 3 – Tela de acesso da página Siops na opção Situação de Entrega- Seleção: Municípios.....	32
<b>Figura 4</b> –	Figura 4 – Tela de acesso da página Siops na opção Demonstrativos.....	32

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNPq	Conselho Nacional de Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSEMS	Colegiado de Secretários Municipais de Saúde
EC 29	Emenda Constitucional nº 29
FPE	Fundo de Participação dos Estados
FPM	Fundo de Participação dos Municípios
GERES	Gerência Regional de Saúde
GPEPS	Grupo de Pesquisa em Economia Política da Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada
LC 141	Lei Complementar nº 141
LOA	Lei Orçamentária Anual
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MF	Ministério da Fazenda
MS	Ministério da Saúde
PDI	Planos Diretores de Investimentos
PDR	Planos Diretores de Regionalização
PE	Pernambuco
RAG	Relatório Anual de Gestão
RREO	Relatório Resumido de Execução Orçamentária
SARGSUS	Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão - SUS
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>17</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....</b>	<b>20</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>27</b>
<b>3.1</b>	<b>Objetivo Geral.....</b>	<b>27</b>
<b>3.2</b>	<b>Objetivos Específicos.....</b>	<b>27</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>28</b>
<b>4.1</b>	<b>Desenho do Estudo.....</b>	<b>28</b>
<b>4.2</b>	<b>Caracterização do campo de estudo.....</b>	<b>29</b>
<b>4.3</b>	<b>Acesso ao sítio do Siops e critérios para composição da amostra.....</b>	<b>30</b>
<b>4.4</b>	<b>Coleta de dados.....</b>	<b>35</b>
<b>4.5</b>	<b>Considerações Éticas - Riscos e Benefícios aos participantes.....</b>	<b>38</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>39</b>
<b>5.1</b>	<b>Dados preliminares: acesso à base do Siops.....</b>	<b>39</b>
<b>5.2</b>	<b>Perfil dos gestores municipais de saúde de Pernambuco.....</b>	<b>43</b>
<b>5.3</b>	<b>O conhecimento dos entrevistados sobre o Siops e suas funcionalidades.....</b>	<b>48</b>
<b>5.3.1</b>	<b>Conhecimento dos gestores sobre o sistema.....</b>	<b>48</b>
<b>5.3.2</b>	<b>Acesso ao Siops: Periodicidade.....</b>	<b>50</b>
<b>5.3.3</b>	<b>Importância do Siops para a gestão em saúde.....</b>	<b>51</b>
<b>5.4</b>	<b>Monitoramento do Siops e pendências de envio de dados.....</b>	<b>56</b>
<b>5.5</b>	<b>Periodicidade da alimentação do Siops e Percentual obrigatório de gastos.....</b>	<b>58</b>
<b>5.6</b>	<b>O Siops como ferramenta de apoio à gestão.....</b>	<b>60</b>
<b>5.6.1</b>	<b>Uso do Siops na elaboração da Lei Orçamentária Anual – LOA.....</b>	<b>63</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>67</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>70</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde – SUS, desde o seu momento embrionário quando foram pensadas, discutidas e formuladas as suas idéias de base, na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, desde quando ocorreram as muitas lutas e embates para a garantia do acesso universal à saúde como um direito de todos e um dever do estado por ocasião da elaboração da Constituição Federal, tida como a carta magna brasileira em 1988 (BRASIL, 1988), e, ainda quando foram dispostos o seu novo modelo, seus princípios e diretrizes por ocasião da sua promulgação enquanto política pública de Estado pela Lei nº 8.080/90, em todos esses momentos as questões relacionadas ao custeio, financiamento e modelos de atenção estiveram sempre presentes, e vêm fazendo parte das agendas de pesquisa sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) com a mesma frequência daquelas temáticas voltadas à avaliação dos princípios doutrinários e operativos que fundamentam o sistema (SANTO; TANAKA, 2011).

Diante da grande necessidade de dar conta dos dispositivos de financiamento e custeio do SUS considerando o seu modelo compartilhado e hierarquizado de atenção e aplicação de recurso, o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - Siops se consolidou como um sistema de informações essencial sobre a execução orçamentária, fundamental para o controle e planejamento da aplicação de recursos na saúde. A iniciativa da sua criação partiu de um movimento do Conselho Nacional de Saúde – CNS e da Procuradoria Geral da República, no período da crise financeira da saúde pública, que ocorreu na década de 1990, dada pela grande redução da aplicação dos recursos do recém criado SUS, justamente quando este dava os seus primeiros passos (MARQUES e MENDES, 2009).

Anos mais tarde, o Siops passa a figurar como uma importante fonte de informações para elaboração de estudos que orientaram o estabelecimento da vinculação de recursos à saúde, por meio da Emenda Constitucional n. 29/2000 - EC 29 (BRASIL, 2000a). De 2002 em diante, o Siops passou a ser o instrumento gerador do Demonstrativo da Receita Líquida de Impostos e das Despesas Próprias com Ações e

Serviços de Públicos de Saúde dos Estados, Municípios e Distrito Federal, previsto na Lei de Responsabilidade Fiscal – LRF (BRASIL, 2000a; 2000b). O sistema é responsável pela coleta, recuperação, processamento, armazenamento, organização e disponibilização de dados e informações sobre receitas totais e despesas com ações e serviços públicos de saúde e possibilita o monitoramento da aplicação de recursos no SUS, facilitando o controle de todo o montante de recursos aplicados.

As informações financeiras sobre o financiamento e o gasto com as políticas públicas de saúde constituem uma importante ferramenta para o processo de construção e a avaliação do desempenho do SUS. Podendo fornecer subsídios para o aprimoramento da gestão, a disseminação de experiências bem-sucedidas e a adequada aplicação dos recursos divididos entre investimento e custeio, de acordo com a rede de assistência e necessidade local (TEIXEIRA e TEIXEIRA, 2003).

A partir de 2012, o registro dos dados sobre as despesas com saúde tornou-se obrigatório para a União, estados, o Distrito Federal e municípios, conforme determina a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro (LC 141), a qual regulamenta a EC 29. A partir da Portaria 53/2013, o prazo para declaração, homologação e transmissão dos dados passou a ser de até trinta dias após o encerramento de cada bimestre, modificando o intervalo para alimentação que era semestral (BRASIL, 2013).

O Grupo de Pesquisa em Economia Política da Saúde – GPEPS/UFPE, considerando a importância do Siops como ferramenta para o planejamento, gestão e controle social dos gastos públicos em saúde, teve publicado em 2010 e 2011 um estudo financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, sobre Avaliação da regularidade na alimentação do Siops em município de Pernambuco (PE), de 2000 a 2006. O mesmo identificou um percentual de 32,9% de pendências na alimentação do sistema em 2006 e um percentual de apenas 3,79% de cumprimento do prazo de envio dos dados, caracterizando uma irregularidade na transmissão das informações e um atraso significativo na alimentação do sistema (BEZERRA *et al.*, 2011). O referido estudo serve de referencial teórico e ajuda a delinear a estrutura do presente trabalho que também aborda a temática do Siops num período subsequente.

Nesse sentido, considerando a relevância e atualidade deste tema, em função das importantes mudanças na legislação que orienta a alimentação do Siops, a partir da Lei Complementar nº 141/12 e da Portaria 53/2013, que definem e regulamentam a obrigatoriedade de todos os entes federados atualizarem os dados no sistema, inclusive com previsão de sanção sobre as transferências de recursos para os entes em atraso com a alimentação do Siops, bem como o fato de o Siops ser o sistema de informação gerador do Demonstrativo da Receita Líquida de Impostos e das Despesas Próprias com Ações e Serviços de Públicos de Saúde da Lei de Responsabilidade Fiscal e ainda a possibilidade de contribuir com a gestão em saúde no estado;

Considerando a importância do Siops para a gestão e monitoramento dos recursos de financiamento do SUS e o histórico de pouca adimplência na alimentação dos dados no sistema e diante do advento de um novo conjunto de instrumentos legais que visam corrigir tais problemas;

E considerando os significativos passos dados na direção de se avançar na estrutura organizacional, tanto quanto na arquitetura institucional de descentralização da assistência em saúde. Ressaltando que a forma como esse processo se deu no SUS, tornou-se modelo, servindo de referência para outras políticas sociais (BAHIA, 2005), mesmo assim, muitos processos ainda precisam ser implementados e aprimorados para subsidiar efetivamente a consolidação do sistema de saúde brasileiro;

Nesse contexto, justifica-se a importância da realização desse estudo pois o Siops se apresenta como uma das ferramentas operacionais de gestão e de produção de informações indispensável à administração em saúde e ao controle social, bem como, torna-se imprescindível observar o comportamento dessas rotinas de alimentação nos últimos anos, especialmente, no que se refere ao exercício de 2013, sendo esse o primeiro ano de vigência das novas regras de alimentação e vigência das sanções por não cumprimento.

## 2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

O Sistema Único de Saúde – SUS desponta desde a sua concepção como um dos principais produtos da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), dado seu conjunto de direitos e garantias à população. Um dos principais pilares do novo sistema consistia na unificação das ações, bem como dos serviços públicos de saúde num modelo de acesso universal consolidado enquanto um direito irrestrito garantido pela carta constituinte ora vigente. Nesse momento a saúde, a assistência e a previdência social passaram a compor a área de proteção social no país com o surgimento do Instituto Nacional de Seguridade Social-INSS no lugar do antecessor Instituto Nacional de Previdência Social-INPS.

A partir da implantação do SUS ocorreu um processo de integração de padrões distintos de financiamento, compostos em contribuições sociais, impostos e recursos do Orçamento geral da União e do Orçamento da Seguridade Social, diante da combinação de direitos individuais e coletivos nesse novo conceito de proteção social (DAIN, 2007).

No estudo de Villani e Bezerra (2013) há um destaque para a questão de que a partir de 1993, com o aumento das despesas previdenciárias, deixaram de ser repassados ao Ministério da Saúde os recursos arrecadados pelo Instituto Nacional de Seguridade Social-INSS. Tais recursos passaram a ser exclusivos da Previdência Social. Outros fatos ocorreram, tornando a situação de financiamento do recém criado sistema de saúde, como a pesada e incontrolável inflação que só passou a ter números aceitáveis com o advento do Plano Real em julho de 1994.

Fatores como o aumento de gastos da Seguridade Social com aposentadorias e pensões, e baixo crescimento econômico na década de 1990, levaram o SUS a passar, desde a sua implantação, por modificações importantes na operacionalização do sistema, sobretudo no seu financiamento, tendo algumas delas resultado em grande impacto na prestação de serviços, como é o caso da alteração da modalidade de pagamento por produção para o pagamento de acordo com o perfil populacional do

município (per capita), especialmente no que diz respeito à atenção básica (SILVA e SOUSA, 2005).

O financiamento possui destaque como propulsor na implantação de programas e políticas de saúde no SUS. Contudo apesar do sistema ter estimulado a descentralização, o modelo de financiamento, com parcela dos recursos chamados “carimbados”, limita os municípios numa política vertical, voltada muito mais às exigências dos convênios do que à realidade sanitária local (SOUSA *et al.*, 2005). Sendo necessário também considerar a importância relativa dos diferentes tipos de recursos vinculados, pois variações na composição orçamentária podem resultar em diversidade na disponibilidade de receitas voltadas para saúde, gerando maior ou menor autonomia na alocação dos recursos (LIMA e ANDRADE, 2009).

Sobre a autonomia dos gestores municipais de saúde ressalta-se que mesmo o orçamento municipal ser uma tarefa de colaboração e discussão entre os setores da administração pública municipal, acontece uma excessiva centralização de decisões por parte do prefeito. Em um estudo de Machado Júnior e Reis (1997) o orçamento é citado como mais que uma consolidação de planos físicos e de recursos de várias fontes; sendo ele um instrumento de trabalho. Logo, há a possibilidade de se utilizar o orçamento como mecanismo de delegação de competência, descentralização da tomada de decisão e de responsabilização.

O gestor municipal de saúde tornou-se um elemento fundamental no processo de municipalização e descentralização da assistência em saúde, bem como na organização e gestão do setor saúde. A descentralização foi acelerada em 1996 a partir de medidas de incentivo dispostas na Norma Operacional Básica/1996 (BRASIL, 1996), a fim de que os municípios assumissem a gestão da sua rede local de serviços de saúde (BODSTEIN, 2002).

No mesmo sentido o Pacto pela Saúde, portaria nº 399/2006 define como deverá se dar a organização dos serviços garantindo a assistência ao cidadão. O município assume a responsabilidade sobre a atenção básica, mas com a responsabilidade de garantir através de pactuações regionais com o estado e demais municípios que os seus

municípios sejam atendidos em suas necessidades, mesmo que esses atendimentos ocorram fora dos seus limites de território (BRASIL, 2006).

Mesmo esse processo de descentralização tendo se caracterizado como difícil e oneroso, e considerando a estrutura funcional do SUS, é inegável que os municípios já assumiram grande parte das responsabilidades previstas e os governos municipais têm exercido papel essencial na oferta de serviços de saúde, ocupando uma importante função no seu financiamento (ARRETCHE, 2003). Ressaltando que, enquanto a gestão e ações em saúde foram descentralizadas para os municípios, o repasse do custeio dessas ações não seguiu a mesma proporção, assim o financiamento, acaba sendo sem dúvida, um dos mais pesados fardos para os municípios.

Marques e Mendes (2003) assinalam que a aprovação da Emenda Constitucional nº 29 de 13 de setembro de 2000 – EC 29 (BRASIL, 2000a) foi, inegavelmente, importante para a fixação das fontes de financiamento do SUS, pois além de definir a participação de cada esfera de governo, tinha como um dos seus objetivos a garantia e definição de um mínimo de recursos aplicados. Contudo, Ribeiro e Bezerra (2013) ressaltam que a EC 29 assegurou apenas recursos mínimos para a saúde. Ficando a cargo dos gestores públicos aprimorarem as leis de orçamento para viabilizar mais recursos ao setor.

A Emenda Constitucional nº 29 (BRASIL, 2000a) definiu que no primeiro ano de sua vigência os municípios e os estados alocariam em ações e serviços de saúde no mínimo 7% de suas receitas de impostos e transferências constitucionais, devendo esse percentual crescer ano a ano, até alcançar, 12% para estados no de 2004 e, 15% para os municípios no mesmo ano. Já para a União, no primeiro ano, deveria ser aplicado no mínimo 5% com base no orçamento empenhado do período anterior; para os anos seguintes, o valor seria definido a partir da apuração no ano anterior, sendo corrigido pela variação do Produto Interno Bruto - PIB nominal do país. Havendo retração do PIB o valor aplicado em saúde pela união não sofre redução, sendo mantido o montante aplicado no ano anterior.

Villani e Bezerra (2013) destacam como marcos na consolidação do SUS no tocante à gestão financeira compartilhada, cooperativa e solidária entre os entes federados a promulgação dos mais recentes instrumentos legais de regulamentação do sistema, como: o Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011), que regulamenta a Lei do SUS - nº 8.080/90, e trata das responsabilidades orçamentário-financeiras das três esferas de gestão, colocando o componente municipal num contexto regionalizado de redes de atenção à saúde. As autoras colocam ainda que as normalizações para além da esfera administrativa com a prerrogativa da regulamentação legal e seus resultantes jurídicos são elementos fundamentais para a consolidação do SUS, no sentido de aprimoramento dos mecanismos de monitoramento e avaliação como o Siops e dos instrumentos de combate às fraudes e ilegalidades com os recursos públicos.

