

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

YAN NONATO CATTANI

**TRANSFERÊNCIAS VOLUNTÁRIAS NA SAÚDE: UM ESTUDO DE
CASO DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

SÃO PAULO

2016

YAN NONATO CATTANI

**TRANSFERÊNCIAS VOLUNTÁRIAS NA SAÚDE: UM ESTUDO DE
CASO DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

Dissertação apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, como requisito para obtenção do título de Mestre em Administração Pública e Governo.

Orientador: Prof. Dr. Lauro Emílio Gonzalez Farias

SÃO PAULO

2016

Cattani, Yan Nonato.

Transferências voluntárias na saúde: um estudo de caso do município de São Paulo / Yan Nonato Cattani. - 2016.
124 f.

Orientador: Lauro Emílio Gonzalez Farias

Dissertação (CMAPG) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo.

1. Sistema Único de Saúde (Brasil). 2. Saúde pública - Finanças. 3. Política de saúde pública – São Paulo (SP). 4. Federalismo - Brasil. I. Farias, Lauro Emílio Gonzalez. II. Dissertação (CMAPG) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo. III. Título.

CDU 614(816.11)

YAN NONATO CATTANI

**TRANSFERÊNCIAS VOLUNTÁRIAS NA SAÚDE: UM ESTUDO DE
CASO DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

Dissertação apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, como requisito para obtenção do título de Mestre em Administração Pública e Governo.

Linha de Pesquisa: Transformações do Estado e Políticas Públicas

Data de aprovação:

25/03/2016

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Lauro Emílio Gonzalez Farias (Orientador)
FGV-EAESP

Prof^a. Dra. Ana Maria Malik (Co-orientadora)
FGV-EAESP

Prof^a. Dra. Maria Rita Garcia Loureiro Durand
FGV-EAESP

Prof. Dr. Flávio Estevez Calife
PUC-SP

DEDICATÓRIA

Ao meu amor, Bruna Chaosy Hsu. Sem seu apoio e carinho isto nunca teria sido possível. Conquistaremos muito mais coisas juntos.

AGRADECIMENTOS

Aos professores que me orientaram neste trabalho, Professor Lauro Gonzalez, Professoras Ana Maria Malik, Maria Rita e Cibele Franzese.

Ao pessoal da secretaria de alunos da GV, Tereza e Pâmela, que me ajudaram calmamente em todas as demandas possíveis pelas quais passei neste período como mestrando.

Às amigadas queridas que realizei nesta casa, além do suporte clássico de antigos amigos, sempre os primeiros a ouvirem minhas queixas, em especial Valter Chanes, parceiro nas discussões sociológicas e amigo incentivador nos momentos difíceis.

Aos entrevistados, amigos, colegas e até mesmo desconhecidos que importunei principalmente na etapa final da dissertação, especialmente: Givanildo Duarte, Yuri Câmara, Caio Valiengo, Flávio Porto e Fernando Sette Jr.

Às meninas que me ajudaram na etapa mais desafiadora do Congresso que participei em Toluca, Vianey Castro e Isabela Cattani, minha irmã amada, a qual tenho sorte de ter sempre por perto.

Ao parceiro de FEA, trabalhos, mestrado, revisor sempre pronto, entre outras qualidades, André Avrichir.

À Cassiane Jaroszewski, cujas críticas, correções, revisões e o mais importante de tudo, incentivadora nas horas mais críticas, que me impulsionou e me ajudou a finalizar o trabalho.

À Professora Elize Massard da Fonseca, cuja ajuda com orientação metodológica, contatos, revisão, entre tantas outras ajudas foram fundamentais e que me deram o apoio necessário para que não desistisse deste projeto.

Aos meus amigos da firma, principais vítimas de minha personalidade, que sempre seguraram a barra enquanto não estava presente, que me aguentaram nas horas de estresse e deram apoio moral em todos os momentos: Bruna de Abreu Martins, Rafael Calipo Ciampone, Juliane Reis e Flávia Sapienza, revisora. E em especial, aos principais incentivadores deste projeto, Flávio Calife e Fernando Cosenza, cujo apoio profissional foi primordial para que pudesse realizar este sonho.

Aos meus pais, Celso e Beth, pelo amor de todos os dias.

RESUMO

A análise do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) é extremamente complexa. Enquanto grande parte dos estudos desta temática concentra-se na análise das transferências constitucionais e legais (automáticas) da União e Estados para os governos subnacionais, poucos são os trabalhos dedicados à análise das transferências voluntárias (TVs).

De certa forma, pode-se dizer que tal tema ou é ignorado pela comunidade epistêmica ou é tratado de forma apenas marginal nos estudos acadêmicos. Com o intuito de complementar essa parte pouco explorada da literatura da saúde, o presente trabalho realiza uma análise exploratória sobre a realização de transferências discricionárias efetivadas entre as diferentes esferas de governo e busca compreender a relevância deste tipo de repasse para o financiamento da saúde.

Embasado em conceitos advindos da teoria federalista, o trabalho procura entender se o caso das transferências voluntárias na saúde pode ser considerado como uma expressão do federalismo coercivo. Além da atualização sobre as regras de financiamento do SUS, realizou-se como uma das etapas de análise entrevistas com gestores de saúde, além da análise de dados secundários.

Como conclusões, verificou-se que na etapa de análise documental, as TVs podem ser configuradas como instrumentos de centralização de poder decisório (Misoczky, 2003), uma vez que impõem aos municípios os objetivos desenhados por governos superiores e demonstram uma relação coerciva de federalismo (Watts, 2006; Arretche, 2004). No entanto, a análise de dados do município de São Paulo permitiu relativizar esta situação em termos econômicos, dada a baixa representatividade das transferências voluntárias frente aos gastos totais.

Palavras-chave: *transferências voluntárias, SUS, financiamento, saúde.*

ABSTRACT

The analysis of the financing of the Brazilian Unique Health System (SUS) is extremely complex. The most part of public health financing studies focuses on the analysis of the legal and constitutional transfers (labelled also as “automatic”) of the Union and states to subnational governments, with few works devoted to the analysis of voluntary / discretionary transfers that occurs at the context of SUS.

Such thematic or is ignored by the epistemic community or is treated only marginally in academic studies. In order to complement this unspoilt part of health literature, this dissertation conducts an exploratory analysis of the performance of discretionary transfers effected between the different levels of government, seeking also to understand the relevance of this type of transfer for the health financing.

Grounded on concepts extracted from the federalist theory the work seeks to understand the case of voluntary transfers in the health sector as an expression of coercive federalism. Beyond upgrading the SUS financing rules, it was held as one of the stages of analysis interviews with health managers, as well an analysis of secondary databases.

As conclusions it was found from document analysis stage that the voluntary transfers can be configured as a tool that centralizes the decision-making in policies (Misoczky, 2003) since it imposes on municipalities the objectives drawn by higher governments and demonstrate a coercive relationship of federalism (Watts, 2006; Arretche, 2004). However, the data analysis of São Paulo allowed to relativize this in economic terms, given the low representation of voluntary transfers from the total expenditure in the health area.

Keywords: *voluntary transfers, SUS, financing, health.*

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Evolução dos critérios de vinculação de recursos.....	p. 30
Tabela 2	Transferências voluntárias e despesas em saúde para todos os municípios brasileiros.....	p. 50
Tabela 3	Despesas e receitas de transferências voluntárias para saúde no município de São Paulo.....	p. 51
Tabela 4	Total de Convênios – CGU.....	p. 53
Tabela 5	Classificação por Blocos – Dados do SICONV.....	p. 55
Tabela 6	Convênios de acordo com o SIAFEM.....	p. 56
Tabela 7	Classificação dos convênios de acordo com o SIAFEM.....	p. 57
Tabela 8	Classificação por Blocos – Dados do SIAFEM.....	p. 57
Tabela 9	Convênios de acordo com o Portal de Transparência da capital paulista....	p. 59
Tabela 10	Classificação por Blocos – Dados do Portal de Transparência da capital....	p. 59
Tabela 11	Municípios aptos a receber TV de acordo com a Portaria GM/MS 2.862....	p. 62

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Base de cálculo dos recursos mínimos aplicados em saúde - EC29.....	p. 31
Quadro 2	Fluxos das medidas em termos de poder decisório.....	p.32
Quadro 3	Blocos de financiamento do SUS e margem para discricionarietà.....	p.43
Quadro 4	Quadro-resumo das entrevistas com gestores sobre as TVs.....	p.48
Quadro 5	Resoluções da Secretaria de Saúde de SP para a capital.....	p.64