Merece destaque no conjunto de novos componentes legais no que se refere à gestão de recursos da saúde, a Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012 – LC 141 (BRASIL, 2012a), que regulamenta a EC 29, definindo o que pode ser considerado gasto em saúde, assim como o estabelecimento de percentual mínimo dos montantes arrecadados com impostos, a serem aplicados, pelas esferas municipais e estaduais em saúde. A LC 141/12 define também as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo, inclusive com a garantia de disponibilização de um módulo específico para acompanhamento direto pelos Tribunais de Contas em cada uma das instâncias governamentais.

A lógica do financiamento do SUS e os passos que foram sendo dados no sentido da regulamentação das transferências demandaram a criação de um sistema de informação que possibilitasse a coleta, processamento e divulgação de dados sobre a receita e despesa com saúde nos três níveis de gestão (TEIXEIRA e TEIXEIRA, 2003).

Neste sentido, uma primeira iniciativa foi implantada pelo Conselho Nacional de Saúde, em 1993, com o propósito de obter informações sobre despesas em saúde. Anos mais tarde, em 1999, o Ministério da Saúde implanta o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – Siops. Sistema esse que se caracteriza por ser um instrumento fundamental para o acompanhamento da receita e despesa em saúde,

permitindo analisar, por exemplo, o percentual de recursos próprios aplicados em saúde; a receita de impostos e transferências constitucionais e legais totais e por habitante; as transferências do Ministério da Saúde total e por habitante; o peso dessas transferências no gasto total com saúde; detalhamento das despesas com ações e serviços de saúde como, por exemplo, pessoal, serviços de terceiros e medicamentos, entre outros (BRASIL, 2000a).

Dentre as finalidades da sua concepção, o Siops tem o propósito de ser uma ferramenta de monitoramento, sendo fundamental para as atividades de regulação e avaliação financeira da contrapartida municipal, no tocante a aplicação de recursos em saúde. De acordo com Silva *et al.* (2010), os dados gerados pelo Siops constituem também insumos para o planejamento e gestão, para a elaboração e implementação dos Planos Diretores de Regionalização (PDR) e dos Planos Diretores de Investimentos (PDI) dos Estados, pois existe a previsão de aportes governamentais conjuntos que viabilizam a elaboração de rede de atenção regionalizada e hierarquizada. Por ser um sistema que disponibiliza publicamente as informações prestadas pelos gestores de saúde, o Siops vem a se configurar também como um importante instrumento de acompanhamento pelos Conselhos de Saúde, pela sociedade em geral e pelos órgãos de monitoramento, favorecendo o controle social e a aplicação correta dos recursos.

O Siops possui como componente de apoio uma Câmara Técnica de Orientação e Avaliação composta por integrantes oriundos dos seguintes órgãos: Secretarias do Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS; Conselho Nacional de Saúde – CNS; Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada – IPEA; do IBGE; Ministério Público Federal pela Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. Esta Câmara Técnica tem como propósito promover discussões, propostas e intervenções que promovam melhorias no Siops (LIMA; CARVALHO; SCHRAMM, 2006).

Contudo mesmo sendo um sistema *on-line*, gratuito, com a finalidade de dar transparência e facilitar a gestão em de saúde, um estudo de Bezerra *et al.* (2011), mostrou que em Pernambuco 33% dos municípios em 2006, apresentaram pendências no que diz respeito à alimentação do Siops, sem contar que as informações prestadas ao sistema até o ano de 2012 tinham apenas caráter declaratório. Ocorre ainda que no caso

dos municípios, as informações alimentadas no sistema não estavam sujeitas às verificações de consistência e fidedignidade, assim sendo, os 67% que transmitiram as informações no Siops poderiam estar sujeitos a diferentes graus de precisão nos dados disponibilizados.

O estudo de Silva *et al.* (2010) buscou avaliar se os gestores de saúde conheciam o Siops através de uma entrevista semi estruturada, foi feita uma correlação entre o conhecimento que cada gestor tinha sobre o sistema e a assiduidade na alimentação do município de cada um deles. O resultado evidenciou que o fato de alguns gestores afirmarem e demonstrarem conhecerem bem o Siops não representava uma boa adimplência e assiduidade na apresentação dos dados do seu município ao Siops. Vale ressaltar que a alimentação do Siops não era obrigatória, tinha caráter apenas declaratório e praticamente não havia sanções aos que não alimentassem o sistema, o que poderia favorecer a inadimplência. O mesmo estudo afirma que as inconsistências e atrasos na alimentação de dados ao Siops têm interferência direta na construção do conhecimento e fragiliza o próprio sistema de informações como ferramenta política, tornando o controle social mais difícil.

Considerando a importância que esse sistema representa para a saúde, Espírito Santo, Fernando e Bezerra (2012), reforçam a ideia de que os gestores deveriam utilizá-lo nas suas práticas de planejamento, gestão e avaliação, uma vez que o Siops é uma opção ágil, segura e de custo operacional baixo.

A maior parte dos municípios brasileiros atua apenas como elementos coletores de dados para sistemas de abrangência estadual ou federal, enquanto a minoria dos municípios que além de efetuarem a coleta dos dados também são capazes de produzir, processar, organizar e analisar as informações do seu município geradas (BRANCO, 2001a). Vale ressaltar que ferramentas tecnológicas normalmente são caras, principalmente para os municípios custearem, contudo os estados e municípios não pagam nada para utilizar o Siops e ter acesso às suas funcionalidades, seu desenvolvimento, gestão e manutenção fica a cargo do Ministério da Saúde através do Datasus.

O gestor de Saúde é o responsável legal pela transmissão e homologação dos dados do Siops. Ao serem transmitidos os dados através do certificado digital do gestor, é gerado pelo Siops, o demonstrativo de despesa com saúde do Relatório Resumido de Execução Orçamentária – RREO (BRASIL, 2012b).

O secretário de saúde enquanto autoridade sanitária e principal responsável pela alimentação do Siops deve estar preparado para informar dados ao sistema adequadamente e atender a obrigatoriedade de preenchimento do mesmo, considerando as exigências e orientações contidas na Lei LC 141/12. Observando os princípios e diretrizes do SUS, o mesmo tem o Siops a sua disposição como instrumento de gestão no seu dia-a-dia para ajudar na tomada de decisões (RIBEIRO e BEZERRA, 2013).

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

- Analisar o uso do Siops, pelos gestores municipais de saúde, como instrumento de planejamento, monitoramento e gestão da saúde em Pernambuco.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- Verificar a adimplência e regularidade dos dados informados ao Siops no período de 2006 a 2013, de acordo com a Lei Complementar nº 141/2012, a partir da publicação da Portaria nº 53/2013;
- Traçar o perfil dos gestores municipais de saúde entrevistados;
- Avaliar como os gestores utilizam os dados gerados pelo Siops na gestão.

## 4. METODOLOGIA

### 4.1 Desenho do Estudo

Desenvolver um estudo sobre a gestão e execução dos orçamentos públicos em saúde não se apresenta como uma tarefa simples. Dada a complexidade deste tema e os objetivos deste estudo, optou-se por desenvolvê-lo com abordagem qualitativa. O caráter exploratório – descritivo desse trabalho é constituído pela sua natureza de sondagem. Ele não parte de hipóteses ou pressupostos e se propõe a expor as características de uma dada situação.

A investigação qualitativa trabalha com *hábitos, atitudes, opiniões, valores, crenças e simbologias*. Por outro lado a investigação quantitativa tem como objetivo obter e apresentar dados, indicadores e demais valores e tendências mensuráveis (MINAYO e SANCHES, 1993). Esse trabalho possui um escopo essencialmente qualitativo, tendo os dados e indicadores contáveis e mensuráveis servido como lastro de apoio para que os dados qualitativos pudessem ser obtidos e posteriormente discutidos.

O presente trabalho foi desenvolvido observando os principais aspectos abordados em um estudo anterior de Silva *et al.* (2010), no contexto do Grupo de Pesquisa em Economia Política da Saúde, da Universidade Federal de Pernambuco, caracterizado como um estudo avaliativo pois analisa, por meio de um procedimento científico, as relações entre componentes diversos numa dada intervenção, no que concerne ao conhecimento, utilização e regularidade na alimentação do Siops.

O estudo de Silva *et al.* (2010), foi realizado com os gestores de Saúde do estado de Pernambuco para avaliar a regularidade de alimentação do sistema, no período de 2000 a 2006.

## 4.2 Caracterização do campo de estudo

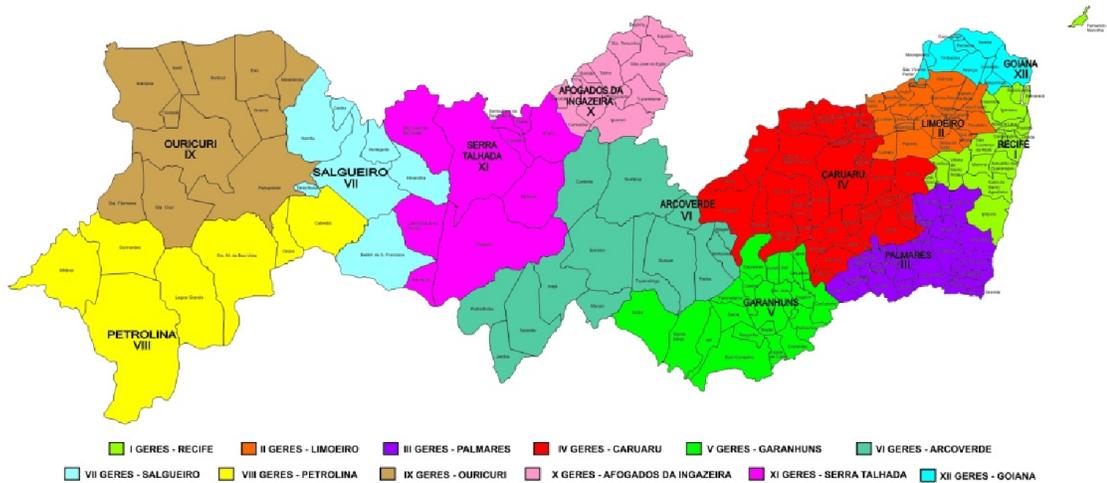
Dada a natureza do objeto de estudo da presente pesquisa, ou seja, um sistema de informações orçamentárias comum a todos os municípios do país foi feita a opção por delimitar o território compreendido pelo estado de Pernambuco. Localizado no Centro-Leste da Região Nordeste do Brasil, Pernambuco tem como vizinhos os estados da Paraíba e do Ceará no norte, Alagoas e Bahia ao sul, o Piauí ao oeste, além do Oceano Atlântico a leste (PERNAMBUCO, 2012a).

Pernambuco tem uma população estimada em 9.277.727 habitantes, distribuídos em um território de 98.148.323 quilômetros quadrados de área, onde se situam 184 municípios e mais o Distrito Estadual de Fernando de Noronha (IBGE, 2014). No que se refere ao porte populacional, 81% dos municípios são considerados de pequeno porte, outros 12,4% de médio porte, 5,9% de grande porte havendo ainda uma metrópole. Sendo que 80,2% da população residem nas áreas urbanas dos municípios, enquanto que os 19,2% restantes residem em zonas rurais (PERNAMBUCO, 2012a).

O estado de Pernambuco foi escolhido como campo de pesquisa visando facilitar o acesso aos gestores municipais de saúde, bem como por existirem estudos anteriores que tratam da temática no mesmo território, disponíveis como referencial teórico.

A organização político-administrativa, no âmbito da saúde, em Pernambuco está arquitetada em 12 Gerências Regionais de Saúde – Geres. As Geres são unidades técnicas e administrativas que têm a função de planejar, executar, monitorar e avaliar as ações e serviços de saúde próprios de cada Região de Saúde, além de apoiar os municípios em suas ações e no acesso ao nível estadual e federal de gestão (PERNAMBUCO, 2012a). A figura 1 apresenta a distribuição das 12 regiões de saúde do estado de Pernambuco, bem como os municípios que são sedes das Geres em destaque.

Figura 1 - Distribuição espacial dos municípios segundo as Regiões de Saúde em Pernambuco, 2012



Fonte: Pernambuco, Secretaria Estadual de Saúde (2012b)

### 4.3 Acesso ao sítio do Siops e critérios para composição da amostra

#### Trajетória de Navegação

Em um primeiro momento, foram observados nesse trabalho, dados públicos, secundários da base do Siops, com o propósito de responder aos objetivos de adimplência e regularidade na alimentação dos dados no Siops de 2006 a 2013 do presente estudo, bem como subsidiar a seleção dos gestores municipais de saúde a serem abordados na etapa das entrevistas.

Os dados observados nessa etapa inicial do estudo foram:

- Percentual de Municípios adimplentes e inadimplentes com a alimentação dos dados no Siops;
- Municípios que atenderam à exigência do cumprimento da aplicação do percentual mínimo de 15% dos recursos municipais em saúde, advindos de tributos e transferências governamentais obrigatórias;
- Total de gastos de cada município (em valores monetários - reais - R\$) por habitante e por ano em saúde no período de 2006 a 2013.

A escolha do período citado deveu-se ao fato de o estudo de Silva *et al.* (2010), que serve de principal referencial para este trabalho, ter estudado o período de 2000 a 2006, como já informado em tópico anterior deste trabalho.

A página do Siops na internet (<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/siops>) foi acessada, em 24/03 e em 05/06/2014 permitindo extraírem-se os dados componentes das análises de frequência e distribuição deste estudo. Vale ressaltar que os dados consultados neste sitio são de acesso público e irrestrito e podem ser encontrados como descrito a seguir:

Ao acessar o sitio do Siops na internet é possível clicar na opção “Situação de Entrega”. A figura 2 mostra a tela de busca dessa informação no sitio do Siops.

Figura 2 – Tela de acesso da página Siops na opção Situação de Entrega



Fonte: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/siops> (acesso em 05/06/2014)

Ao clicar na opção “Municípios”, é possível selecionar o “Histórico da situação de entrega por município”, como mostrado na figura 3.

Em seguida basta selecionar o município e o período desejado que a informação é gerada e exportada para o local que o usuário definir.

Figura 3 – Tela de acesso da página Siops na opção Situação de Entrega – Seleção: Municípios



Fonte: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/siops> (acesso em 05/06/2014)

Para acompanhar se houve o cumprimento da EC 29 e da LC 141, de acordo com o exercício, e quais os valores aplicados em saúde pelos municípios é necessário na página inicial do Siops, clicar na opção “Demonstrativos” e depois no tópico “Cálculo do mínimo aplicado em Saúde”. Em seguida escolher a opção “Municípios” conforme Figura 4. Depois é só escolher o período, vigência, estado da federação e o município.

Figura 4 – Tela de acesso da página Siops na opção Demonstrativos



Fonte: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/siops> (acesso em 05/06/2014)

Os referidos dados foram processados, ordenados e classificados em planilhas eletrônicas do Microsoft Excel 2010 (Copyright Microsoft Corporation).

**Critérios de inclusão e exclusão da amostra: valores per capita aplicados e tempo de experiência como gestor**

Para garantir que houvesse representatividade dos 184 municípios do estado e abrangência geográfica, foi feita a opção de se entrevistar 2 secretários de saúde por cada uma das 12 Geres, totalizando 24 gestores municipais de saúde.

Como primeiro critério de inclusão dos gestores na amostra, os municípios foram ordenados numa lista classificatória com os valores monetários nominais de recursos municipais aplicados per capita/ano em saúde. Assim foi possível observar quais os municípios que mais aplicavam recursos da sua arrecadação em saúde a cada ano por habitante, bem como os que menos aplicavam.