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AIH – Autorização de Internação Hospitalar
- AIS – Ações Integradas de Saúde
- APAC – Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alto Custo
- CGU – Controladoria Geral da União
- CIB – Comissão Intergestores Bipartite
- CIT – Comissão Intergestores Tripartite
- CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
- CONASS – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
- CPMF – Contribuição Provisória Sobre Movimentação Financeira
- DCIO/SEPLAG-SP – Departamento Consolidação de Informações Orçamentárias da Secretaria de Planejamento e Gestão do Estado de São Paulo
- FAE – Fração Assistencial Especializada
- FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
- FAM – Fator de Apoio ao Município
- FEGE – Fundo de Estímulo à Gestão Estadual
- FEM – Fator de Estímulo à Municipalização
- FIDEPS – Fator de Incentivo ao Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa
Universitário em Saúde
- FNS – Fundo Nacional de Saúde
- FUNASA – Fundação Nacional de Saúde

GPABA – Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada

GPSM – Gestão Plena do Sistema Municipal

GRF/SS-MG – Diretoria de Gestão de Recursos Federais da Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais

ICCN – Incentivo de Combate às Carências Nutricionais

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

IVH – Índice de Valorização Hospitalar

IVH-E – Índice de Valorização Hospitalar de Emergência

IVQ – Índice de Valorização da Qualidade

IVSA – Índice de Valorização do Impacto em Vigilância Sanitária

MS – Ministério da Saúde

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

PAB – Piso de Atenção Básica

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PBVS – Piso Básico de Vigilância Sanitária

PDR – Plano Diretor de Regionalização

PIB – Produto Interno Bruto

PPI – Programação Pactuada e Integrada

PSF – Programa de Saúde da Família

RREO – Relatório Resumido de Execução Orçamentária do SUS

SIA – Sistema de Informação Ambulatorial

SIAFEM/SP – Sistema Integrado de Administração Financeira para Estados e Municípios do Estado de São Paulo

SICONV – Sistema de Gestão de Convênios

SIH – Sistema de Internação Hospitalar

SIOPS – Sistema de Informações Públicas em Saúde

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TFA – Teto Financeiro da Assistência

TFECD – Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças

TFG – Teto Financeiro Global

TFGE – Teto Financeiro Global do Estado

TFGM – Teto Financeiro do Município

TFVS – Teto Financeiro de Vigilância Sanitária

UCA – Unidade de Cobertura Ambulatorial

SUMÁRIO

1	Introdução.....	15
2	Revisão Bibliográfica	18
2.1	O referencial sobre federalismo.....	18
2.2	Evolução das normas do SUS	22
3	Metodologia.....	33
4	Marco regulatório atual, análises e discussão.....	36
4.1	Atualização das diretrizes operacionais do SUS	36
4.2	Análise das entrevistas.....	44
4.3	Análise de convênios e instrumentos congêneres	48
4.4	Análise de portarias e resoluções.....	60
4.5	Discussão.....	67
5	Conclusões.....	70
	Referências	
	Anexos.....	

1 INTRODUÇÃO

Ao longo de seus quase 30 anos de história, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi construído com a participação de uma grande diversidade de atores, embates políticos, discussões acadêmicas, enfim, diversas peculiaridades cujo resultado pode ser traduzido em uma grande mudança do perfil de atendimento do sistema público de saúde.

Analisando a evolução dos critérios de alocação dos recursos da saúde, a partir de 1995 constata-se um redirecionamento de aspectos decisórios, centralizando o poder de regulação exercido pelas autoridades do SUS (Misoczky, 2003). Ao mesmo tempo que este fator contribuiu para dar maior previsibilidade em termos de planejamento orçamentário, transparência e principalmente para automatizar repasses da saúde por meio das transferências fundo a fundo, ele também foi responsável por tornar discricionárias outras incontáveis ações no setor, delegando grande responsabilidade à modalidade de financiamento denominada como “transferência voluntária”.

A maior parte das transferências intergovernamentais são constituídas pelas chamadas “transferências automáticas”, cujos repasses de recursos financeiros são definidos por normas, seguem uma periodicidade, possuem destinação específica e são realizadas diretamente dos fundos federais (ou estaduais) de saúde para os fundos das secretarias estaduais e/ou municipais de saúde¹. Já as transferências voluntárias possuem caráter discricionário, isto é, possuem regras específicas, altamente dependentes da pactuação entre os diferentes níveis de governo.

Ainda assim, sabe-se que a utilização desse tipo de transferência discricionária é bastante enraizada no âmbito do financiamento público da saúde, principalmente pela utilização de convênios – instrumento administrativo de descentralização orçamentária – efetivados

¹ No âmbito da saúde, todas as transferências realizadas entre os fundos federais/estaduais de saúde e que possuem como destino outros fundos das secretarias de saúde dos governos subnacionais são chamadas de “transferências fundo a fundo”. Essas transferências podem ter caráter tanto vinculado por alguma norma, assim como caráter discricionário, como será explicado na sequência.

principalmente para entidades privadas. Ocorre que, mais recentemente, verifica-se que uma série de portarias ministeriais e resoluções estaduais também delegam às transferências fundo a fundo o cumprimento de determinadas transferências voluntárias, fator que torna difícil a distinção entre quais recursos possuem caráter automático e quais recursos possuem caráter discricionário.

Com a maioria dos estudos focados na análise das transferências efetivadas de forma automática, a abordagem teórica da experiência brasileira na área da saúde tem como cerne de sua discussão a determinação sobre o sentido do fluxo das políticas públicas na saúde (dicotomia centralização/descentralização)². Nesse sentido, pode-se dizer que as últimas contribuições seminais realizadas situam-se no campo de estudos sobre o federalismo, pelas obras de Arretche (2005) e Abrucio (2005). Tais obras tratam por diferentes óticas a questão sobre a descentralização de políticas públicas. Enquanto o primeiro trabalha com um conceito próximo da definição chamada na literatura de “federalismo coercivo”, o segundo traz o contraste sobre coordenação centralizada, mais próximo ao conceito de federalismo “cooperativo”.

Portanto, pode-se dizer que a questão das transferências voluntárias (TVs) é um tema que acaba sendo tratado de forma marginal pelos estudos acadêmicos, constituindo uma oportunidade de estudo a fim de compreender melhor a utilização de tais tipos de recursos no setor, à luz das teorias federalistas.

Com o objetivo de complementar os estudos sobre financiamento da saúde no Brasil, em específico as TVs, o presente trabalho procura mapear as informações sobre as TVs realizadas no município de São Paulo e analisar seus aspectos do ponto de vista das relações federalistas.

Com relação à estrutura da análise, essa dissertação está estruturada em cinco capítulos. Após a introdução, o segundo capítulo dedica-se à revisão bibliográfica teórica sobre federalismo e sobre a evolução das normas de financiamento do SUS. O intuito desse capítulo foi identificar as principais vertentes de estudo no federalismo que pudessem embasar o estudo empírico, assim como contextualizar a evolução dos critérios de alocações intergovernamentais de recursos na saúde.

² Ver exemplos como Abrucio e Costa (1998), Franzese (2010), Sano (2008), Ugá (2003).

Após o capítulo dedicado à metodologia empregada, no quarto capítulo é apresentada a discussão sobre o problema empírico: as transferências voluntárias na Saúde, incluindo uma atualização da legislação atual e a análise de dados de diversas fontes para a totalidade de municípios brasileiros e para o município de São Paulo, onde se realiza uma análise quantitativa das TVs, assim como uma classificação desses instrumentos de acordo com os blocos de financiamento do SUS.

Por fim, no quinto e último capítulo, são apresentadas as conclusões.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 O referencial sobre federalismo

O SUS é um sistema financiado pelos três entes federativos. Qualquer linha de estudo que trate desta temática inevitavelmente utiliza-se dos estudos sobre relações intergovernamentais para melhor compreensão do sistema político-administrativo federalista brasileiro. Neste sentido, esta etapa objetiva compreender as diferentes linhas teóricas e os diversos conceitos advindos do federalismo que colaborem para a análise das transferências realizadas de forma voluntária.

Realizando um breve histórico, podemos dizer que o ideal do federalismo contemporâneo, enquanto paradigma de organização política e administrativa do poder, teve sua concepção filosófica modelada no período do Iluminismo, a partir de uma tradição iniciada desde os tempos de Maquiavel. Contudo, Montesquieu talvez tenha sido o principal pensador que abordou tal temática ainda no período do Iluminismo. Sua definição sobre o método federalista de governo tem dois sentidos:

[...] uma convenção pela qual vários corpos políticos consentem em tornar-se cidadãos de um Estado maior que querem formar. É uma sociedade de sociedades, que dela fazem uma nova, que pode ser aumentada pela união de novos associados. (Montesquieu, p.125, 1844/1979)

O próprio Montesquieu, em *Do espírito das leis*, afirma como desejável a moderação dos Poderes, com o fito de evitar um governante despótico, feita pela célebre tripartição dos Poderes, a equipotência (Judiciário, Executivo e Legislativo). Contudo, não a separação destes três poderes em si, mas a interdependência entre eles e suas inúmeras imbricações de funções possuem a capacidade de contrariar um com relação ao outro, moderando sobretudo, o poder Executivo. Mas,

apesar da inovação em suas ideias de equilíbrio do poder, Montesquieu tinha um pensamento conservador: seu principal ponto era fundamentar um texto constitucional que ressaltasse uma incompatibilidade entre governos populares e os tempos modernos. Portanto, defendia como forma ideal de governo aquele com um governante soberano, porém não-eleito, aos moldes ingleses.

É neste ponto que o federalismo americano inova (Hamilton, Madison & Jay, 1788), desmantelando conceitos de uma longa tradição teórica, criando algo novo, contemporâneo, invertendo os conceitos sobre o federalismo criados até então. Se antes Estados-Nação geograficamente grandes eram tidos como ingovernáveis, agora sua amplitude não só física, mas também cultural, com diferentes e múltiplas facções, entre outras pluralidades, era considerada um fator benéfico, que podia ser automoderado neste novo tipo de governo.

Torna-se assim causa e condição para a organização federalista de um Estado a existência de heterogeneidades entre partes de uma nação, sejam elas territoriais, linguísticas, étnicas, socioeconômicas, culturais ou políticas. A federação surge como um mecanismo político, de modo a garantir que dentro de um território estabeleça-se um Estado capaz de manter a unidade ao mesmo tempo em que respeita (por meio da celebração de pactos e da institucionalização de mecanismos de representação) os diferentes grupos componentes: é a fórmula da “unidade na diversidade” (Abrucio, Franzese, & Sano, 2010).

Dentre tantas distinções sobre tipos de governos, atores, poderes, enfim, tantas variáveis que se inter-relacionam, igualmente variadas são as teorias mais recentes sobre o federalismo, cada uma com seu objeto empírico e conseqüente defesa normativa.

De acordo com Watts (2006), em termos históricos, muitos autores foram influenciados preponderantemente pela experiência pioneira americana, realizando as primeiras análises sobre federalismo a partir de uma visão dualista, isto é, admitiam a existência de diferentes esferas de governos que competiam entre si e sofriam com uma interposição de ações. No entanto, o autor ressalta ser equivocada este tipo de análise: tais estudos eram muito focados apenas em questões sobre estruturas legais originais do federalismo e não levavam em consideração outros aspectos, tais como a estrutura política e administrativa entre os governos.

Assim, ao longo do século XX, quando novos estudos começaram a analisar a cooperação administrativa entre os governos e a interdependência entre o governo federal e os governos subnacionais, a cooperação tornou-se a característica dominante dos estudos sobre federalismo. Um exemplo disto é o empenho recente de algumas federações em garantir a *accountability* democrática das ações dos diferentes entes governamentais envolvidos nas políticas públicas conjuntas, experiências que mostram que o conflito entre governos não é mais uma perspectiva realista (Watts, 2006).

Pode-se dizer, portanto, que com a disseminação do federalismo após sua instauração nos EUA no século XVIII, é natural que as experiências sejam adaptadas para a realidade onde são aplicadas (contemplando as heterogeneidades sociais, econômicas, culturais, históricas, entre outros fatores) e balanceadas de modo a atingirem uma coordenação capaz de conquistar objetivos mútuos entre os governos compactuados. Há, portanto, uma linha tênue entre a questão da coordenação de objetivos e hierarquização de poder entre os entes federativos.

De acordo com Watts (2006), a relação entre cooperação e autonomia dos governos torna-se limitada em situações onde um governo detém maior poderio financeiro sobre o outro. Linha estudada por John Kincaid, cuja denominação ficou conhecida como “federalismo coercivo”. Esse conceito trabalha com casos onde um ente federativo, que ao possuir um maior aporte de recursos, acaba por influenciar prioridades em projetos conjuntos, em áreas que não seriam propriamente de sua competência e sim, do governo parceiro.

No âmbito do federalismo brasileiro, o referencial de Arretche (1996; 2002; 2004; 2005) trabalha os aspectos da descentralização de políticas públicas. Resumidamente, para a autora, a ausência de uma combinação entre descentralização fiscal com descentralização de competências acabou por gerar uma centralização do poder decisório, por meio da superposição de ações (do Executivo sobre os demais atores), desigualdades territoriais na provisão de serviços e mínimos denominadores comuns nas políticas nacionais.

Como no Brasil a descentralização fiscal ocorre por meio de um sistema de transferências fiscais realizado de forma desigual³, a expansão das atividades estaduais e municipais foi realizada por delegação de ações impulsionadas pelo Executivo federal, que com sua maior capacidade financeira, administrativa e institucional na condução e regulação de políticas públicas, levou à cabo uma desconcentração da gestão para os demais entes federativos, regulada preponderantemente pelo governo federal – ou no caso específico do setor saúde, conduzida pelo Ministério da Saúde.

Abrucio (2005), por sua vez, ressalta a importância da coordenação no processo de elaboração das políticas públicas. As formas de integração, compartilhamento de regras e decisão conjunta na federação acabam muitas vezes por tornarem-se conflituosas no contexto das relações intergovernamentais.

Citando Pierson (1995), Abrucio afirma que o dilema do compartilhar os processos de decisão entre os entes federativos é que, no caso dos governos subnacionais, eles só entram no esquema conjunto se de fato quiserem. Isso torna o processo altamente dependente de acordos políticos, negociações de veto, jogos de cooperação e decisões conjuntas entre os níveis de governo. Assim, a coordenação é garantida entre os diferentes entes federativos por meio de um arranjo capaz de calibrar competição e cooperação (Abrucio, 2005).

Ao todo, são três os tipos de coordenação federativa elencadas pelo autor: 1) através de regras legais que obriguem os atores a compartilhar decisões e tarefas – definição de competências no terreno das políticas públicas, por exemplo” (Abrucio, 2005, p.45); por meio de fóruns intergovernamentais, ou instância que garanta a defesa dos direitos dos entes federativos (cortes constitucionais); 3) através do governo central no papel de indutor de políticas públicas – por meio da resolução de problemas financeiros dos governos subnacionais ou por sua capacidade de arbitrar conflitos jurisdicionais e/ou políticos.

Como ressalta o autor, caso as condições de “autonomia, direitos originários dos governos subnacionais, a barganha e o pluralismo associados ao relacionamento intergovernamental e os

³ No âmbito de corrigir distorções sócio-econômicas regionais, a legislação brasileira faz com que posteriormente a partilha de tais recursos seja desproporcional se comparada com a representatividade na contribuição da arrecadação realizada por alguns estados e municípios num primeiro momento.

controles mútuos” (Abrucio, 2005, p.46) sejam quebradas, o processo de participação decisório é quebrado, criando de fato uma “hierarquia centralizadora” (Abrucio, 2005).

2.2 Evolução das normas do SUS

Até meados da década de 1970, o sistema de saúde público era extremamente centralizado pelo governo federal⁴, segmentado e excludente. Centralizado devido ao fato de que 70% de todos os recursos destinados à área da saúde eram controlados pelo governo federal (Piola et al., 2013). Segmentado porque, em termos de alocação dos recursos, as responsabilidades ficavam divididas desigualmente entre dois ministérios: o Ministério da Saúde (MS), que possuía cerca de 20% dos recursos, abrangendo preponderantemente ações de campo da vigilância à saúde; e o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), cuja concentração frente ao total de recursos destinados para saúde atingia 80%, sendo sua principal atividade o controle da máquina federal de assistência médica, o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), vinculado ao MPAS (Mendes, 2005). Excludente, pois a assistência médica restringia-se somente à população formalmente empregada, contribuintes da Previdência e seus dependentes, com foco em ações de recuperação da saúde em vez de prevenção de doenças. A forma de atuação era fundamentalmente privada, contratada indiretamente pelo INAMPS. Salvo em alguns municípios e estados com pequenas políticas de amparo à saúde ou mesmo instituições filantrópicas, a maior parte da população encontrava-se descoberta das ações de assistência médica. (Piola et al., 2009).