A partir dessa lista foi selecionado, em cada uma das 12 Geres, o gestor do município que mais aplicou recursos próprios em saúde, como também o gestor do município que menos aplicou recursos em saúde observando a série histórica de 2006 a 2013, informada ao Siops.

Dessa forma, em cada região de saúde buscou-se entrevistar o município que gasta com recursos próprios per capita em saúde no referido período, bem como o que menos gasta no que se refere ao mesmo quesito de aplicação de recursos da sua arrecadação própria em saúde. Ressalta-se que foi observado o gasto nominal monetário em reais (R\$) máximo e mínimo dos municípios de cada Geres, por habitante/ano para a seleção dos gestores.

Para esta seleção de amostra não foi observado qual o percentual da arrecadação municipal que foi aplicado em saúde, pois a receita dos municípios varia muito de acordo com seu perfil produtivo. Nesse sentido 30% da arrecadação de um município podem representar bem menos em dinheiro do que o mínimo de 15% de outro município que tem uma receita mais robusta.

Deste modo os 24 gestores selecionados para entrevista foram os dos municípios que mais investiram e dos que menos investiram por habitante em cada ano com recursos oriundos da arrecadação municipal direta e das transferências governamentais obrigatórias do estado e da união.

Selecionando perfis extremos de investimento tornou-se possível coletar as falas dos gestores de municípios das diversas regiões do estado, as quais têm suas características econômicas, sociais e culturais próprias, além das distintas capacidades financeiras de investimento em saúde dos seus municípios. Visto que cada região, dada a sua vocação produtiva, vai gerar uma maior ou menor arrecadação municipal. Existindo uma marcante heterogeneidade das finanças públicas municipais consolidadas pelos interiores dos estados, configurando-se numa forte iniquidade geográfica no que diz respeito à renda (LIMA e ANDRADE, 2009).

A amostra desse estudo visou potencializar que gestores de municípios de perfis de orçamentos diferentes no que se refere aos investimentos em saúde, opinassem sobre o Siops tendo como ponto em comum as semelhanças do cenário e do contexto de saúde que enfrentam enquanto vizinhos na região na qual seus municípios estão situados.

O segundo critério de inclusão na amostra consistia na exigência de que os secretários municipais estivessem ocupando o cargo de gestor municipal de saúde há pelo menos um ano, contado a partir de janeiro/2013. Essa exigência devia-se ao fato de que um dos focos da pesquisa foi identificar como os gestores utilizavam as informações do Siops nas suas atividades de gestão, bem como suas percepções no tocante às mudanças ocorridas na legislação, na competência 2013. Para tanto seria necessário um tempo mínimo lidando com o Siops e sendo o responsável por sua alimentação e monitoramento o que permitiria o acúmulo de conhecimentos sobre o mesmo.

Como critério de exclusão está o não atendimento de algum dos requisitos anteriormente descritos, ocasionando a seleção do município seguinte, seja para substituir o de maior investimento naquela regional ou para substituir o de menor investimento por habitante/ano e, assim, sucessivamente desde que o gestor desse

município atenda ao critério de tempo mínimo na função de secretário de saúde contado a partir de janeiro/2013.

#### **4.4 Coleta de dados:**

##### **Abordagem aos gestores selecionados**

A abordagem aos gestores dos municípios que figuravam na lista de selecionados da amostra do estudo, se deu pessoalmente em eventos e reuniões promovidas pelo Ministério da Saúde - MS, Secretaria Estadual de Saúde – SES/PE e nas reuniões ordinárias do Colegiado dos Secretários Municipais de Saúde – COSEMS-PE, que tenham ocorrido no período de realização das entrevistas. O COSEMS-PE emitiu carta de anuência (Apêndice B) autorizando que as entrevistas fossem realizadas nas dependências de sua sede durante as reuniões e encontros lá realizados.

Quando não foi possível localizar os gestores selecionados da amostra nesses eventos, foi estabelecido contato por telefone e/ou por email. E caso houvesse a concordância do gestor em participar da pesquisa, era agendada uma visita do pesquisador até o município do gestor para entrevistá-lo. As entrevistas foram realizadas pessoalmente, visto que o instrumento de coleta de dados utilizado foi um formulário semi estruturado de entrevista (Apêndice C), o qual era preenchido pelo pesquisador de acordo com as respostas dadas pelo entrevistado.

Especificamente nos contatos realizados por telefone ocorreram três casos em que foi percebida alguma indisposição por parte do gestor em se colocar a disposição de participar da pesquisa. Nesses casos, logo as dúvidas foram sanadas ao ser enviado o TCLE para o email do gestor e explicado detalhadamente a metodologia da pesquisa, que só permitia que a coleta dos dados se desse presencialmente, e que o objetivo não era medir os seus conhecimentos a fim de classificá-los ou de atribuir uma nota aos mesmos, mas que se tratava de um instrumento de pesquisa cujo propósito era conhecer como o Siops era percebido e utilizado pelos gestores a fim de potencializar o uso de suas funcionalidades.

Nos casos em que não foi possível realizar a entrevista por impossibilidade de contato ou de agendamento junto ao entrevistado, por negativa de participação na pesquisa ou por qualquer outro motivo que inviabilizou o encontro do pesquisador com o entrevistado, foi selecionado o gestor do município seguinte na lista de seleção da amostra. A seleção do gestor subsequente teve o propósito de que fosse mantido o número de gestores pretendido, conforme os requisitos descritos a seguir nos critérios de inclusão e exclusão da amostra.

### **Realização das entrevistas e identificação dos participantes**

Ressalta-se que nesse estudo os municípios e os 24 gestores entrevistados não foram nominalmente identificados, visando preservar a identidade dos mesmos. Os gestores que tiveram suas falas destacadas pela relevância das mesmas na agregação dos dados qualitativos foram identificados com o nome de filósofos, pensadores, cientistas e outros personagens importantes da história da humanidade (Apêndice D).

Buscou-se garantir que fossem colhidas as informações e opiniões dos gestores cujos municípios mais investem, bem como os que menos investem em saúde em termos absolutos, considerando as realidades diversas dos agrupamentos socioeconômicos regionais.

As entrevistas foram realizadas, entre junho e julho de 2014, utilizando um formulário semi estruturado (Apêndice C) contendo 23 questões sobre o perfil dos entrevistados, formação acadêmica, experiência profissional e conhecimentos sobre a área financeira e contábil do SUS relacionadas ao Siops. Mais da metade das questões permitiam que os entrevistados falassem a respeito do assunto abordado de forma livre e espontânea. As entrevistas não foram gravadas, as respostas eram anotadas pelo pesquisador e depois lidas para que o entrevistado confirmasse se foi aquilo o que dissera.

Nas ocasiões em que não foi possível realizar as entrevistas no âmbito do COSEMS-PE, ou em outros eventos da área da saúde, foram realizados deslocamentos de carro, para os municípios de origem dos entrevistados, especialmente os do sertão do

estado. Assim sendo, entre os dias 02 e 09 de julho de 2014 foram percorridos mais de dois mil e quatrocentos quilômetros, visitando um total de 10 municípios, cujos secretários ainda não haviam sido entrevistados.

### **Composição de categorias para análise das entrevistas**

As respostas foram agrupadas em categorias a partir das falas dos entrevistados e analisadas através da técnica de análise de conteúdo, sendo esse um procedimento clássico empregado para trabalhar conteúdos textuais (FLICK, 2004).

Segundo Kurtz (2005), a análise de conteúdo categorial se dá através de operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias, segundo agrupamentos analógicos, e se configura como um processo estruturalista que classifica os elementos, segundo a investigação sobre o que eles têm de similaridades.

A palavra “categoria” pode ser compreendida como um conceito que abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si. Fazer uso de categorias significa agrupar elementos, idéias ou expressões em torno de conceitos capazes de agregá-los. (MINAYO, 2002).

#### **4.5 Considerações Éticas - Riscos e Benefícios aos participantes**

Dentre os riscos que essa pesquisa poderia oferecer aos entrevistados estava a possibilidade de expor os participantes a algum constrangimento em responder às questões abordadas. Seja pelo teor ou contexto da pergunta, seja também pela possibilidade do mesmo não saber respondê-la.

Tais riscos foram considerados e avaliados pelo Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/UFPE, tendo a pesquisa sido registrada sob o nº CAAE: 30236413.1.0000.5208 e aprovada em 09/06/2014 pelo Parecer 672.102, de acordo com o que rege a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Foi esclarecido ao entrevistado que ele poderia a qualquer momento desistir de participar da pesquisa e retirar seu consentimento. Sua recusa não lhe traria nenhum prejuízo em qualquer etapa de andamento da pesquisa, conforme descrito no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A) e lido para cada entrevistado no momento da entrevista. Também foi esclarecido a cada entrevistado que a sua participação na pesquisa não acarretaria nenhum custo para ele enquanto entrevistado, pois era essencialmente voluntária, bem como que sua identidade seria preservada.

Os benefícios da participação nessa pesquisa também foram destacados aos participantes no momento da leitura do TCLE, tais como o reconhecimento do ator entrevistado como protagonista do processo de construção da pesquisa, e a importância da contribuição para a sistematização de um trabalho que poderá desencadear referências para a sua prática específica, bem como a possibilidade de colaborar com um estudo que se propõe contribuir com a melhoria do Sistema Único de Saúde.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 Dados preliminares: acesso à base do Siops

#### Valores aplicados em saúde pelos municípios

O quadro 1 apresenta os valores máximos aplicados em saúde per capita ano a ano. Também apresenta os valores mínimos, o valor médio e a diferença absoluta entre o município que mais aplicou recursos em saúde e o que menos aplicou nos oito anos estudados.

Quadro 1 - Despesa Total Saúde/Habitante por Ano (Valores Máximos e Mínimos Municipais) – Pernambuco, 2006-2013.

Ano	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Valor Máximo (R\$) habitante/ano	600,00	570,66	674,02	688,33	779,60	851,63	1.024,15	957,61
Valor Mínimo (R\$) habitante/ano	52,26	73,22	109,33	97,57	121,28	151,54	139,78	237,89
Valor Médio (R\$) habitante/ano	166,67	182,63	210,02	237,37	273,50	312,87	354,39	374,93
Diferença (R\$) = Máximo-Mínimo	547,74	497,44	564,69	590,76	658,32	700,09	884,37	719,72

Fonte: Siops – Dados acessados em 24/03/2014

Considerando toda a série histórica de 2006 a 2013, dos valores gastos em saúde por ano/per capita, observamos que as maiores quantias aparecem nos dois últimos anos da série.

De acordo com o quadro 1, em 2012 dentre os 184 municípios do estado, o maior valor per capita aplicado/ano foi R\$ 1.024,15 enquanto que o menor valor gasto no mesmo ano por habitante por um dos municípios foi de R\$ 139,78.

No ano de 2013 o maior valor investido per capita/ano por um município foi de R\$ 957,61 sofrendo uma redução de 7% em relação ao ano anterior. Por outro lado o valor mínimo aplicado, nesse mesmo ano, foi de R\$ 237,89. Esse valor é 70,2% maior do que o ano de 2012.

A diferença em reais entre o município que mais aplicou recursos municipais em saúde por habitante/ano diminuiu de R\$ 884,37 em 2012 para R\$ 719,72 no ano de 2013, devido ao fato que o valor máximo foi reduzido enquanto que o valor mínimo sofreu acréscimo.

As consideráveis diferenças nos valores aplicados em saúde por habitante/ano pelos municípios de Pernambuco no período estudado tendem a denotar uma grande disparidade na capacidade produtiva e de arrecadação de tributos na esfera municipal.

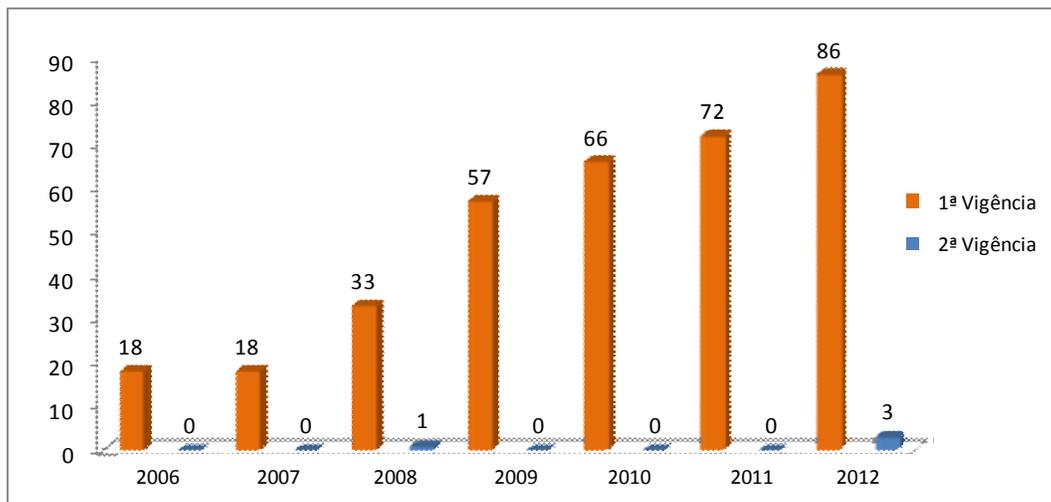
É importante destacar que, 55% dos municípios do estado em 2013, investiram entre 20 e 33% de sua arrecadação, consideravelmente acima do mínimo dos 15% obrigatórios. Contudo esses municípios que investem acima de 20%, não são os que figuram necessariamente entre os que têm os maiores gastos absolutos com saúde por habitante/ano.

A destinação de percentuais da arrecadação municipal razoavelmente maiores do que o mínimo obrigatório se configura como uma forma do município de tentar melhor custear as suas ações de saúde, aumentando o montante gasto por habitante/ano. Principalmente onde a arrecadação com impostos municipais não é tão significativa, pois nesses casos apenas 15% de pouco acaba sendo pouco demais. Lima e Andrade (2009) apontam que as enormes diferenças de renda e acumulação de capitais são agravadas por contextos de localização regional, e acabam gerando condições bem desfavoráveis no que diz respeito ao potencial local de financiamento da saúde.

### **Regularidade x Inadimplência na Alimentação do Siops**

Observando os dados de alimentação do Siops dos municípios de Pernambuco no período de 2006 a 2012 foi possível verificar numa consulta à base do sistema na internet feita em junho de 2014, que havia vários municípios inadimplentes com as informações de vigências de anos anteriores na base do Siops (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Total de municípios (PE) que não informaram dados ao Siops de 2006 a 2012 (1ª e 2ª vigência semestral)



Fonte: Siops – Dados acessados em 05/06/2014

É importante ressaltar que na data deste acesso (05/06/2014), 86 municípios não tinham enviado as informações referentes à 1ª vigência de 2012. Esse número representava 46,7% do total de 184 municípios do estado com pendência numa das vigências do ano de 2012 que deveria ter sido informada quase dois anos antes. O prazo de envio das informações ao Siops já era de até 30 dias corridos após o final da vigência (semestre ou anual).

Nesse caso, considerando que na 1ª vigência de 2012, os 86 municípios estavam inadimplentes há quase 2 anos, os 72 municípios que ainda não tinham enviado os dados da 1ª vigência de 2011 estavam atrasados em 3 anos e assim sucessivamente.

Em se tratando da 2ª vigência de 2012 (vigência anual), 3 municípios não tinham informado seus dados, ou seja, praticamente um ano e meio de atraso na alimentação, envio e fechamento dos seus dados orçamentários junto ao Siops.