Até a consolidação constitucional dos direitos à saúde e a criação do SUS, ocorreram diversas tentativas no sentido de reestruturar o sistema de saúde até então vigente. Conforme detalha Piola et al. (2013, p. 8):

Ainda na década de 1970 até meados dos anos 1980, houve algumas iniciativas de levar serviços de saúde à população mais desassistida, entre as quais o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (Piass), as Ações Integradas de Saúde (AIS) e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

⁴ A centralização das políticas públicas de saúde ocorre com bastante ênfase após a padronização dos serviços de saúde dos institutos de previdência realizados em 1960 e sua posterior unificação em 1966, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Para mais detalhes, consultar Paulus e Cordoni, 2006.

(SUDS). Esses foram os principais embriões para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (Piola *et al.*, 2009). Contudo, a exclusão da parcela da população mais pobre ainda era bastante significativa no final dos anos 1980.

Na Constituição Federal de 1988 (CF/1988) a saúde foi inscrita como direito de todos e dever do Estado (Artigo 193). Esse direito deve ser “garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Além da universalidade, a CF/1988 estabeleceu entre os princípios e diretrizes do SUS a integralidade da atenção e a descentralização das ações. Adicionalmente, declarou a saúde como integrante da seguridade social, junto com a previdência e a assistência social. Mesmo compreendendo a saúde como um dever o Estado, a CF/1988 a declarou livre à iniciativa privada (Artigo 199). Assim, o país inicia os anos 1990 com o dever de ampliar o acesso aos serviços de saúde a todos os brasileiros, considerando as diretrizes constitucionais. Adicionalmente, a Lei nº 8.080/1990 estabelece a diretriz de igualdade no atendimento entendida como *igual atendimento para igual necessidade*. Assim, o SUS deveria ser implantado de modo descentralizado visando a universalidade, integralidade e equidade.

As duas leis, contudo, não foram suficientes para regulamentar completamente todas as especificidades do SUS (Costa, 2003). O grande dinamismo e a soberania dos entes federativos, as profundas desigualdades entre regiões, dificuldades de implementação, entre outros fatores, demandaram outros dispositivos normativos, problematizados por meio das chamadas Normas Operacionais Básicas (Carvalho, 2002), NOB (elaboradas em 1991, 1992, 1993, 1996, 2001 e 2002, estas especificamente chamadas de Norma Operacional da Assistência à Saúde, NOAS).

A partir da NOB 01/91, o SUS passou então a ser esculpido a “golpes de portaria” (Goulart, 2001, p.292), instrumentos infralegais que tinham como principal intuito estabelecer direções estratégicas na operacionalização das relações intergovernamentais, pactuando interesses, além de nortear os princípios de ação dos gestores de saúde.

Sendo em essência portarias ministeriais, tais dispositivos eram regulamentações de cunho transitório que possuíam vantagens nas alterações e/ou revogações de instruções demasiadamente rígidas para os objetivos de organização e gestão do sistema, como a Lei 8.080/1990:

A LOS cria vínculos indissolúveis entre a descentralização político-administrativa do SUS, a municipalização e a forma de organização regionalizada e

hierarquizada da rede de serviços. (...) A autonomia política dos municípios e a ausência de hierarquia destes com relação aos estados e à União estimulam fortemente a municipalização do sistema, mas a organização regionalizada e hierarquizada da rede de serviços (...) exige a prática permanente da pactuação e da negociação entre as esferas de governo que caracterizam o federalismo. (Levcovitz, 1997, p.150)

De acordo com Misoczky (2003), essas adaptações incrementais introduzidas pelas portarias acabaram por reforçar a capacidade de indução e controle das mudanças das políticas públicas de saúde por parte do governo federal, por meio de seus mecanismos de financiamento.

Dentre suas principais atribuições, as NOB e NOAS trataram de institucionalizar um padrão de transferência condicionada a alguns critérios pré-estipulados pelo governo federal aos demais entes federativos, variando desde aspectos ligados ao tipo de gestão a ser assumida pelos governos subnacionais, até características demográficas, de capacidade instalada, entre outras.

A NOB 01/92 traz apenas algumas alterações em termos de gestão do sistema de saúde e mais timidamente, na descentralização de recursos. Como o foco em gestão foge às premissas deste trabalho, podemos dizer que em referência à descentralização esta NOB “assume um compromisso com a implantação das transferências automáticas regulares” (Costa, 2003, p. 60).

Uma de suas principais orientações foi deliberar o INAMPS como órgão transferidor de recursos aos estados, Distrito Federal e municípios – o instituto só viria a encerrar suas atividades de fato no próximo ano, 1993. Para os municípios que atendessem aos critérios de transferência regulares e automáticas, estes receberiam já naquele ano 8% das transferências federais automaticamente, enquanto outros 2% seriam também repassados às municipalidades, porém geridos pelas secretarias estaduais, a título de compensação de “demanda hierarquizada” (Costa, 2003).

A partir da introdução da chamada NOB 01/93⁵, são instituídas as transferências regulares e automáticas, diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, vinculadas ao tipo de gestão que os governos subnacionais proporcionavam (fator dependente da capacidade instalada, população e autonomia desejada do governo frente à União, entre outros

⁵ No anexo A encontra-se também o detalhamento das Instâncias Colegiadas (CIB, CIT), relevantes para compreensão da barganha federativa, mas que foge ao escopo deste trabalho.

fatores (Mendes, 2005). Assim, usando as palavras de Mendes (2005, p. 91), as competências (e consequentemente os recursos) ficaram definidos da seguinte maneira:

Na condição de gestão incipiente, os municípios responsabilizavam-se, de forma gradual, pelas seguintes atividades: contratação e autorização do cadastramento; controle e avaliação dos serviços ambulatoriais e hospitalares públicos, privados/filantrópicos contratados no município; distribuição de uma cota de AIH (Autorização de Internação Hospitalar), negociada na Comissão Intergestores Bipartite — composta por representantes da Secretaria de Estado da Saúde e dos municípios — ou o equivalente a 8% da sua população; gerenciamento das unidades ambulatoriais públicas existentes no município; incorporação das ações de vigilância epidemiológica e sanitária; e desenvolvimento de ações de vigilância em saúde do trabalhador.

Na condição de gestão parcial, os municípios responsabilizavam-se, de forma imediata, pelas funções mencionadas na gestão incipiente. Para tanto, deveriam receber mensalmente os recursos financeiros referentes à diferença entre o que foi gasto com o pagamento de custeio direto da esfera federal aos prestadores públicos/privados — lucrativos/filantrópicos (ambulatorial e hospitalar) — e o teto financeiro fixado, baseando-se em uma série histórica de gastos de custeio [...].

De forma detalhada, a gestão semiplena implicava transferir ao município as seguintes responsabilidades: a possibilidade e as condições de planejar seu sistema de saúde; a competência de se relacionar diretamente com os prestadores ambulatoriais e hospitalares públicos e privados/filantrópicos por meio do cadastramento, contratação, controle e pagamento; o gerenciamento de toda a rede pública existente no município, com exceção das unidades hospitalares estaduais de referência regional; a execução e o controle das ações básicas de saúde, da vigilância epidemiológica, sanitária e em saúde do trabalhador existentes em seu território; e a efetiva gerência de todos os instrumentos técnicos e administrativos de gestão.

Para os estados, havia a possibilidade de os governos assumirem somente as gestões parciais ou semiplenas. Enquanto na primeira modalidade a Secretaria de Estado de Saúde (SES) deveria prezar pela coordenação com os municípios em atividades que variavam desde manutenção a investimentos com recursos próprios, vigilância sanitária, laboratórios, hemocentros e serviços de alta complexidade, na segunda modalidade, além dos serviços parciais, a SES deveria realizar diversos tipos de prestação de serviços, notavelmente o pagamento direto de serviços particulares, servidores, entre outros.

No entanto, apesar de avançar no sentido da descentralização administrativa, a NOB 01/93 conservou traços efetivamente centralizadores em termos de poder decisório, constringendo consideravelmente a autonomia dos governos locais em termos da utilização desses recursos (Misoczky, 2003).

A NOB 01/96 contribuiu para aprofundar o processo de descentralização das competências iniciado pela NOB/93. A descentralização financeira passa a ser efetuada em duas modalidades: transferência regular e automática (fundo a fundo) a partir do Fundo Nacional de Saúde para os fundos dos governos subnacionais; ou por meio da remuneração por serviços produzidos, processo discricionário que realiza diretamente o pagamento aos prestadores contratados (público ou privado) (Costa, 2003).

Um de seus principais avanços ocorreu no sentido de especificar e detalhar as responsabilidades dos municípios com relação ao atendimento das demandas de saúde da população, com a divisão de ações de educação em saúde e focalização nos grupos com fatores de risco (comportamentais, alimentares etc.) ou outros tipos específicos (idosos, gestantes, doenças preveníveis por imunização, entre outros) (Misoczky, 2003). É a ainda incipiente versão do que viria a ser a divisão de prioridades por “blocos de financiamento”.

O viés extremamente municipalizante desta normativa acabou por gerar um grande conflito entre os municípios na busca por recursos federais e estaduais, deixando em segundo plano o papel das Secretarias Estaduais de Saúde (SES). As demandas de municípios vizinhos começaram a ser cerceadas, comprometendo os princípios de solidariedade do sistema (Ugá et. al, 2003).

Ainda assim, houve uma importante mudança de direção em termos da condução das políticas pelos governos estaduais, que passou a ter uma maior influência na coordenação com seus municípios, além de focalizar prioridades, notavelmente na atenção básica e em seus programas seletivos (Misoczky, 2003).

A próxima normativa, a NOAS 01/01, trouxe melhorias em alguns pontos que se tornaram “estrangulados” após a regulamentação da última NOB. Esta normativa implicou em perdas em termos de descentralização de competências das ações do SUS. Alguns traços recentralizadores identificados na NOB/96 foram intensificados na NOAS/01. Especificamente, a média e alta complexidade sofria com os impasses intramunicipais, entre outros problemas relacionados ao financiamento baseado na prospecção de atendimentos. A falta de comunicação entre as Secretarias

Municipais e Estaduais também contribuía para a ineficiência da alocação de recursos, além de outras dificuldades derivadas da falta de cooperação técnica da área, como decisões de investimentos, por exemplo (Melamed, 2011).

Os principais objetivos dessa normativa era o de promover maior equidade da alocação dos recursos, com reversão total (ou quase total) da lógica de financiamento centrado na oferta de serviços, incrementando o volume absoluto das transferências fundo a fundo no total de despesas do SUS e redefinindo os tetos financeiros em critérios territoriais e populacionais (Lima, 2011).

Através de um Plano Diretor de Regionalização (PDR), a coordenação interestadual visou, além de solucionar problemas de alocação de recursos, intervenções mais adequadas com o padrão das necessidades de saúde da população local. As “Regiões de Saúde”, tinham como critérios de divisão de base territorial “características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras” (Costa, 2003, p.88). Dentro das regiões, os municípios poderiam ser classificados como pertencentes a três categorias:

1. Módulo Assistencial – território com resolubilidade correspondente ao primeiro nível de assistência (mínimo da Média Complexidade), constituído por um ou mais municípios, com área de abrangência mínima estabelecida para cada Unidade da Federação em regulamentação específica.
2. Município Sede de Módulo Assistencial – município existente em um módulo assistencial que apresente a capacidade de ofertar a totalidade dos serviços, com suficiência, para a sua população e para a população a ele adstrita, ou município em Gestão Plena do Sistema Municipal, com capacidade de ofertar com suficiência a totalidade dos serviços para sua própria população, quando não necessitar desempenhar o papel de referência para outros municípios.
3. Município Polo – município que, de acordo com a definição da estratégia de regionalização de cada estado, apresente papel de referência para outros municípios, em qualquer nível de atenção (Andrade, 2001, p. 91)

Em termos de alocação dos recursos, os mesmos seriam repassados aos municípios sede de módulo responsáveis pelo atendimento de maior contingente de usuários em seus territórios. Assim, a União passaria a programar em seu Plano de Pactuação Integrada (PPI) repasses com montantes calculados *per capita*. Já os estados seriam responsáveis por alocar estes recursos de acordo com o Teto Financeiro de Assistência, ação também detalhada no PPI (Mendes, 2005).

Para os municípios, são criados então três áreas de assistência à saúde. A saber: Atenção Básica, Atenção de Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar e Atenção de Alta Complexidade/Custo. Há também ampliação dos serviços associados à Atenção Básica, com aumento do volume de recursos transferidos fundo a fundo *per capita* (Costa, 2003).

A NOAS 01/02 buscou solucionar três problemas, complementando os processos de gestão iniciado com a norma do ano anterior. Nas palavras de Lima (2011, p. 220):

a) remuneração por serviços produzidos: representa pagamentos efetuados pelo Ministério da Saúde diretamente aos prestadores, referentes às internações hospitalares e aos atendimentos ambulatoriais, excetuados os prestadores de entes subnacionais então habilitados em Gestão Plena ou Semiplena. Essa era a forma predominante de pagamento ao setor privado/conveniado antes da criação do SUS e sua extinção constituiu um dos principais objetivos do processo de descentralização de recursos federais;

b) transferências – ações estratégicas: referem-se aos recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), criado pela Portaria GM/ MS nº 531, de 30 de abril de 1999, e regulamentado pela Portaria GM/MS nº 132, de 31 de janeiro de 2001. Esse Fundo tem por objetivo arcar com os pagamentos dos procedimentos de alta complexidade em pacientes com referência interestadual, próprios da Câmara Nacional de Compensação, e os decorrentes da execução de ações consideradas estratégicas; e

c) transferências – média e alta complexidade: referem-se ao valor dos repasses federais relativos à assistência de alta e média complexidade, dirigidas a estados e municípios habilitados em Gestão Plena e Semiplena, estipulado pela Comissão Intergestores Bipartite do estado, homologado pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) e publicado no Diário Oficial da União.

Embora a NOB 96 tenha instituído a rubrica “Gestão Plena do Sistema Estadual”, que incluía os repasses de média e alta complexidade para estados e municípios habilitados, somente a partir do início das transferências dos recursos previstos nas NOAS – agosto de 2002 – é que tal modalidade passou a evidenciar de forma significativa os recursos específicos de média e alta complexidade.

As NOAS 01/2001 e 01/2002 foram responsáveis por consolidar mudanças que enfatizaram o processo de regionalização do SUS, além de implementar níveis hierarquizados de complexidade na assistência ambulatorial e hospitalar. É também responsável por detalhar ações e serviços específicos para cada nível de atenção, cujos critérios fogem ao escopo deste trabalho.

Voltando ao campo das regras legais e constitucionais, outras duas normas são importantes para questões de descentralização do SUS. São as especificações derivadas da Emenda

Constitucional n° 29 de 2000 (EC 29) e da Lei Complementar n° 141 (LC 141), que estrutura as ações da EC 29.

A promulgação da EC 29 teve como principal intuito estabelecer um mecanismo mais estável de financiamento para saúde, que até então contou com medidas paliativas de vinculação de recursos (Costa, 2008), além de ter recorrentemente passado por situações de paralisia dos serviços públicos de saúde devido à grave situação de subfinanciamento da pasta⁶.

Após tentativas frustradas de obtenção de mais recursos com a criação de tributos, como foi o caso do IPMF (posteriormente CPMF), a EC 29 aumentou o volume de recursos aplicados na saúde ao mudar sua estratégia, quando fixou aos entes federativos percentuais de despesa mínima em ações e serviços públicos de saúde vinculados ao total de receitas desses governos. Assim, a União passou de uma representatividade de 60% no início dos anos 2000, para 44% em 2011; os estados, passaram financiar 26%, aumentado 7 pontos percentuais (p.p.) no mesmo período; enquanto os municípios aumentaram sua representatividade em aproximadamente 8 p.p., totalizando aproximadamente 30% do total de aplicações em ações de saúde (Piola et. al, 2013). A partir desta medida, não importava mais a origem dos recursos, mas sim o cumprimento desta meta (Magdalena, 2012).