De acordo com dados levantados em outubro de 2010 em um estudo realizado por Vieira e Zucchi (2013), observou-se que das informações referentes a 2009, 119 municípios, em todo o Brasil, ainda não tinham alimentado os seus dados finais no Siops. E ainda, 2 estados não haviam informado os dados do Siops de 2008 e 2009. A problemática desse fato é que se deixava de contabilizar os recursos alocados por estes

entes federados, além de impedir que fosse verificado o cumprimento das obrigações de gastos com saúde de estados e municípios

### **Mudanças observadas na assiduidade da alimentação do Siops**

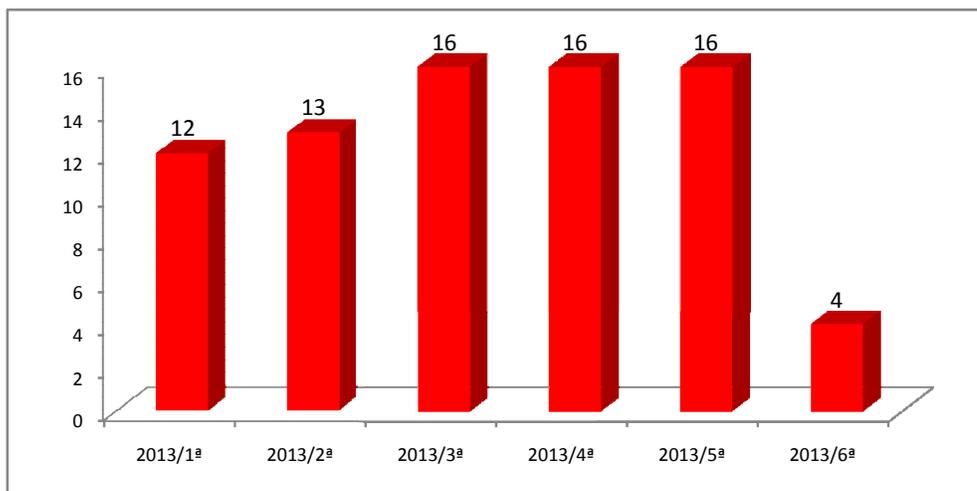
Considerando que a alimentação dos dados do Siops deve ocorrer até 30 dias corridos após o encerramento da vigência anterior, sob a penalidade do não cumprimento desse prazo implicar na suspensão do repasse do montante das transferências federais de recursos para o município.

A partir dos novos dispositivos legais vigentes os bloqueios de transferências se dão de forma eletrônica e automática, a partir da comunicação do Siops com o Ministério da Fazenda, Tribunais de Contas e Instituições Financeiras Federais responsáveis pelo repasse dos recursos, que serão bloqueados tão logo sejam informados conforme dispõem o Decreto 7827/2012 (BRASIL, 2012c) e a Portaria n.º 53/2013 (BRASIL, 2013). A portaria determina a todos os entes federados, atualizarem os dados no Siops, o que não ocorria adequadamente no período anterior a 2013 porque a alimentação das informações não era obrigatória.

A partir desta vigência, os governos estaduais e municipais que não preencherem os dados terão as transferências constitucionais condicionadas, como o Fundo de Participação dos Municípios (FPM) e Fundo de Participação dos Estados (FPE). Além da suspensão das transferências voluntárias dos recursos da União, como a celebração de convênios e contratos (BRASIL, 2013).

A regulamentação da obrigatoriedade de alimentação do Siops e o estabelecimento de punições aos inadimplentes pode ter exercido influência sobre a inadimplência em relação aos dados do Siops. No gráfico 2 é possível perceber alguma mudança no que se refere à assiduidade na alimentação do Siops, por parte dos municípios de Pernambuco. Observa-se que o total de municípios inadimplentes na alimentação das vigências bimestrais (1ª a 5ª vigência) de 2013, varia entre 12 e 16 municípios, sendo inferior ao que ocorria em anos anteriores quando essa alimentação era semestral e não obrigatória.

Gráfico 2 - Total de municípios (PE) que não informaram dados ao Siops em 2013 (vigência bimestral)



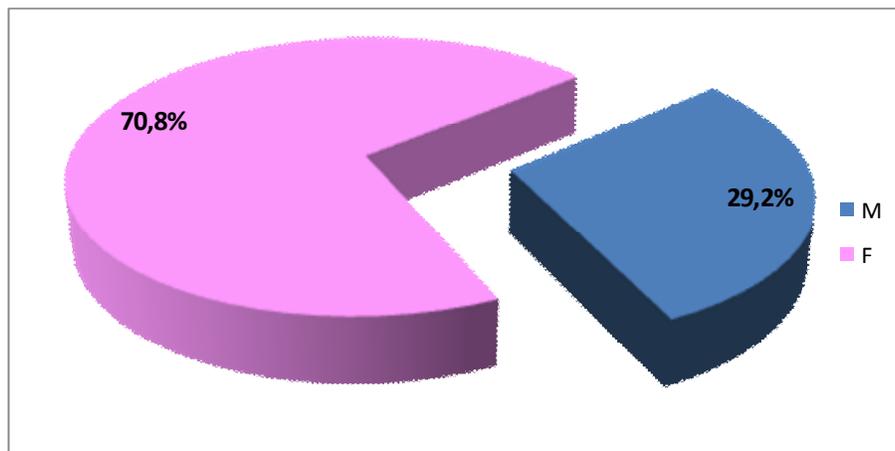
Fonte: Siops – Dados acessados em 05/06/2014

Em se tratando da 6ª e última vigência do exercício 2013, vê-se que 4 municípios ainda não tinham enviado os seus dados finais do orçamento, o que equivale a 2,2% de um total de 184 municípios no estado. É importante ressaltar que esses 4 municípios, na data do acesso à base do Siops, estavam com seu envio final atrasados em 5 meses. Em anos anteriores quando não havia as sanções, ora vigentes, o volume de inadimplentes era muito maior e perdurava por períodos mais extensos.

## 5.2 Perfil dos gestores municipais de saúde de Pernambuco

As primeiras questões do formulário de entrevistas visavam traçar em linhas gerais um perfil técnico-profissional dos entrevistados. Dos 24 gestores, 70,8% eram mulheres, com idade média de 45 anos, sendo que a idade mínima registrada foi de 25 anos enquanto que a idade máxima foi de 64 anos por ocasião da realização da entrevista. Entre os 29,2% dos gestores do sexo masculino, a média de idade registrada foi de 50 anos, com o mais jovem tendo 33 anos e o de mais idade 65 anos (Gráfico 3)

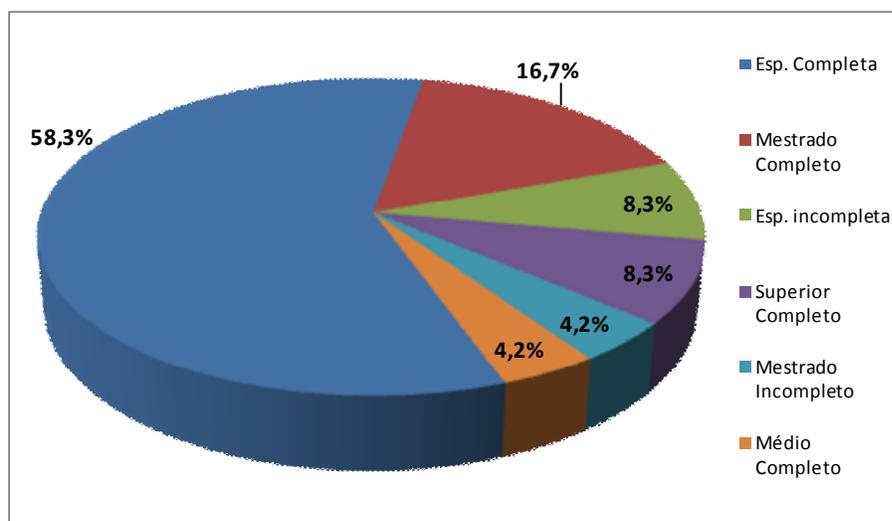
Gráfico 3– Distribuição Gestores Municipais de Saúde por Gênero (M=Masculino e F=Feminino) – Pernambuco, 2013.



Fonte: Elaboração própria, a partir de entrevistas realizadas com os gestores municipais de saúde entre junho e julho/14

Quanto à escolaridade, apenas um não tinha formação superior, 58,3% tinham especialização completa e 8,3% estavam cursando-a. No nível de mestrado, 16,7% tinham o curso completo e 4,2% a concluir sua titulação (Gráfico 4).

Gráfico 4– Distribuição dos gestores entrevistados segundo nível de formação (escolaridade) – Pernambuco, 2013.

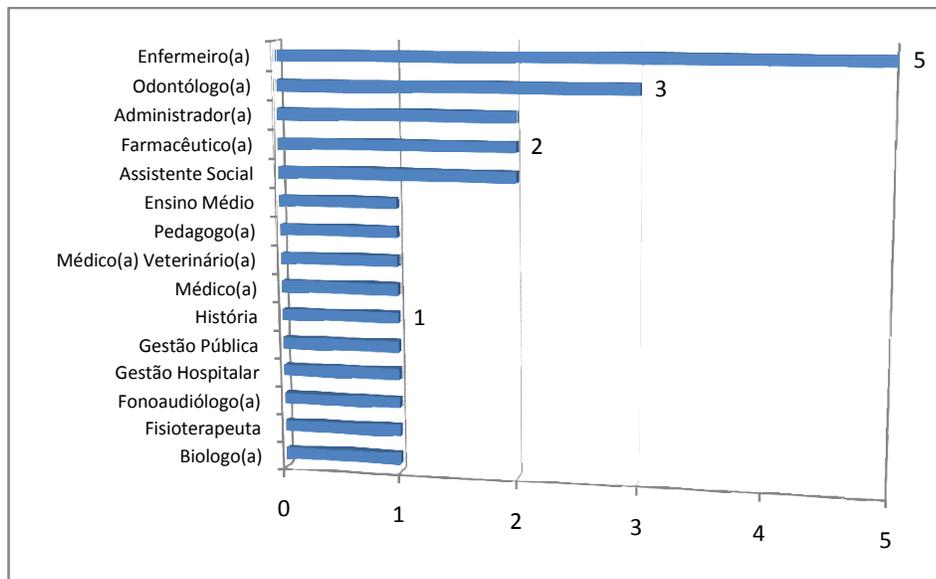


Fonte: Elaboração própria, a partir de entrevistas realizadas com os gestores municipais de saúde entre junho e julho/14

Dentre as áreas de formação, dos 24 gestores, 18 tinham formação na área de saúde e os 6 restantes de ciências humanas. Sendo que, os profissionais de enfermagem eram maioria, com 5 gestores. Os odontólogos somaram 3, seguidos pelos profissionais de Farmácia, Serviço Social e Administração, com 2 gestores de cada uma dessas áreas.

Ainda foram registrados gestores com formação nas seguintes áreas: fisioterapia, medicina, medicina veterinária, fonoaudiologia, pedagogia, historia e direito (Gráfico 5).

Gráfico 5–Distribuição dos gestores entrevistados segundo área de formação (graduação) – Pernambuco, 2013.



Fonte: Elaboração própria, a partir de entrevistas realizadas com os gestores municipais de saúde entre junho e julho/14

Apesar da diversidade de formações básicas, 83% dos gestores informaram ter algum curso na área de gestão e ainda 75% declararam ter cursado alguma pós graduação/mestrado em alguma área da saúde. Em relação à participação em algum curso na área de gestão financeira/contábil do SUS, apenas 29% gestores participaram (Quadro 2).

Quadro 2 – Participação dos gestores municipais entrevistados em Cursos e Capacitações – Pernambuco, 2013.

Participação em Cursos e Capacitações	Sim		Não	
	Qtde	%	Qtde	%
Participou de algum curso na área de Gestão?	20	83%	4	17%
Possui pós-graduação (especialização/mestrado) na área de saúde?	18	75%	6	25%
Participou de curso na área de gestão financeira/contábil do SUS?	7	29%	17	71%

Fonte: Elaboração própria, a partir de entrevistas realizadas com os gestores municipais de saúde entre junho e julho/14

O tempo médio de atuação na saúde pública desses gestores é de 16 anos, sendo que o gestor mais experiente já atuava na área há 41 anos. Por outro lado o gestor com menos tempo de atuação em saúde pública estava completando um ano e meio na área

na época de realização da entrevista, tendo sido o cargo de secretário a sua primeira função na saúde.

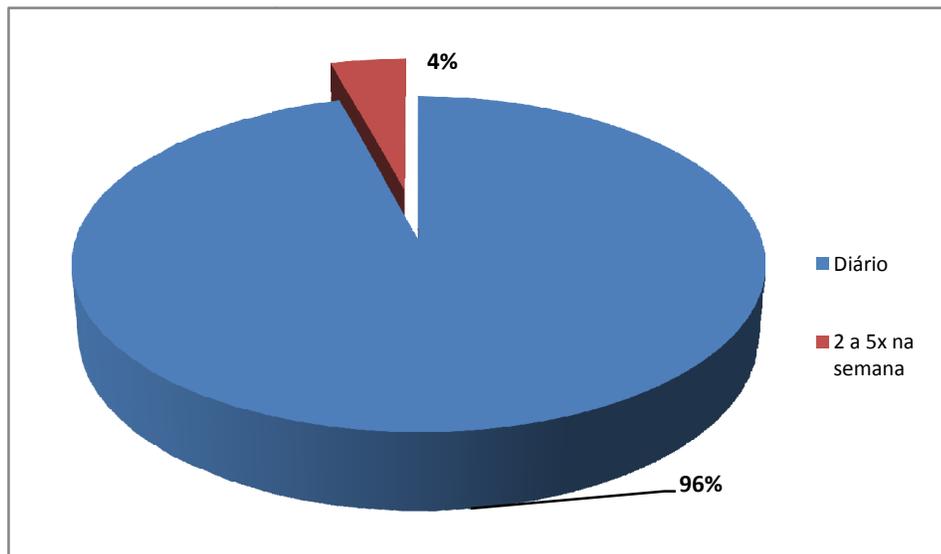
Um dado importante sobre a experiência enquanto secretários de saúde é que dos 24 gestores da amostra, 10 já foram secretários de saúde anteriormente, e dos 14 que são secretários pela primeira vez, 3 já atuavam na função desde a gestão municipal anterior à atual, ou seja, há mais de um ano e meio exercendo tal função.

No estudo de Silva *et al.* (2010) foram entrevistados 10 secretários de saúde, destes 9 tinham formação superior, todos na área de saúde. Sendo que 5 tinham pós graduação em saúde coletiva. Sobre o tempo de permanência ocupando o cargo de secretário, 7 ocupavam o cargo há mais de um ano e os 3 restantes estavam no cargo há exatamente um ano. Vale destacar que dos dez secretários entrevistados apenas 3 estavam ocupando o cargo pela primeira vez.

### **Utilização de ferramentas tecnológicas pelos dos gestores municipais**

As quatro perguntas seguintes abordavam questões sobre o uso de computadores e acesso à internet por parte dos gestores. Sobre qual tipo de equipamento usam para acessar a internet 32% responderam o computador do trabalho, 30,5% o seu computador pessoal e 25% acessam preferencialmente pelo celular. Os 12,5% restantes foram respostas dadas à opção de acesso por tablet. Quando questionados sobre a frequência de acesso a internet, 96% dos secretários afirmaram acessar a internet diariamente. Apenas 4% dos gestores informaram utilizar a rede mundial de computadores de 2 a 5 vezes por semana (Gráfico 6).