De acordo com o trabalho de Costa (2008), a vinculação de transferências destinadas à saúde define os percentuais de aplicação de recursos mínimos anuais para os entes federativos, assim como as características da Lei Complementar⁷ encarregada de avaliar e reavaliar quinquenalmente os dispositivos implementados pela EC 29.

A base de cálculo para aplicações em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) definida pela EC 29 foi implementada gradualmente a partir de sua sanção, variando também a depender do ente federativo tratado, conforme consta na tabela abaixo:

⁶ Ver exemplos citados por Carvalho (2002), como os episódios da “Crise Britto”, “Crise da conversão do Real” e da “Criação do IPMF”. Há também o caso da criação do mecanismo de Desvinculação de Receitas da União (DRU), conforme explica Piola et al. (2013).

⁷ No caso, a Lei Complementar n. 141, a ser detalhada na sequência.

Tabela 1 – Evolução dos critérios de vinculação de recursos

Percentuais Mínimos de Vinculação		
Ano	Estados	Municípios
2000	7%	7%
2001	8%	8,6%
2002	9%	10,2%
2003	10%	11,8%
2004	12%	15%

Fonte: CNS (2003)

No caso da União, o governo ficou desobrigado a vincular um percentual, sendo seu montante inicial considerado o empenho referente ao ano 2000 acrescido de 5%, e a partir de 2001, em diante uma correção pela variação nominal do PIB do ano anterior – com a observação de que os montantes aplicados em determinado ano não poderiam ser menores do que nos anos anteriores.

Em termos de composição do financiamento, a EC29 definiu como fontes tanto os próprios impostos arrecadados dos governos estaduais e municipais, quanto as transferências vinculadas (constitucionais e legais), detalhadas pelo arcabouço legal constituído até aquele momento (e que posteriormente foram atualizadas por portarias do MS) (Costa L. R., 2008). Este valor é ainda diferente para cálculo do Distrito Federal, que possui bases de arrecadação tanto municipais como estaduais, sendo um misto entre tais regulações. De forma resumida, a base de cálculo para estados e municípios encontra-se detalhada na tabela abaixo:

Quadro 1: Base de cálculo dos recursos mínimos aplicados em saúde - EC29

Estados	Municípios
ICMS (75%)	ICMS (25%)
IPVA (50%)	IPVA (50%)
ITCD	IPTU
Simples	ISS
Imposto de Renda Retido na Fonte	ITBI
Quota-parte FPE	Quota-parte FPM
Quota-parte IPI - exportação (75%)	Quota-parte IPI - exportação (25%)
Transferência LC 87/96 - Lei Kandir (75%)	Quota-parte ITR
Dívida Ativa Tributária de Impostos	Transferência LC 87/96 - Lei Kandir (25%)
Multas, juros de mora e correção monetária	Dívida Ativa Tributária de Impostos
	Multas, juros de mora e correção monetária

Fonte: CNS (2003)

Atendendo à especificação da EC 29, a LC 141 é sancionada em 13 de janeiro de 2012. De acordo com seu artigo 17, o “rateio dos recursos da União vinculados a ações e serviços públicos de saúde e repassados (...) aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios observará as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde (...)”. Nos dois primeiros parágrafos deste mesmo artigo, a lei delega à Comissão Intergestores Tripartite (CIT) o papel de decidir o montante anual de recursos para custeio a ser enviado aos governos subnacionais, além de priorizar, no montante referente aos investimentos, “critérios que visem a reduzir as desigualdades na oferta de ações e serviços públicos de saúde e garantir a integralidade da atenção à saúde”. São novos critérios adicionados às já complexas definições de partilhas do recursos no SUS.

A norma ainda introduz oficialmente a utilização das chamadas “transferências voluntárias” como método complementar das transferências intergovernamentais no âmbito do SUS⁸. No capítulo seguinte encontra-se a discussão mais técnica, com extração de dados agregados, leis e opiniões de especialistas e também com o estudo de caso do município de São Paulo.

⁸ Pode-se dizer que esta é a lei que de fato institucionaliza a utilização das TVs entre os entes federativos, apesar de já utilizadas no sistema, de acordo com as normas previamente analisadas neste trabalho.

Abaixo segue um quadro-resumo com as principais evoluções em termos da relação descentralização/centralização de poder decisório:

Quadro 2: Fluxos das medidas em termos de poder decisório

Normas	Sentido do fluxo	Método Previsto	
Constituição Federal 1988	Descentralizador	Competências: genérico	Fiscal: 30% do OSS até implementação da 1ª LDO
Lei 8.080/90	Descentralizador	Competências: genérico - detalhado pelas NOBS	Fiscal: repasses a gov. subnacionais com critérios demográfico, epidemiológico e estruturais*
Lei 8.142/90	Descentralizador	Competências: genérico - detalhado pelas NOBS	Fiscal: estabelece as transf. regulares e automáticas
NOB 91	Descentralizador	Competências: recursos de custeio e investimento; uniformização de tabelas de pagamentos	Fiscal: condiciona as transferências
NOB 92	Descentralizador	Fiscal e competências: edita critérios de gestão as transf. regulares e automáticas	
NOB 93	Descentralizador	Fiscal e competências: coloca em funcionamento transf. regulares e automáticas executadas a partir de critérios de gestão; Instâncias Colegiadas	
NOB 96	Centralizador	Competências: divisão de ações de educação em saúde e focalização nos grupos com fatores de risco ou outros tipos específicos;	Fiscal: expansão das transf. fundo a fundo e diminuição remuneração por serviços produzidos; média e alta complexidade financiada pela União
NOAS 2001 e 2002	Centralizador	Competências: criação do PDR e prioridades por módulos, pólos de gestão	Fiscal: distribuição por sede de módulo; diminuição da remuneração por serviços produzidos; componentes assis. farmacêutica financiadas pela União
	Centralizador		
EC 29 e LC 141	Centralizador	Despesas mínimas impostas aos gov. subnacionais e estabelecimento das TVs, analisadas caso a caso	

Fonte: Costa (2003) e normas pesquisadas. Elaboração do autor.

*perfis epidemiológico e demográfico, capacidade instalada, desempenho técnico, econômico e financeiro e da previsão do plano quinquenal de investimentos.

3 METODOLOGIA

Levando em consideração o histórico das normas regulamentadoras do SUS e seus fluxos recentes de centralização do poder decisório (Misoczky, 2003), assim como os conceitos adquiridos sobre as teorias que tratam do federalismo coercivo e coordenação federativa, a pesquisa é orientada pela seguinte pergunta:

As transferências voluntárias na saúde podem ser consideradas uma expressão do federalismo coercivo?

Entende-se por “expressão do federalismo coercivo” qualquer tipo de comportamento que implique em uma relação assimétrica de poder entre os entes federativos por estas políticas relacionados.

Dessa forma, a análise de cunho exploratório (Yin, 1994) visa compreender o fenômeno das transferências voluntárias na área da saúde e estabelecer um referencial teórico e empírico sobre as suas modalidades de repasse, dada a incipiente literatura sobre o tema⁹.

Diante da impossibilidade de analisar de forma criteriosa todos os tipos de transferências voluntárias existentes em todas municipalidades e estados, escolheu-se como estudo de caso o município de São Paulo. O fato do município ser palco de centenas de transferências voluntárias todos os anos fornece uma série temporal mais estável, com periodicidade bem definida, além de evitar a inclusão de valores extremamente discrepantes na análise.

Como estratégia de pesquisa, o primeiro passo foi a realização de uma pesquisa documental. Esse levantamento foi efetuado nas bases de dados SCIELO, JSTOR, Google Acadêmico, acervo da Biblioteca da Escola de Administração de Empresas da Fundação Getúlio Vargas e Biblioteca Virtual de Saúde do Ministério da Saúde. Foram utilizadas palavras-chave como: financiamento da saúde; critérios de alocação de recursos; recursos discricionários, discricionariedade, transferências voluntárias; transferências voluntárias na saúde; vinculação de

⁹ De acordo com Arretche e Fonseca (2013), as transferências voluntárias são tão presentes no financiamento da saúde que em muitas situações elas nem são mais consideradas como de fato “voluntárias”.

receitas; federalismo; descentralização de recursos; saúde; sistema único de saúde; SUS; função saúde; área da saúde. Nessa etapa, também foram estudados trabalhos acadêmicos, documentos, normas e manuais técnicos que permitissem a compreensão da evolução das regras de financiamento do SUS até dezembro de 2014. Assim, não foram contempladas normas sancionadas em data posterior e que agem de forma retroativa nos critérios de alocação de recursos da saúde.