Gráfico 6 – Distribuição percentual da frequência de acesso à internet informada pelos gestores entrevistados – Pernambuco, 2013.

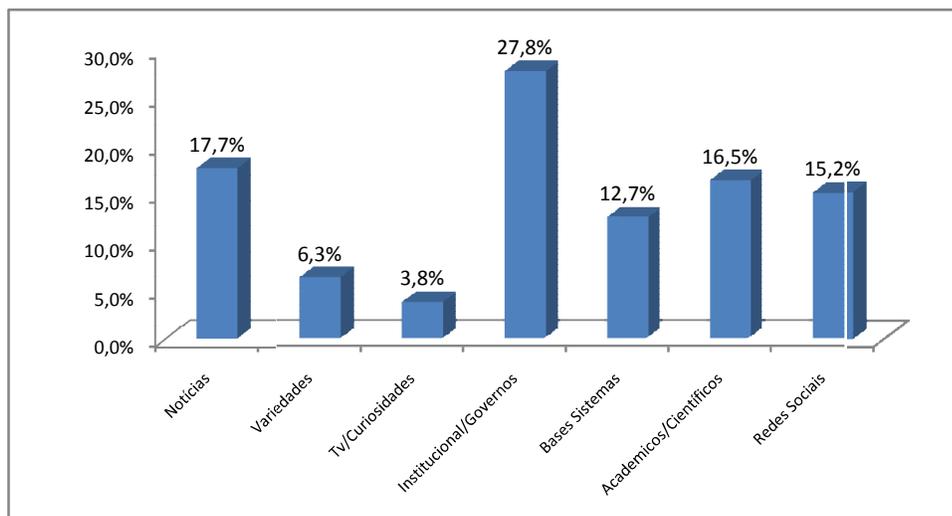


Fonte: Elaboração própria, a partir de entrevistas realizadas com os gestores municipais de saúde entre junho e julho/14

Sobre a velocidade da conexão que utilizam para acessar a internet, 8% dos gestores avaliaram como muito boa, 46% avaliaram como boa, 21% consideraram regular, 17% ruim e os 8% restantes péssima. Se somarmos as respostas dadas para ruim e péssima no presente estudo, teremos 25% que poderiam ser atribuídas a uma conexão insatisfatória. No estudo de Silva *et al.* (2010), a velocidade de conexão foi considerada insatisfatória por 30% dos entrevistados. Contudo não é possível fazer uma comparação direta das respostas dadas nos dois estudos, visto que não são os mesmos gestores e as entrevistas foram realizadas em épocas distintas.

Os gestores também foram perguntados sobre quais os tipos de sites que costumam acessar com mais frequência, como mostra o gráfico 7. Nessa questão os gestores poderiam escolher mais de uma alternativa, inclusive todas as alternativas simultaneamente.

Gráfico 7–Percentual das respostas dos gestores sobre os tipos de sites que acessam – Pernambuco, 2013.



Fonte: Elaboração própria, a partir de entrevistas realizadas com os gestores municipais de saúde entre junho e julho/14

É possível observar que os dois tipos de sites mais acessados são: sites Governamentais com 27,8% e sites de Notícias com 17,7% das respostas. Os menos acessados são os sites de TV/Curiosidades (3,8%) e Variedades (6,3%). As redes sociais foram mencionadas em 15,2% das respostas. Os sites de email, não foram incluídos nessa representação gráfica, pois 100% dos gestores afirmaram que sempre que acessam a internet acabam verificando seus emails.

O uso das tecnologias atualmente é bastante difundido e o acesso à internet não figura como um problema entre os gestores, deste modo, poderíamos supor que os sistemas de informações cada vez mais podem ser utilizados como ferramentas de gestão.

### 5.3 O conhecimento dos entrevistados sobre o Siops e suas funcionalidades

#### 5.3.1 Conhecimento dos gestores sobre o sistema

Um dos gestores ao ser contatado e convidado pela 3ª vez a participar do estudo, afirmou prontamente que não tinha quase nenhum conhecimento sobre o Siops e que não saberia responder nada sobre o sistema.

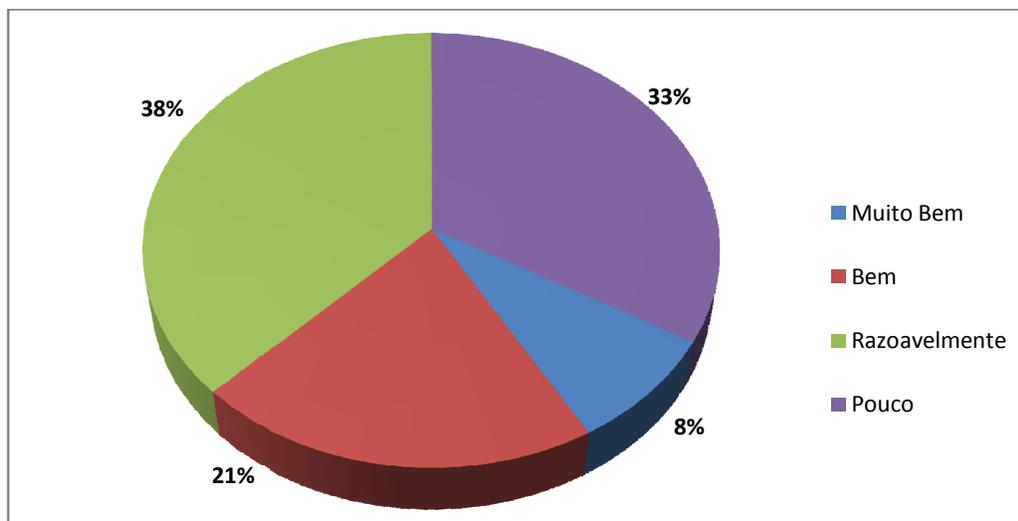
O referido gestor afirmava que o responsável pelo Siops do município, seria um “rapaz” de uma empresa contratada e que se fosse necessário passaria o contato do mesmo para que ele fosse entrevistado. Foi explicado em todas as oportunidades de contato que a entrevista só poderia ser realizada com o gestor, pois ele seria o responsável pelo orçamento e prestação de contas da secretaria e o mesmo reafirmou:

*Meu filho, tudo que você perguntar sobre o Siops eu vou dizer que não sei e vou dizer que quem cuida disso é o rapaz da empresa de contabilidade. Se você quiser pode entrevistar ele e depois eu assino em baixo de tudo o que ele falar*

Nesse caso, especificamente, foi selecionado o gestor do município seguinte na lista da amostra, pois conforme definido na metodologia desse trabalho a entrevista só poderia ser feita presencialmente e diretamente com o gestor.

Os gestores foram abordados sobre como avaliavam o seu conhecimento acerca do Siops, e de qual a sua percepção sobre suas potencialidades de uso do mesmo como ferramenta de apoio à gestão. Os entrevistados que disseram conhecer Bem representaram 8%, e os que afirmaram conhecer Muito Bem o sistema somaram 21% (Gráfico 8).

Gráfico 8—Percentuais dos níveis de conhecimento dos gestores sobre o Siops – Pernambuco, 2013.



Fonte: Elaboração própria, a partir de entrevistas realizadas com os gestores municipais de saúde entre junho e julho/14

Os gestores que afirmaram conhecer Razoavelmente o Siops somaram 38%, outros 33% disseram conhecer Pouco a ferramenta. Assim, 71% dos entrevistados afirmaram conhecer Razoavelmente ou Pouco o sistema. Destacando que nenhum dos 24 entrevistados disse que Não Conhecia o sistema.

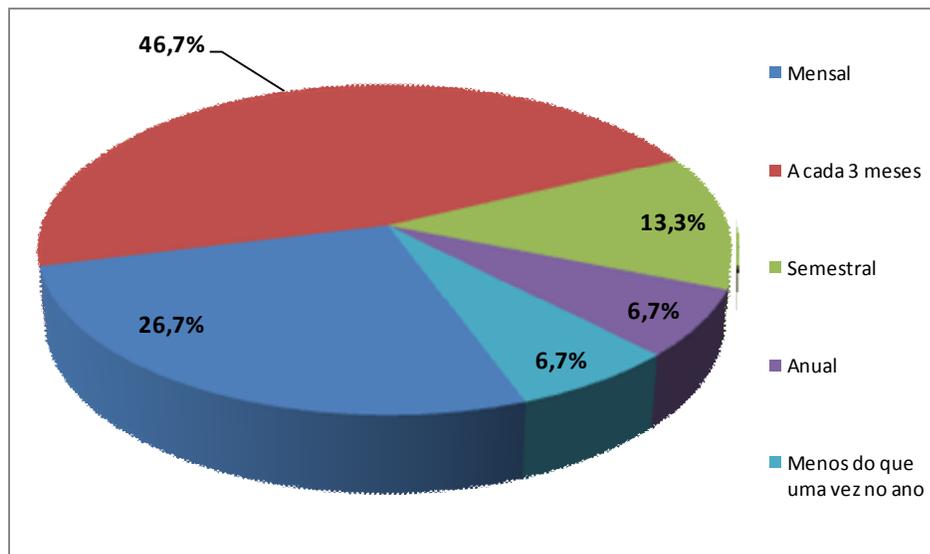
Resta perguntar por que então o sistema não tem sido alimentado. Visto que não há dificuldade e há ampla difusão de informações sobre o Siops, sobre sua importância, suas potencialidades no apoio a gestão, etc. Ou seria o fato dos gestores não conhecerem bem o sistema e tampouco investirem esforços para alimentar corretamente o Siops e ter informações mais atualizadas.

### **5.3.2 Acesso ao Siops: Periodicidade**

Na pergunta seguinte, buscou-se saber se o gestor já tinha acessado a página do Siops. Do total de entrevistados, 62,5% disseram que já ter acessado a página do Siops na internet. Os demais 37,5% afirmaram nunca ter acessado o site do Siops.

A respeito da periodicidade de acesso dos gestores que responderam já terem acessado o site do Siops, 26,7% afirmaram acessar a página do Siops mensalmente. Outros 46,7% dos gestores disseram que acessavam o Siops a cada 3 meses, enquanto 13,3% visitavam a página semestralmente. Dentre os gestores restantes, 6,7% afirmaram que acessavam o Siops anualmente e outros 6,7% acessavam-no menos de uma vez por ano (Gráfico 9).

Gráfico 9–Distribuição dos gestores que já acessaram o Siops segundo a periodicidade (frequência de acessos) – Pernambuco,2013.



Fonte: Elaboração própria, a partir de entrevistas realizadas com os gestores municipais de saúde entre junho e julho/14

### 5.3.3 Importância do Siops para a gestão em saúde

As questões seguintes do formulário de entrevistas apresentam respostas livres dos gestores sobre o Siops, suas funções e potencialidades operativas e gerenciais. Os secretários foram perguntados sobre qual a importância do Siops de acordo com suas próprias percepções.

As respostas foram organizadas em categorias. O uso de categorias consiste no agrupamento de elementos, idéias e expressões que os agreguem de acordo com as similaridades presentes nas respostas (MINAYO, 2002), no sentido de dar corpo aos conjuntos de idéias centrais existentes nas opiniões e percepções dos entrevistados.

A tabela 1 apresenta a distribuição percentual das respostas sobre a percepção dos gestores municipais a respeito da Importância do Siops para a Gestão em Saúde. As respostas a cada uma das 5 categorias listadas na referida tabela serão detalhadamente analisadas e discutidas em sequencia.

Tabela 1 – Distribuição percentual da percepção dos gestores municipais sobre a Importância do Siops para a Gestão em Saúde – Pernambuco, 2013.

Nº	Categorias	%
1	Ferramenta importante de gestão, monitoramento e avaliação dos gastos com saúde	48%
2	Permite conhecer o orçamento do município	9%
3	Possibilita planejamento do orçamento e transparência na aplicação dos recursos	26%
4	Alimentado apenas por obrigatoriedade legal	13%
5	Considera o Siops sem relevância e que contribui pouco para a gestão	4%

Fonte: Elaboração própria, a partir de entrevistas realizadas com os gestores municipais de saúde entre junho e julho/14

- Categoria 1 - Importância do Siops

A primeira categoria foi composta pelas respostas dos gestores que consideram o Siops uma Ferramenta importante de Gestão, Monitoramento e Avaliação dos Gastos em Saúde, somando 48% das respostas. A destacar nessa categoria as falas dos gestores Pitágoras e Sócrates sobre a importância do Siops:

*Ferramenta importante para monitoramento: facilita a discussão com os pares do governo, pois os secretários de saúde penam muito com alguns outros gestores que não percebem a natureza das ações em saúde (gestor Pitágoras).*

*Para monitorar os gastos por elemento e quanto está sendo investido pelo município em saúde (gestor Sócrates).*

Tais afirmações se alinham em certa medida para o que referem Villani e Bezerra (2013) ao sinalizarem para algo que surge como bastante presente na prática dos gestores da saúde que enfrentam conflitos com a área de finanças que pressiona para incluir despesas alheias ao SUS, e há bem pouco tempo ainda tentava interpretar indevidamente a EC 29, alegando que o percentual a ser aplicado deveria ser exatamente 15%, sendo que esse seria o percentual mínimo indicado. Em estudo realizado por Marques e Mendes (2005) foi observado que alguns municípios desconsideraram o conceito de ações e serviços de saúde definido na Resolução nº 322 do CNS (BRASIL, 2003) e incluíam despesas administrativas nas contas da saúde.

Buss e Carvalho (2009) chamam atenção sobre os orçamentos, no sentido de que não haverá programas efetivos sem o respeito à destinação e garantia de aplicação de recursos específicos para os programas e ações em saúde. No caso da saúde a

compreensão das suas peculiaridades por parte dos gestores das áreas com as quais a saúde se relaciona, especialmente no âmbito municipal, são primordiais para a garantia da sua consolidação enquanto política de estado.

- Categoria 2 - Relaciona o Siops com o orçamento do município

A segunda categoria agregou 9% das respostas. Tratam-se dos gestores que consideram o Siops relevante, pois permite conhecer o orçamento do município. Isso pode ser observado na afirmação do gestor Newton:

*Propicia o conhecimento sobre o orçamento de seu município (gestor Newton)*

Branco (2001a) chama a atenção para a importância de que o conhecimento é construído a partir do acúmulo e atualização permanente de informações, pela consolidação e confrontação de antigas e novas informações.

Santos (2005) refere que as configurações dos territórios resultantes do processo de municipalização vão se dar de formas distintas nas diversas localidades estando condicionadas ao conhecimento técnico, político e funcional de cada localidade, garantindo maior poder a quem tiver, em relação aos recursos, maior capacidade de controle e organização. No que se refere à importância do Siops e ao conhecimento que o mesmo oferece sobre orçamento em saúde, o gestor deve buscar a valorização do sistema, visto que se trata de um dos instrumentos de planejamento de caro valor para gestão pública municipal.

- Categoria 3 - Siops X Transparência na Aplicação dos Recursos

A terceira categoria somou 26% das respostas e agrupou os gestores que vêem o Siops como uma ferramenta que possibilita a Transparência na Aplicação dos Recursos, como relata o gestor Freire:

*Possibilita transparência na aplicação dos recursos públicos aplicados na saúde, assim como é um importante instrumento para o planejamento (gestor Freire).*

Muito semelhante ao que foi atribuído ao Siops pelo gestor Nietzsche

*Quando é bem utilizado, é um excelente instrumento de planejamento e gestão, além de fortalecer o controle social (gestor Nietzsche).*

Considerando os fundamentos básicos do Siops, ele assume fundamental importância ao subsidiar com informações a atuação do controle social, visto que, a gestão participativa, a co-gestão do SUS, ainda são espaços pouco ocupados. Campos (2007) destaca que os trabalhadores e a sociedade parecem não ter muita facilidade em fazer uso desse direito/dever, mesmo com os Conselhos de Saúde, por meio de suas Conferências, tentarem ampliar a participação das pessoas na consolidação da implementação do SUS.