O segundo passo foi realizar entrevistas com gestores¹⁰ da área da saúde, de modo a complementar a análise documental e nortear os aspectos a serem analisados. Para tanto, foram escolhidos gestores que atuassem em cargos de chefia e que estivessem diretamente ligados ao planejamento e elaboração orçamentária. Na primeira série de entrevistas foram abordados gestores de nível estadual, que colaboraram descrevendo o processo de efetivação das TVs do estado para os municípios e também com informações sobre as TVs realizadas da União para com os Estados. Já na segunda série de entrevistas, objetivou-se captar a percepção do gestor municipal sobre processo de efetivação das TVs. Para tanto, além das perguntas aplicadas aos gestores estaduais também foram estendidas perguntas específicas sobre a dinâmica no recebimento das TVs no município.

Na consulta de dados secundários, compilou-se informações de diversas bases de modo a compreender o papel dos convênios nas transferências voluntárias. Para tanto, em âmbito federal foram analisadas as seguintes bases: Sistema de Informações Públicas em Saúde do SUS (SIOPS/SUS) e Relatório Resumido de Execução Orçamentária do SUS (RREO/SUS); dados do Portal da Transparência, administrado pela Controladoria Geral da União (CGU), e do sistema de gestão de convênios (SICONV), gerido pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; dados disponibilizados por alguns dos órgãos de descentralização orçamentária como o Fundo Nacional de Saúde (FNS) e Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Em âmbito estadual, abordou-se os dados do Sistema Integrado de Administração Financeira para Estados e Municípios (SIAFEM), providos pelo Portal de Transparência do Estado de São Paulo, administrado pela Secretaria da Fazenda do governo estadual paulista. Já para o município, foram contempladas as informações procedentes do Portal de Transparência do Município de São Paulo (PTMSP).

¹⁰ A lista com os gestores de saúde entrevistados está no Anexo D.

Já para os dados do SICONV, SIAFEM e do PTMSP, foram realizadas análises com informações referentes ao objeto e à atividade principal do convenente. Suas classificações ocorreram de acordo com a visão de “Blocos de Financiamento” definida pela Portaria do Gabinete do Ministro da Saúde (GM/MS) n. 204, de 29 de janeiro de 2007, e foram realizadas através das descrições do objeto do convênio, assim como informações do próprio convenente. Tais classificações encontram-se detalhadas no Anexo C. Adicionalmente, para os dados do SIAFEM, foram analisados 640 convênios escolhidos de forma aleatória, em um universo de 1.636 transferências voluntárias realizadas do Estado de São Paulo à capital no período.

Na análise das normas que habilitam municípios a receberem transferências voluntárias, diante da impossibilidade de discriminar todo o universo de resoluções e portarias que efetivam TVs para capital paulista, elencou-se uma amostra de portarias do Ministério da Saúde, assim como resoluções da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, sendo uma etapa importante para exemplificar e explicar o papel das portarias ministeriais e resoluções das secretarias estaduais de saúde nas transferências voluntárias.

No último passo, na parte de discussão, concentrou-se a análise agregada de todos os dados compilados, estabelecendo a relação entre a teoria e a prática, culminando por fim na conclusão dessa dissertação.

4 MARCO REGULATÓRIO ATUAL, ANÁLISES E DISCUSSÃO

4.1 Atualização das diretrizes operacionais do SUS

Antes de entrar no caso específico do município de São Paulo, nesta etapa são elencadas uma série de normas responsáveis por atualizar o marco regulatório de operacionalização do SUS pós EC 29. São também contextualizados os efeitos de centralização de poder decisório, assim como os critérios de alocação de recursos para os entes federativos.

Seguindo a ordem cronológica observada no item 2.2 do trabalho, a última norma aqui descrita e responsável por diretrizes de operacionalização foi a NOAS 01/2002. Após essa norma, somente em 2007 foram editadas novas regras, a partir da Portaria do Gabinete do Ministro da Saúde (GM/MS) n. 204, de 29 de janeiro.

Esta norma consolida a regulamentação e instruções sobre o financiamento e transferência de recursos federais para ações e serviços de saúde na forma de blocos de financiamento, assim como o monitoramento e controle destes recursos (Ministério da Saúde, 2007). É ela que delimita os parâmetros atuais de alocação de recursos realizada entre os blocos de financiamento do SUS, sejam eles realizados via transferências automáticas ou via transferência voluntária.

De modo geral, a normativa estabelece um ajuste fino às práticas consolidadas de transferência intergovernamental já iniciada pelo “Pacto pela Saúde” de 2006, programa governamental reformista que promoveu uma série de mudanças nos instrumentos de gestão do SUS, redefinindo papéis de gestores e implementando o chamado Termo de Compromisso de Gestão (TCG), que no caso da alocação de recursos acaba substituindo “os processos de habilitação das várias formas de gestão anteriormente vigentes e estabelece metas e compromissos para cada ente da federação, sendo renovado anualmente” (Conselho Nacional de Saúde, 2006).

Nesse sentido, a Portaria 204 GM/MS atualiza alguns critérios de alocação dos recursos, além de regulamentar algumas especificidades dos componentes (sub-blocos) dos blocos de financiamento delimitados pelo Pacto pela Saúde. Segue na íntegra a publicação do FNS referente à essa portaria (grifo nosso):

A Portaria GM/MS n. 204, de 29 de janeiro de 2007, regulamentou o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde, com o respectivo monitoramento e controle. Os recursos federais destinados às ações e serviços de saúde passaram a ser organizados e transferidos na forma de Blocos de Financiamento. **São seis os Blocos de Financiamento:**

1 -Atenção Básica;

2 -Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar;

3 -Vigilância em Saúde;

4 -Assistência Farmacêutica;

5 -Gestão do SUS;

6 -Investimentos na Rede de Serviços de Saúde.

Os blocos de financiamento são constituídos por componentes, de acordo com as especificidades de suas ações e os serviços de saúde pactuados. **Os recursos federais que compõem cada bloco de financiamento são transferidos aos estados, Distrito Federal e municípios, fundo a fundo, em conta única e específica para cada bloco de financiamento, observados os atos normativos específicos.**

Bloco de Atenção Básica

O bloco da Atenção Básica é constituído por dois componentes:

I. Componente Piso da Atenção Básica - PAB Fixo;

II. Componente Piso da Atenção Básica - PAB Variável.

O Componente Piso da Atenção Básica - PAB Fixo refere-se ao financiamento de ações de atenção básica à saúde, **cujos recursos são transferidos mensalmente, de forma regular e automática,** do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e dos municípios.

O Componente Piso da Atenção Básica - PAB Variável é constituído por recursos financeiros destinados ao financiamento de estratégias realizadas no âmbito da atenção básica em saúde.

Os recursos do Componente PAB Variável são transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e dos municípios, mediante adesão e implementação das ações a que se destinam e desde que constantes no respectivo Plano de Saúde.

Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar

O bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar é constituído por dois componentes:

I - Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar -MAC;

II - Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC.

Os recursos federais são transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos estados, Distrito Federal e municípios, conforme a Programação Pactuada e Integrada, publicada em ato normativo específico.

Bloco de Vigilância em Saúde

As Portarias GM/MS n. 3252, de 22 de dezembro de 2009, e GM/MS n. 1106, de 12 de maio de 2010, alteraram dispositivos da Portaria GM/MS n. 204/07. Os

recursos que compõem o bloco financeiro de Vigilância em Saúde dos municípios, do Distrito Federal e dos estados representam o agrupamento das ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças e de vigilância sanitária. O bloco de financiamento para a Vigilância em Saúde é constituído por dois componentes:

- I. Componente da Vigilância e Promoção da Saúde;
- II. Componente da Vigilância Sanitária.

Bloco de Assistência Farmacêutica

As Portarias GM/MS n. 2981 e GM/MS n. 2982, ambas de 26 de novembro de 2009, alteraram dispositivos da Portaria GM/MS n. 204/07. O bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica é constituído por três componentes:

- I. Componente Básico da Assistência Farmacêutica;
- II. Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica;
- III. Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

O Componente Básico da Assistência Farmacêutica destina-se à aquisição de medicamentos do elenco de Referência Nacional de Medicamentos e Insumos Complementares para a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica.