No mesmo sentido referem Espírito Santo, Fernando e Bezerra (2012), que o entendimento sobre as questões do financiamento envolvidas na determinação das despesas públicas municipais em saúde além de se fazer necessário, possibilita não só aos gestores e profissionais de saúde, como também aos usuários do SUS uma participação consciente e eficaz no controle social de todo o dinheiro investido, contribuindo, assim, para consolidação do sistema de saúde.

- Categoria 4 - Siops: alimentação por obrigatoriedade legal

A quarta categoria foi formada pelos gestores que consideram que o Siops é alimentado apenas por uma obrigatoriedade legal, como destacado na fala do gestor Epícuro:

*O Siops tem um caráter meramente de cumprimento legal (gestor Epícuro).*

Branco (2001a) destaca que tratar a alimentação de um sistema de informação como um simples “cumprimento de tabela”, compromete a qualidade e a confiabilidade dos dados, prejudica os processos de tomada de decisão e a sua função enquanto instrumento gerador de informação.

O gestor Sêneca, faz uma afirmação de que o Siops já teria seus dados previamente e automaticamente alimentados e fala ainda sobre gestores que não seriam efetivamente ordenadores de despesa.

*É importante (o Siops), embora seus dados são automáticos. Para secretários que não ordenam (suas despesas) é apenas mais um instrumento contábil, seria mais uma questão entre o prefeito e o contador do município. Só aceitei assumir por que seria ordenadora (gestor Sêneca).*

Essa afirmação ressalta a questão dos gestores da saúde que não têm a autonomia para decidir onde e como aplicar seus recursos. Essa decisão fica muitas vezes a cargo dos prefeitos ou de outras áreas da gestão. A negociação do poder de decisão entre o gestor da saúde e o prefeito vai ser resultado direto da relação política que existir entre eles, podendo ser conflituosa e contrária entre os gestores de uma mesma localidade Villani e Bezerra (2013), reforçam a ideia de que se espera que os gestores da saúde tenham orientações decisórias parecidas ou negociadas e acordadas, visto que são componentes do mesmo núcleo do poder executivo local.

Nesse sentido Marques e Mendes (2003), bem como Ribeiro *et al.* (2007) sinalizam a importância de a legislação estar avançando no sentido de buscar garantir ao gestor da saúde a autonomia nos gastos, pois em muitos casos a saúde termina por financiar, com recursos que deveriam ser aplicados exclusivamente em suas atividades finalísticas, ações e serviços como: combate à fome e saneamento, bem como despesas com inativos da área.

- Categoria 5 - O Siops não tem relevância para a gestão

A quinta e última categoria, dessa questão, teve o registro de apenas um gestor, mas foi mantida por que a opinião do mesmo não se assemelhava com nenhuma das outras respostas. O gestor Maquiavel, afirmou que:

*O Siops não trouxe nenhuma relevância do ponto de vista da gestão em saúde. Contribui muito pouco (gestor Maquiavel).*

Assim como observado no estudo de Silva *et al.* (2010), há gestores que desconhecem a utilidade das informações do Siops, e da ferramenta em si, no que se refere ao apoio à gestão.

Essas duas últimas categorias citadas, além de demonstrarem que alguns gestores não conhecem o Siops, também vão de encontro ao resultado da primeira pergunta feita aos gestores sobre o seu nível de conhecimento a respeito do Siops. Não houve nenhuma resposta de não conhecimento do sistema, para essa pergunta, assim tais colocações sobre o Siops não seriam esperadas de gestores que afirmaram ter algum conhecimento sobre a ferramenta.

#### 5.4 Monitoramento do Siops e pendências de envio de dados

Em uma questão seguinte sobre o monitoramento das informações a respeito da aplicação de recursos em saúde, prestadas ao Siops, 95,8% dos secretários responderam que os dados são monitorados regularmente. Das respostas dadas 40% afirmavam que o gestor monitorava sozinho os dados no Siops. Em 25% das respostas o monitoramento era feito por setor ou funcionário da SMS. Outros 17,5% das respostas davam conta que essa tarefa fica a cargo de empresa de Consultoria/Terceirizado. De todos os municípios, 2,5% das respostas sinalizam que o monitoramento era feito pelo Conselho Municipal de Saúde-CMS e outros 2,5% ficava a cargo da controladoria Municipal/Secretaria Municipal de Planejamento-SEPLAG. (Quadro 3).

Quadro 3– Percentuais das respostas sobre quem monitora os dados do SIOPS no Município – Pernambuco, 2013.

<b>Quem monitora os dados do Siops no Município</b>	<b>%</b>
Gestor	40,0%
Setor/Funcionário da SMS	25,0%
Consultoria/Terceirizado	17,5%
Finanças	12,5%
CMS	2,5%
Controladoria Municipal/SEPLAG	2,5%

Fonte: Elaboração própria, a partir de entrevistas realizadas com os gestores municipais de saúde entre junho e julho/14

As Empresas de Consultoria/Contabilidade terceirizadas foram citadas como responsáveis exclusivas pelo monitoramento por 3 gestores, e também citadas como apoiadoras desse monitoramento por outros 4 gestores. Ainda aparecem como apoiadores ou responsáveis por esse monitoramento a Secretaria Municipal de Finanças,

citada por 5 gestores. A Controladoria Municipal e o Conselho Municipal de Saúde foram citados como apoiadores por 1 gestor cada um.

Os gestores também foram perguntados se o seu município apresentava pendências, na alimentação do Siops. Do total de gestores, 17 disseram que não, 5 disseram sim e 2 disseram não saber responder. Nesse caso não seria justificável que 2 gestores que estavam entre os que afirmaram monitorar regularmente o Siops, não soubessem responder se existem pendências na alimentação dos dados do seu município.

Outro fato relevante é que, 2 gestores acreditavam não haver pendências, mas dependiam exclusivamente do escritório de contabilidade, considerado bastante ausente por ambos os gestores, para poder confirmar essa informação. O gestor Newton, que conta com o apoio de uma empresa de contabilidade terceirizada, afirmou ter pendências na alimentação do Siops e justificou que:

*A centralização num só funcionário dificulta a alimentação, devido ao pouco tempo para as atividades (gestor Newton).*

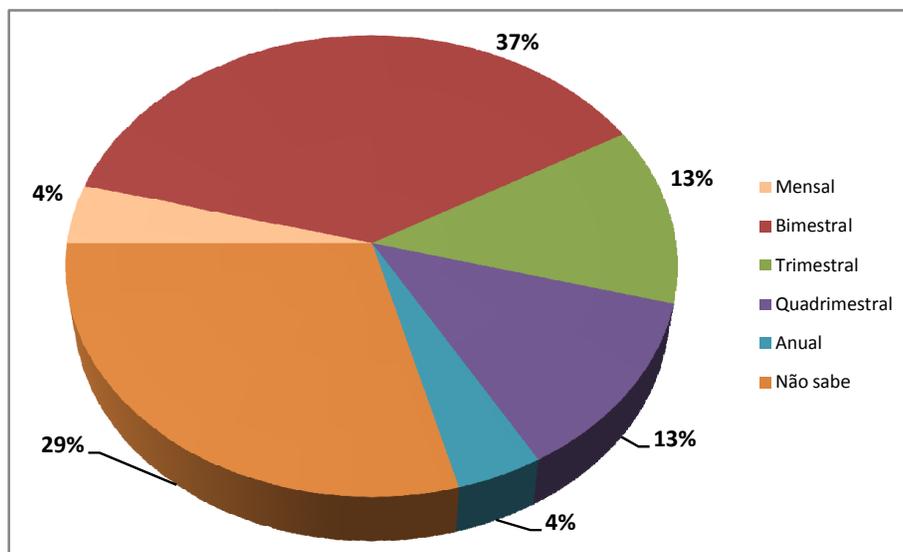
*Essa é uma ferramenta que deve ser mais apropriada pelos gestores de saúde (gestor Platão).*

Como referem Silva *et al.* (2010), a predominante alimentação do Siops feita por empresas terceirizadas ou pela secretaria de finanças dos municípios, muitas vezes acaba por gerar um enfraquecimento do Siops enquanto ferramenta de gestão, bem como gera o seu distanciamento da gestão municipal da saúde. Nesse sentido o gestor Platão fez uma colocação que corrobora com essa idéia:

### 5.5 Periodicidade da alimentação do Siops e percentual obrigatório de gastos

Os gestores também foram perguntados sobre qual é a periodicidade de alimentação dos dados no sistema; essa era uma pergunta aberta. Apenas 37% responderam corretamente como sendo bimestral a alimentação. Vale ressaltar que essa foi uma das maiores mudanças ocorridas na vigência do ano de 2013, deixando de ser semestral como era antes. Nessa pergunta, 73% erraram ou não souberam responder, conforme (Gráfico 10).

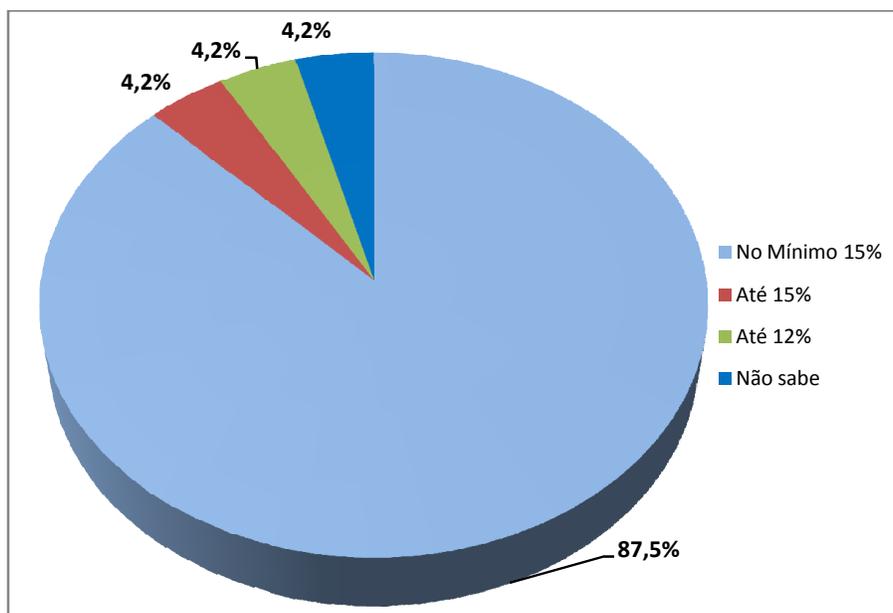
Gráfico 10–Respostas dos gestores sobre a periodicidade de alimentação do Siops – Pernambuco, 2013.



Fonte: Elaboração própria, a partir de entrevistas realizadas com os gestores municipais de saúde entre junho e julho/14

No momento que foram perguntados sobre qual o percentual mínimo, das receitas municipais e transferências, deve ser aplicado na saúde do município, anualmente, 58% dos gestores responderam espontaneamente, que é no mínimo 15%. Esse número aumentou para 87,5% quando foram estimulados com 5 alternativas de resposta (Gráfico 11). Mesmo assim, 4,2% dos gestores responderam que é até 15%, 4,2% disse até 12% e ainda 4,2% não soube responder, mesmo tendo sido dadas as opções de resposta.

Gráfico 11–Respostas dos gestores sobre o percentual mínimo de recursos municipais que deve ser aplicado em saúde – Pernambuco, 2013.



Fonte: Elaboração própria, a partir de entrevistas realizadas com os gestores municipais de saúde entre junho e julho/14

Também foi perguntado aos gestores, diante do que eles conheciam da realidade local dos seus municípios, qual poderia e/ou deveria ser o percentual da arrecadação municipal aplicado na saúde (Quadro 4).

Quadro 4– Opinião dos gestores sobre qual deveria ser o percentual de recursos municipais aplicados em saúde – Pernambuco, 2013.

Percentual que deveria ser aplicado	Quantos gestores deram essa resposta
15%	3
17%	1
18%	2
20%	11
25%	4
27%	1
35%	1
40%	1

Fonte: Elaboração própria, a partir de entrevistas realizadas com os gestores municipais de saúde entre junho e julho/14

Apesar da EC 29/2000 ter sido amplamente discutida por mais de uma década e mais recentemente termos a mesma regulamentada pela LC 141/2011, ainda podemos

encontrar gestores que desconhecem o valor mínimo a ser aplicado em saúde nos municípios (Gráfico 11). No entanto, estes mesmos gestores ao opinarem sobre qual deveria ser o mínimo aplicado, sugerem que deveria ser mais de 15%. Este resultado mostra que se faz necessário qualificação permanente da gestão em saúde, mas que também o gestor sente mais de perto o quanto os recursos são escassos e ainda sugerem a aplicação de um percentual maior, como visto no Quadro 4.

## 5.6 O Siops como ferramenta de apoio à gestão

Sobre o uso e utilidade do Siops enquanto instrumento de apoio à gestão, 66,7% dos gestores disseram que sim, confirmando que se utilizavam dele nas suas atividades de gestão. Os demais 33,3% responderam que não utilizam o Siops para este fim.

Os secretários foram perguntados numa questão seguinte, como avaliavam o Siops no que se refere à consolidação do relatório de gestão (fazendo uso do Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão-SARGUSUS). O SARGUSUS é uma ferramenta eletrônica que foi desenvolvida pelo Ministério da Saúde, para apoiar os gestores municipais na elaboração e envio do Relatório Anual de Gestão - RAG.

As respostas dessa questão foram agrupadas em 5 categorias de acordo com as similaridades e contextualizações das respostas (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição percentual da percepção dos gestores municipais sobre os Siops enquanto instrumento de apoio a Gestão – Elaboração do Relatório Anual de Gestão – Pernambuco, 2013.

Nº	Categorias	%
1	Ferramenta essencial para consolidação do relatório (RAG)	34,8%
2	Fortalece a transparência e o controle social	8,7%
3	Permite avaliar regularmente os recursos aplicados em saúde pelo município e planejar ações.	34,8%
4	Não considera o Siops uma ferramenta importante ou necessária	8,7%
5	Não sabe avaliar - Atividade é executada por empresa terceirizada	13,0%

Fonte: Elaboração própria, a partir de entrevistas realizadas com os gestores municipais de saúde entre junho e julho/14

- Categoria 1 - Siops como Ferramenta Essencial para consolidação do RAG

A primeira categoria é a dos gestores que avaliam o Siops como uma Ferramenta Essencial para Consolidação do Relatório Anual de Gestão – RAG. Essa categoria agregou 34,8% das respostas dos gestores, como a do gestor Foucault:

*Os dois precisam caminhar juntos. Para alimentar o SARGSUS, o Siops precisa estar alimentado (gestor Foucault).*

Branco (2001a e 2001b) afirma que se deve estimular a autonomia na alimentação de sistemas por parte dos municípios e evitar reduzi-los a meros coletores de dados, pois isso compromete sua atuação gerando severas limitações na administração local acerca dos sistemas de informações.

- Categoria 2 - Siops como instrumento que fortalece a transparência e o Controle Social

A segunda categoria agrupou 8,7% das respostas dos gestores que avaliam o Siops na consolidação do RAG como instrumento que Fortalece a transparência e o Controle Social. O gestor Hegel afirma que o Siops:

*É importante à medida que disponibiliza informações para que o controle social possa ter acesso ao investimento em saúde com recursos próprios (gestor Hegel).*

- Categoria 3 - O Siops, permite avaliar regularmente os recursos aplicados em saúde pelo município e planejar ações

Na terceira categoria, assim como na primeira, foram agrupadas 34,8% das respostas. Nesse grupo estão os secretários que avaliam que o Siops permite avaliar regularmente os recursos aplicados em saúde pelo município e planejar ações. Essa opinião pode ser facilmente identificada na fala do gestor Aristóteles:

*Extremamente importante, pois observamos gastos absolutos reais, em cada área da gestão, subsidiando orçamentos futuros (gestor Aristóteles).*

Corroborando com essa afirmação o gestor Sartre diz que

*Um completa o outro para poder avaliar os pesos das ações e efetuar reprogramações e replanejamentos (gestor Sartre).*

- Categoria 4 - O Siops como uma ferramenta que não é eficaz ou necessária

Na categoria 4 foram agrupados outros 8,7% das respostas, os gestores avaliaram o Siops como uma ferramenta que não é eficaz ou necessária, como afirma a fala do gestor Sêneca:

*Algumas informações estão disponíveis no Siops, mas ele não faria falta caso não existisse. O Siops existe como uma mera legalidade e pode não mostrar se de fato foi aplicado em saúde, pois se pode contratar um serviço para a saúde e o prefeito decidir usar em outro lugar (gestor Sêneca).*

Essa afirmação apresenta a necessidade de refletir sobre a questão de que a descentralização da atenção à saúde e a municipalização põem o gestor municipal de saúde como protagonista na consolidação do sistema de saúde. Contudo, as dificuldades enfrentadas por esse ator, muitas vezes são resultantes da carência de dispositivos legais que definam as práticas e estabeleça os limites de poder nos espaços de gestão. (VILLANI e BEZERRA, 2013)

- Categoria 5 - Não souberam avaliar o Siops em relação à elaboração do RAG

A quinta e última categoria dessa questão, agregou 14,3% das respostas e foi formada pelas colocações dos gestores que não souberam avaliar, ou não tinham como avaliar devido ao fato dessa atividade ser executada por Empresa Terceirizada. O gestor Voltaire disse sobre essa tarefa:

*Fica sob a responsabilidade do contador, terceirizado (gestor Voltaire).*

No estudo de Silva *et al.* (2010) já era possível observar nos relatos de secretários municipais de saúde, os quais afirmavam já receberem o relatório do Siops pronto, sem que eles enquanto gestores participassem ou tomassem conhecimento da alimentação desses dados. O que ocorre é que em muitos casos as secretarias municipais de saúde por dificuldades estruturais, de equipamentos, conectividade ou de pessoal,

acabam contratando mão de obra que atua fora da estrutura da secretaria para alimentar os dados de seus sistemas de informação, como o Siops.

### 5.6.1 Uso do Siops na elaboração da Lei Orçamentária Anual - LOA

As questões seguintes indagaram aos gestores sobre a elaboração dos Planos Orçamentários. Quando perguntados sobre a utilização das informações do Siops na elaboração da Lei Orçamentária Anual – LOA, 75% dos gestores responderam que os dados do sistema são utilizados para esse fim, enquanto os 25% restantes não souberam responder, denotando pouca aproximação, destes últimos, com esse importante instrumento que condiciona a execução das ações em saúde no município. Em seguida os gestores foram perguntados sobre quem era o responsável pela elaboração da LOA. Em apenas 5 municípios essa atividade fica sob a responsabilidade da SMS (Quadro 5).

Quadro 5 - Setor(es) responsável(is) pela elaboração da Lei Orçamentária Anual - LOA – Pernambuco, 2013.

<b>Responsável pela elaboração da LOA</b>	<b>Qtde municípios</b>	<b>% Municípios</b>
Empresa de Contabilidade Terceirizada	8	33,3%
Empresa Contabilidade + SMS	7	29,2%
SMS	5	20,8%
Secretaria de Finanças + SMS	2	8,3%
Secretaria de Administração	1	4,2%
Não sabe	1	4,2%

Fonte: Elaboração própria, a partir de entrevistas realizadas com os gestores municipais de saúde entre junho e julho/14

Em 15 municípios essa atividade é feita por empresas de contabilidade terceirizadas, sendo que em 7 destes municípios a SMS acompanha esse processo. Em 2 municípios essa tarefa fica a cargo da Secretaria de Finanças com o acompanhamento da SMS, em outro município quem prepara a LOA é a Secretaria de Administração e por fim, um dos gestores não soube responder quem seria o responsável por essa atividade.

Também foi perguntado se ocorrem reuniões de planejamento entre o gestor e o(s) responsável (is) pela elaboração da LOA. A resposta de 20 secretários foi sim e 4 disseram que essas reuniões não acontecem. Ao serem perguntados se as ações previstas estão programadas por bloco de gestão, 22 gestores informaram que sim e 2 disseram que não.

A última questão abordou os gestores sobre assuntos relacionados às mudanças ocorridas com os novos componentes legais vigentes a partir da competência de 2013. Primeiro se houve uma maior aproximação do gestor com quem alimenta o Siops. Para essa pergunta 19 secretários responderam positivamente, outros 3 responderam que não e outros 2 gestores afirmaram que essa aproximação já existia antes das mudanças na legislação e na periodicidade de alimentação do Siops.

#### **A implantação da Certificação Digital para registro das informações no Siops**

A última questão da entrevista solicitava que o gestor respondesse se houve algum planejamento sobre todas as mudanças e obrigatoriedades para a vigência 2013, em particular sobre o processo de certificação digital.

Um certificado digital é um arquivo de computador que contém um conjunto de informações de pessoas físicas ou jurídicas gravadas num dispositivo eletrônico portátil chamado token. O uso do Certificado Digital confere ao titular a identidade para se autenticar em um sistema e assinar transações, que são transmitidas com a criptografia dos dados, garantindo a transparência e confidencialidade nos processos.

No caso do Siops, o Ministério da Saúde financiou a compra e encaminhou a todos os municípios os tokens. A certificação digital confere aos dados declarados, por previsão legal, fé pública.

Os dados obtidos com essa questão foram classificados, agrupados e ordenados em três categorias listadas na tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição percentual da percepção dos gestores municipais sobre a Implantação da Certificação Digital – Pernambuco, 2013.

Nº	Categorias	%
1	Não Houve Planejamento. Apenas foi cumprida a obrigatoriedade dos prazos.	43%
2	Houve apenas a apresentação do Processo pela Prefeitura, MS ou COSEMS	36%
3	A certificação foi conduzida pela empresa de contabilidade terceirizada.	21%

Fonte: Elaboração própria, a partir de entrevistas realizadas com os gestores municipais de saúde entre junho e julho/14

- Categoria 1 - Não houve nenhum planejamento para implantação da certificação

A primeira categoria consolidou 43% das respostas, e representa os gestores que disseram não ter havido nenhum planejamento, apenas os prazos foram dados e tiveram de ser cumpridos. A esse respeito o gestor Galileu disse que:

*Não houve um planejamento, mas dadas as cobranças foi priorizado, pois além de importante, podem ser sujeitos às penalidades (gestor Galileu).*

Vale salientar que até 2012 a transmissão de dados de receitas e despesas com ações e serviços públicos de saúde, por meio do Siops, era meramente de natureza declaratória. A obrigatoriedade da alimentação do sistema só vigora a partir do exercício de 2013 (BRASIL, 2013) com periodicidade definida e respectivas sanções pelo não cumprimento dos prazos e dos percentuais que devem ser aplicados.

O gestor Sêneca, além de falar sobre a questão de não ter havido nenhum planejamento, ainda faz uma crítica quanto ao papel da Gerência Regional de Saúde-GERES, órgão da Secretaria Estadual de Saúde, responsável por dar apoio institucional e técnico aos municípios.

*Não houve (planejamento), apenas foi estipulada uma data em nível de Geres. Só há cobranças de prazo. A única orientação foi colhida no seminário nacional de acolhimento (promovido pelo MS em Brasília), mas a Geres não apóia (gestor Sêneca).*

- Categoria 2 - Reunião de apresentação da certificação

A segunda categoria agregou 36% das respostas dos gestores. Nela estavam os gestores que disseram ter tido acesso apenas a alguma apresentação ou reunião sobre como se daria o processo, podendo essa apresentação ter sido organizada pela própria prefeitura, pelo MS ou pelo COSEMS, como relata o gestor Pitágoras.

*O Ministério da Saúde realizou alguns eventos nesse sentido para divulgação e orientação. O COSEMS elaborou uma nota técnica para dar apoio aos secretários (gestor Pitágoras).*

Contudo, de forma geral, essa categoria de respostas corrobora com a primeira categoria, no sentido de confirmar que esses gestores não tiveram acesso a um processo de planejamento institucional, programático sobre as mudanças que ocorreriam.

- Categoria 3 – Processo de Certificação Digital conduzido por empresa de contabilidade terceirizada

A última categoria, compreende os 21% restantes das respostas dos gestores, que afirmaram não ter tido muitas informações sobre a Certificação Digital, visto que as atividades relacionadas à mesma foram conduzidas pela empresa de contabilidade terceirizada.

Por meio das entrevistas foi possível também concluir que dentre os 24 municípios componentes da amostra, 15 municípios (62,5%), dependem dos serviços de empresas de contabilidade terceirizadas, delegando a elas parcial ou totalmente as tarefas referentes ao planejamento, monitoramento e registros das suas informações orçamentárias em saúde. A literatura mostra que podem ocorrer muitos prejuízos, não só financeiros, mas também gerenciais e operacionais quando há um distanciamento do gestor em relação aos instrumentos de planejamento, monitoramento e execução orçamentária. Villani e Bezerra (2013) sinalizam que o orçamento pode ser utilizado como meio de descentralização administrativa, de atribuição de obrigações e de apuração de responsabilidades, tanto da instituição, quanto dos tomadores de decisão, no sentido de que a sua aprovação sirva como autorização para a ação enquanto que o processo de controle também é posto em prática simultaneamente.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utilização do critério de observação da aplicação máxima e mínima de recursos municipais em saúde, para seleção dos secretários a serem entrevistados foi bastante satisfatória, pois garantiu que fossem ouvidos gestores de todas as regiões do estado, inclusive com visitas *in loco* nos municípios, quando necessário, sempre respeitando as características locais próprias, bem como observando as diferenças que podem existir entre municípios vizinhos, tanto quanto as semelhanças possíveis entre municípios separados por centenas de quilômetros.

Foi possível delinear o perfil desses gestores municipais dos SUS e constatar que mesmo a maioria tendo, em linhas gerais, uma boa experiência na saúde pública e, também, na gestão da saúde, muitos deles não têm a propriedade que seria adequada sobre o sistema responsável por controlar, monitorar e avaliar a aplicação de recursos financeiros em saúde. Ficou evidente o hiato que existe entre quem opera o Siops e quem responde legalmente por ele.

Ao demonstrarem não ter domínio sobre informações básicas do sistema, como a periodicidade de alimentação dos dados do mesmo, considerando que a inadimplência pode gerar sanções financeiras, fica evidente a fragilidade no que diz respeito à gestão dos recursos do sistema de saúde. O desconhecimento dessa ferramenta gera graves conseqüências à gestão na medida em que não se pode usar bem ou economizar um recurso que não se conhece.

Delegar a alimentação do Siops, a serviços terceirizados, tem um peso importante no não conhecimento da ferramenta e, conseqüentemente, na não utilização do mesmo como um instrumento de apoio à gestão. Faz-se necessário sinalizar no sentido de aproximar e fortalecer o elo do gestor com essa ferramenta e, especialmente, pensar em estratégias para formar quadros dentro da estrutura das secretarias municipais de saúde que sejam capazes de assumir esse papel de alimentação, monitoramento e avaliação dos dados orçamentários da saúde do município, gerando autonomia e possibilitando uma maior aproximação do controle social.

A operação e integração transversal de ferramentas tecnológicas, instrumentos de controle social e de gestão, além de agentes produtores, agregadores e difusores de informações estratégicas são os propulsores de ações que promovem ganhos nas áreas de atuação pública governamental, especialmente na área de saúde, onde os recursos quase sempre escassos se configuram muitas vezes como o divisor de águas entre o adoecimento e a saúde, bem como entre o morrer e o viver.

Esse estudo permitiu observar a importância do Siops enquanto um dos sistemas de informação em uso nos dias atuais. Na medida em que fortalece a integração entre ferramentas, facilita o acesso aos dados referentes à aplicação de recursos em saúde dos entes federados e favorece o controle social, em direção a consolidação do Sistema Único de Saúde.

Também foi possível evidenciar, a partir dos resultados, que apesar da importância do Siops, ele não é conhecido como deveria pelos gestores, tampouco tem o seu potencial de apoio à gestão utilizado. A mudança na legislação que regulamenta a sua alimentação deu novo fôlego ao sistema, contudo ainda se faz necessário trilhar novos caminhos e traçar estratégias que diminuam a distância que existe entre muitos gestores e esse sistema. Para que o gestor possa compreender o Siops sem ficar na dependência da expertise das empresas e consultorias terceirizadas, faz-se necessário o investimento na capacidade de operação do serviço público, gerando habilidade e autonomia no manejo e utilização do Siops em prol da gestão e, conseqüentemente, da população.

Entendendo que um mestrado profissional precisa ter como requisitos o compromisso com a sociedade, com o exercício de uma metodologia, por ser um curso *stricto sensu*, e com a instrumentalização de indivíduos que possam fazer uso eficaz de ferramentas científicas em seus processos de trabalho, escolhemos ter como objeto de investigação uma temática atual, sintonizada com a possibilidade de contribuir com a gestão em saúde no estado de Pernambuco, ao mesmo tempo em que investimos em uma metodologia passível de ser replicada pelos demais entes da federação. Focar na temática do Siops nos convenceu da adequação aos requisitos colocados como balizadores para nossa definição do objeto de investigação. O relato do percurso afirma

nosso compromisso com a metodologia proposta e os resultados e discussão representam nossa contribuição para o conhecimento e investimento no fortalecimento da capacidade de utilização do Siops, bem como para suscitar estudos que aprofundem e ampliem a abordagem aqui explorada.

## REFERÊNCIAS

ARRETCHE, M. **Financiamento Federal e Gestão Local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia.** *Ciência & Saúde*, 8(2) Rio de Janeiro p.331-345, 2003.

BAHIA, L. **Padrões e Mudanças no Financiamento e Regulação do Sistema de Saúde Brasileiro: impactos sobre as relações entre o Público e Privado.** *Saúde e Sociedade*, v.14, n.2, p.9-30, maio-ago2005

BEZERRA, AFB; SANTO, ACGE; SOUSA, IMC; GONÇALVES, RF; DUARTE-NETO, P. **Avaliação da regularidade na alimentação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde em municípios de Pernambuco, 2000 a 2006.** In: Gadelha, CAG; Viana, ALA; Koury, CNS; Silva, FT; Silva, EMT. (Org.). *Avaliação de tecnologias em saúde: seleção de estudos apoiados pelo Decit.* Brasília: Ministério da Saúde, 2011, v., p. 29-29

BODSTEIN, R. **Atenção básica na agenda da saúde.** *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 401-412, 2002.

BRANCO, MAF. **Informação em saúde.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2001a.

BRANCO, MAF. **Informação em saúde como elemento estratégico para a gestão.** In: Ministério da Saúde, organizador. *Gestão municipal de saúde: textos básicos.* Brasília: Ministério da Saúde; 2001b. p.163-9.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de outubro de 1988.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 out. 1988. Seção I. p. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS no 2.203, de 5 de novembro de 1996.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 nov. 1996. Seção I. p. 48.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 29 de 13 de setembro de 2000a**: Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Poder Executivo. Brasília, 2000a

BRASIL. **Lei Complementar nº. 101, de 4 de maio de 2000b**. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS no 322, de 8 de maio 2003**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2003. p. 26.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS no 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 fev. 2006. Seção I. p. 43.

BRASIL. **Decreto no 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 jun. 2011.

BRASIL. **Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012**: regulamentação do § 3º do art. 198 da Constituição Federal. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Poder Executivo. Brasília, 2012a

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha explicativa SIOPS SUS**. Em 2013, o registro de dados no SIOPS passará a ser obrigatório: fique atento aos procedimentos e prazos estabelecidos pela Lei para declaração de despesas com saúde. Brasília, **2012b**. 12 p. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha\\_siops.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_siops.pdf)> Acesso em mar. de 2013.

BRASIL. **Decreto nº 7.827 de 16 de outubro de 2012**: Regulamenta os procedimentos de condicionamento e restabelecimento das transferências de recursos provenientes das

receitas de que tratam o inciso II do caput do art. 158, as alíneas “a” e “b” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159 da Constituição Federal. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Poder Executivo. Brasília, 2012c

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 53 de 16 de janeiro de 2013**: dispõe sobre as diretrizes para o funcionamento do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. Diário oficial da República Federativa do Brasil. Poder Executivo. Brasília, 2013

BUSS, PM; CARVALHO, A.I. **Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008)**. Ciência & Saúde Coletiva, v.14, 2305-2316, 2009

CAMPOS, GWS. **O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, 12(Sup):1865-1874, 2007

DAIN, S. **Os vários mundos do financiamento da saúde no Brasil: uma tentativa de integração**. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, p. 1851-1864, 2007. Suplemento.

ESPÍRITO SANTO, ACG.; FERNANDO, VCN.; BEZERRA, AFB. **Despesa pública municipal com saúde em Pernambuco, Brasil, de 2000 a 2007**. Rev. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 861-871, 2012.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Bookman; 2004.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil dos Estados Brasileiros - Pernambuco, 2014. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=pe> Acesso em: 12/08/2014

KURTZ, RGM. **Relacionamentos interpessoais e aprendizagem organizacional na economia de comunhão: o caso FEMAQ**. 2005. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

LIMA, C. R. A.; CARVALHO, M. S.; SCHRAMM, J. M. A. **Financiamento público em saúde e confiabilidade dos bancos de dados nacionais. Um estudo dos anos de 2001 e 2002.** Cad. de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.22, n. 9, p. 1855-1864, set., 2006.

LIMA, LD; ANDRADE, CLT. **Condições de financiamento em saúde nos grandes municípios do Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, p.2237-2248, 2009

MACHADO JÚNIOR, J. T.; REIS, H. C. **A lei 4.320 comentada e a lei de responsabilidade fiscal.** Rio de Janeiro: IBAM, 1997.

MARQUES, R M; MENDES, Á. **O papel e as consequências dos incentivos como estratégia de financiamento das ações de saúde.** In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto de desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde. Brasília, DF, 2003. p. 71-92.

MARQUES, R. M.; MENDES, Á. **SUS e seguridade social: em busca do elo perdido.** Saúde e Sociedade. São Paulo, v. 14, n. 2, p. 39-49, 2005.

MARQUES, R M; MENDES, Á. **O financiamento do SUS sob os “ventos” da financeirização.** Ciência & Saúde Coletiva, 14(3):841-850, 2009

MINAYO, MCS. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis: Vozes, 2002.

MINAYO, MCS.; SANCHES, O. **Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239–262, jul./set. 1993.

PERNAMBUCO. Plano Estadual de Saúde (PES), 2012-2015. Versão Preliminar. Recife, 2012a. Disponível em: <http://www.saude.pe.gov.br/arquivos/Versao%20Preliminar%202012%20-%202015.pdf>  
Acesso em: 05/08/2014.

\_\_\_\_\_. Secretaria Estadual de Saúde. Gerências Regionais de Saúde. Recife, 2012b. Disponível em: [http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/media\\_crop/29/public/mapa-site-13.jpg](http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/media_crop/29/public/mapa-site-13.jpg) Acesso em: 08/08/2014.

RIBEIRO, JA; PIOLA, SF; SERVO, LM. **As novas configurações de antigos problemas: financiamento e gasto com ações e serviços públicos de saúde no Brasil.** Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n. 37, p. 21-43, jan. 2007.

RIBEIRO, JDT; BEZERRA, AFB. **O protagonismo dos gestores locais de saúde diante da Emenda Constitucional no 29: algumas reflexões.** Saúde Soc. São Paulo, v.22, n.4, p.1014-1023, 2013.

SANTO, A. C. G. E.; TANAKA, O. Y. **Financiamento, gasto e oferta de serviços de saúde em grandes centros urbanos do estado de São Paulo (Brasil).** Rev. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1875-1885, 2011.

SANTOS, AR. **Redes e territórios na política de municipalização da saúde.** In: ENCONTRO DE GEÓGRAFOS DA AMÉRICA LATINA, 10, 2005, São Paulo. Anais... São Paulo: Universidade de São Paulo, 2005, p. 13642-13655.

SILVA, KSB; BEZERRA, AFB; SOUSA, IMC; GONÇALVES, RF. **Conhecimento e uso do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde pelos gestores municipais, Pernambuco, Brasil.** Cadernos de Saúde Pública, v. 26, p. 373-382, 2010

SILVA, MGC; SOUSA, MHL. **Temas de economia da saúde.** Fortaleza: UECE/Expressão. 2005

SOUSA, IMC; SILVA, ASS; Canto, A. **Financiamento no SUS: a Emenda Constitucional 29 e o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde em Pernambuco.** Recife: Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2005.

TEIXEIRA, HV; TEIXEIRA, MG. **Financiamento da Saúde Pública no Brasil: a experiência do Siops.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v.8, Rio de Janeiro p.379-391, 2003.

VIEIRA, FS; ZUCCHI, P. **Financiamento da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde.** *Saúde Soc. São Paulo*, v.22, n.1, p.73-84, 2013

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

# APÊNDICES

## APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE



### UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS - Resolução 466/12)

Convidamos (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa **“atualização e qualificação de dados no uso de tecnologia da informação: avaliação do SIOPS e capacitação de gestores municipais”**, que está sob a responsabilidade da pesquisadora professora Adriana Falangola Benjamin Bezerra, do Programa de Pós Graduação Integrado de Saúde Coletiva do Departamento de Medicina Social do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, Av. Prof Moraes Rego s/n – Hospital das Clínicas – Bloco E 4º andar. Cidade Universitária – CEP 50670-901. Recife/PE Fone/Fax 2126 3766/ 2126-8552, email: afalangola@uol.com.br.

Este Termode Consentimento pode conter alguns tópicos que o/a senhor/a não entenda. Casohaja alguma dúvida, pergunte à pessoa a quem está lhe entrevistando, para que o/a senhor/a esteja bem esclarecido (a) sobre tudo que está respondendo. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, caso aceite em fazer parte do estudo, rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa o (a) Sr. (a) não será penalizado (a) de forma alguma. Também garantimos que o(a) Senhor (a) tem o direito de retirar o consentimento da sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalidade.

#### INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Um dos procedimentos que serão utilizados na coleta de dados é a entrevista, cujo conteúdo será gravado, cabendo a pesquisadora a responsabilidade sobre os registros de voz.

A pesquisa em questão traz para os participantes riscos no que se refere ao constrangimento em responder as questões abordadas. Entretanto, o entrevistado poderá a qualquer momento desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo.

Trará também benefícios no momento que reconhece o ator entrevistado como protagonista do processo e considera suas contribuições para sistematização de um trabalho que poderá desencadear referências para a sua prática específica e o projeto em que está inserido.

A participação na pesquisa não acarretará nenhum custo para o entrevistado e é essencialmente voluntária.

Durante a entrevista a pesquisadora terá como responsabilidade esclarecer qualquer dúvida que venha a surgir sobre a pesquisa e após registro de informações, resguardar a identificação do entrevistado, cabendo a publicação dos dados da pesquisa sob a forma de dissertação ou de outros veículos científicos.

Atesto que guardarei com sigilo, no endereço acima citado, em armário contendo documentos de trabalho e estudo, os registros escritos e de voz, realizados durante a entrevista por um período de cinco anos, devendo posteriormente ser destruídos.

## APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE

O(a) senhor (a) não pagará nada para participar desta pesquisa. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação). Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: [cepccs@ufpe.br](mailto:cepccs@ufpe.br)).

\_\_\_\_\_  
(assinatura do pesquisador)

### CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo **“atualização e qualificação de dados no uso de tecnologia da informação: avaliação do SIOPS e capacitação de gestores municipais”**, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento).

Local e data \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Impressão digital (opcional)

**APÊNDICE B – Carta de Anuência**

COLEGIADO DOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

**CARTA DE ANUÊNCIA**

Declaramos: para os devidos fins, que concordamos com a realização da pesquisa **Atualização e qualificação de dados no uso de tecnologia da informação: avaliação do SIOPS (Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde) e capacitação de gestores municipais**, coordenada pela **Prof.ª Dr.ª Adriana Falangola Benjamin Bezerra**, cujo objetivo é analisar como o SIOPS tem sido aproveitado enquanto instrumento de gestão pelas Secretarias Municipais de Saúde em Pernambuco, bem como analisar as potencialidades do SIOPS no monitoramento do cumprimento da Lei complementar nº 141/2012, no âmbito deste Colegiado dos Secretários Municipais de Saúde do Estado de Pernambuco – COSEMS-PE.

A aceitação está condicionada ao cumprimento da pesquisadora aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os dados e materiais coletados, exclusivamente para os fins da pesquisa.

Recife, em 20/05/2014.

  
Ana Cláudia Callou  
Presidente COSEMS-PE

## APÊNDICE C – Formulário de Entrevistas



### ATUALIZAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DE DADOS NO USO DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO: AVALIAÇÃO DO SIOPS E CAPACITAÇÃO DE GESTORES MUNICIPAIS

#### ROTEIRO DE ENTREVISTA

**ENTREVISTADOR:** \_\_\_\_\_

**MUNICÍPIO:** \_\_\_\_\_ **DATA:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/2014

QUESTÕES SOBRE O PERFIL DO ENTREVISTADO	
1	Sexo: ( )Feminino ( )Masculino Idade:
2	Nível de escolaridade: ( )Fundamental Incompleto ( )Fundamental completo ( )Médio incompleto ( ) Médio completo ( )Superior incompleto ( )Superior completo ( ) Espec. incompleta ( ) Espec. completa ( )Mestrado incompleto ( )Mestrado completo ( )Doutorado Incompleto ( )Doutorado completo ( )Pós Doutorado
3	Área de formação (Graduação/Técnico):
4	Acesso a internet? ( )Diário ( )2 a 5 vezes na semana ( )Semanal ( )Mensal ( )Não acessa
5	Como acessa: ( )Computador pessoal/casa ( )Comp. Trabalho ( )Celular ( )Tablet ( )Outro: _____
6	Como avalia a velocidade da conexão/acesso: ( )Muito Boa ( )Boa ( )Regular ( )Ruim ( )Péssima
7	Tipo de sites que acessa: ( )Notícias ( )Variedades ( )TV/Curiosidades ( )Institucional/Governos ( )Bases de Sistemas ( )Acadêmicos/Científicos ( )Redes Sociais ( )outros: _____
8	Já participou de algum curso/capacitação em gestão? ( )Sim ( )Não Qual?
QUESTÕES SOBRE FORMAÇÃO E EXPERIÊNCIA NO SUS DO ENTREVISTADO	
9	Possui pós-graduação na área de saúde pública? Qual?
10	Trabalha na saúde pública há quanto tempo (anos)?
11	Já foi secretário de saúde ? ( )Sim ( )Não Período(s): ____/____/____ a Em quantos municípios? ____/____/____ Período(s): ____/____/____ a ____/____/____ Período(s): ____/____/____ a ____/____/____
QUESTÕES SOBRE A EXPERIÊNCIA NO SUS DO ENTREVISTADO E SOBRE O SIOPS	
12	Já participou de algum curso com foco na área de gestão financeira/contábil do SUS? ( )Sim ( )Não Qual?
13	Qual Percentual da arrecadação municipal deve ser aplicado/gasto com a saúde? Caso não saiba ou erre: ( )Até 15% ( )Até 12% ( )acima de 15% ( )no mínimo 15% ( )no mínimo 12%
14	Considerando a realidade de arrecadação do seu município quantos % você acha que poderiam ser aplicados na saúde do município?

## APÊNDICE C – Formulário de Entrevistas

*continuação*

15	A Secretaria Municipal de Saúde monitora a aplicação dos recursos? ( )sim ( ) não Se sim, Quem monitora? ( )Gestor ( )Setor/Funcionário da SMS ( )consultoria/terceirizado ( )outra secretaria Qual? _____ ( )Outros: _____
16	Conhece o SIOPS? ( )Muito Bem ( )Bem ( )Razoavelmente ( )Pouco ( )Não Conhece Qual a sua importância? _____
17	Já acessou o site do SIOPS? ( )sim ( ) não Se sim, qual a frequência de acessos? ( )Mensal ( )A cada 3 meses ( )Semestral ( )Anual ( )Menos do que uma vez no ano.
18	Sabe qual é periodicidade de alimentação do SIOPS?
19	O município (apresenta/não apresenta) pendências quanto à alimentação regular do SIOPS (envio dos dados ao sistema), o que contribui para essa situação? <i>(Se responder não sei, perguntar qual sua opinião sobre o assunto).</i> _____ _____
20	Utiliza o SIOPS como ferramenta de apoio à Gestão: ( )Sim ( )Não Se sim, como avaliam o SIOPS no que se refere à consolidação do relatório de gestão (SARGSUS)? _____
21	O SIOPS é utilizado em seu município no que se refere à elaboração do Plano Orçamentário Anual (LOA) do Fundo Municipal de Saúde? Essa atividade é feita pela secretaria ou por empresa de contabilidade terceirizada?
22	Ocorrem reuniões de planejamento entre o gestor da saúde e quem elabora os planos? _____ _____  As ações estão programadas por bloco de gestão? _____
23	Com a nova legislação que regulamenta a alimentação do SIOPS (a partir de janeiro/2013) houve uma maior aproximação entre o Gestor da Saúde e quem alimenta o SIOPS? _____ _____  Houve algum planejamento sobre essas mudanças e sobre o processo de certificação digital? _____ _____

**APÊNDICE D**

**Lista de nomes de personagens da história da humanidade utilizados para codificar os gestores entrevistados de acordo com seus municípios**

<b>Nº</b>	<b>Nome</b>
1	Aristóteles
2	Platão
3	Sócrates
4	Pitágoras
5	Marx
6	Galileu
7	Sêneca
8	Epícuro
9	Maquiavel
10	Newton
11	Foucault
12	Nietzsche
13	Freire
14	Hegel
15	Sartre
16	Voltaire
17	Descartes
18	Bacon
19	Kant
20	Deleuze
21	Dussel
22	Hobbes
23	Marcuse
24	Rousseau