O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica destina-se ao financiamento de ações de assistência farmacêutica e programas de saúde estratégicos.

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do Sistema Único de Saúde caracterizada pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde

Bloco de Gestão do SUS

O bloco de financiamento para a Gestão do SUS é constituído de dois componentes:

- I. Componente para a Qualificação da Gestão do SUS;
- II. Componente para a Implantação de Ações e Serviços de Saúde.

A transferência dos recursos do Componente para a Qualificação da Gestão do SUS dar-se-á mediante a adesão ao Pacto pela Saúde, por meio da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão e respeitados os critérios estabelecidos em ato normativo específico.

A transferência dos recursos do Componente de Implantação de Ações e Serviços de Saúde será efetivada em parcela única, respeitados os critérios estabelecidos em cada política específica.

Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde

Em 2009, a Portaria GM/MS n. 837, de 23 de abril, alterou e acrescentou dispositivos à Portaria GM/MS n. 204/2007, para inserir o bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de financiamento relativos à transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

O bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde é composto por recursos financeiros **que são transferidos mediante repasse regular e automático do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde Estaduais, Municipais e**

do Distrito Federal, exclusivamente para a realização de despesas de capital, mediante apresentação de projeto, encaminhado pelo ente federativo interessado ao Ministério da Saúde.

De forma a tentar identificar as possíveis lacunas jurídicas que possibilitem a transferência de recursos voluntários, optou-se nessa etapa por realizar uma análise bloco a bloco, levando em consideração as diversas alterações institucionais ocasionadas desde o período em que entrou em vigência a portaria n. 204/2007 até os dias atuais.

Levando em conta essas considerações, na parte da Assistência Básica onde são tratadas especificamente as ações do Componente do PAB (Piso da Atenção Básica) Fixo, o tipo de repasse a ser efetuado é do tipo fundo a fundo, porém sem especificações para o caso das TVs. No caso do PAB Variável, as transferências regulares e automáticas só ocorrerão aos governos subnacionais “mediante adesão e implementação das ações a que se destinam e desde que constantes no respectivo Plano de Saúde”. A “adesão à implementação de ações” é um procedimento que permite ao governo subnacional o recebimento das TVs.

As chamadas “estratégias” desse último componente (subdivisões dos blocos) são: 1) Saúde da Família; 2) Agentes Comunitários de Saúde; 3) Saúde Bucal; 4) Fator de Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas; 5) Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário; 6) Incentivo para a Atenção Integral à Saúde do Adolescente em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória; 7) outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico.

Na prática, o repasse a algumas dessas estratégias aos governos subnacionais podem receber repasses oriundos de transferências voluntárias, desde que pactuadas nas CIB. São eles os incentivos para “Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário” e “Atenção Integral à Saúde do Adolescente em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória”. Há ainda o incentivo categorizado dentro da estratégia “Saúde da Família” chamado “Serviço de Atenção Domiciliar” (SAD), cuja dotação de recursos fica delegada ao Ministro de Estado de Saúde, conforme aponta os artigos 38º e 45º da Portaria n. 963 de 27 de maio de 2013.

Os repasses destinados ao bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, devem constar no Programação Pactuada e Integrada e poderão ser transferidos de

modo discricionário, desde que acordado entre as partes e publicado em ato normativo específico. São dois componentes: Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC) e Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC).

No MAC, os incentivos considerados são: 1) Centro de Especialidades Odontológicas - CEO; 2) Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU; 3) Centro de Referência em Saúde do Trabalhador; 4) Adesão à Contratualização dos Hospitais de Ensino, dos Hospitais de Pequeno Porte e dos Hospitais Filantrópicos; 5) Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa Universitária em Saúde – FIDEPS; 6) Programa de Incentivo de Assistência à População Indígena – IAPI; 7) Incentivo de Integração do SUS – INTEGRASUS; 8) outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo.

O FAEC (Fundo de Ações Estratégicas e Compensação) é um componente temporário nessa norma. Seus procedimentos ambulatoriais são gradativamente incorporados aos do limite financeiro do MAC, sendo seu financiamento detalhado em portaria específica, juntamente conforme cronograma e critérios a serem pactuados na CIT, havendo, portanto, margem para transferências discricionárias. Seus incentivos destinam-se aos seguintes procedimentos: 1) procedimentos regulados pela Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade (CNRAC); 2) transplantes e procedimentos vinculados; 3) ações estratégicas ou emergenciais, de caráter temporário, e implementadas com prazo pré-definido; 4) novos procedimentos.

As regras de financiamento do bloco foram alteradas por duas normas mais recentes, a GM/MS n. 1.106 de 12 de maio de 2010 e a GM/MS n. 1.378 de 9 de julho de 2013. A primeira é responsável por criar a divisão do financiamento entre o Componente de Vigilância em Saúde e o Componente da Vigilância Sanitária, indicando como modalidade de financiamento as transferências realizadas fundo a fundo, desde que alocadas em contas específicas de cada componente. Já a segunda define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União e governos subnacionais, sujeitos às normas complementares editadas pela Secretaria de Vigilância em Saúde e Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Ou seja, a depender da portaria, abre margem para efetivação de transferências voluntárias.

Para o componente de Vigilância em Saúde há uma divisão em partes fixa e variável (Piso Fixo de Vigilância em Saúde (PFVS) e Piso Variável de Vigilância em Saúde (PVVS)). Para o Componente da Vigilância Sanitária, o fracionamento é análogo, sendo o Piso Fixo de Vigilância Sanitária (PFVisa) e o Piso Variável de Vigilância Sanitária (PVVisa). Para o PFVisa, o financiamento se dá por um limite mínimo repassado tanto para estados, quanto para municípios.

O financiamento da Assistência Farmacêutica é também redefinido em norma posterior, a Portaria GM/MS n. 2982 de 26 de novembro de 2009. De acordo com o art. 2 da Portaria, os medicamentos relacionados na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) deverão ser custeados pelos três governos, sendo os valores das contrapartidas estaduais e municipais definidos pelas pactuações nas respectivas CIB. Por parte do governo federal, os recursos financeiros são transferidos em 12 parcelas mensais, enquanto para os governos estaduais cabe à CIB a determinação da periodicidade e dos valores dos recursos transferidos. Predominam assim as transferências automáticas nesse bloco.

Contudo, conforme consta na portaria 1.555 de 30 de julho de 2013 que regula o “Componente Básico”, apesar de haver a especificação da participação de cada ente federativo na alocação dos recursos, não há definição sobre o tipo de modalidade (fator tampouco discriminado na portaria 204/2007). Existe, portanto, espaço para utilização das transferências voluntárias.

A diferença do “Componente Básico” para o “Componente Estratégico” são os medicamentos e insumos para o programa de “Combate ao Tabagismo e para a Alimentação e Nutrição”, relacionado no último subcomponente. No entanto, com relação ao financiamento das ações do Componente Estratégico, não há discriminação sobre a modalidade de repasse.

Há ainda o “Componente Especializado”. De acordo com Fonseca e Rosário da Costa (2014), o “Componente Especializado” é o sub-bloco correspondente para “produtos farmacêuticos utilizados em doenças raras, geralmente de custo unitário elevado e/ou de densidade tecnológica (protegidos por patente) e majoritariamente produzidos por indústrias farmacêuticas multinacionais”. Recentemente houve uma recentralização de parte substancial desse componente, com a “compra de 43 medicamentos de maior valor agregado (...) gerenciada, diretamente, pelo Ministério da Saúde (Portaria 2.981/2009), o que até então era de responsabilidade dos estados” (Fonseca & Rosário da Costa, 2015, p.4). Com a revogação da portaria 2.981/2009, passou a vigorar a portaria 1.554 de 30 de julho de 2013, que no artigo 69º, parágrafo 2º, coloca que “O

Fundo Nacional de Saúde repassará aos Fundos de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, mensalmente, até o décimo quinto dia, os valores apurados e publicados, os quais serão movimentados em conta específica”. Ou seja, nesse caso, prevalecem as transferências automáticas.

Com relação ao Bloco de Gestão do SUS, há dois componentes: “Qualificação da Gestão do SUS” e “Implantação de Ações e Serviços de Saúde”. Cada ação de cada um dos componentes obedece à uma respectiva portaria específica, detalhada no anexo II da Portaria n. 204 GM/MS de 2007, que estabelece para cada ação um critério de transferência, muitos deles também dependentes da pactuação nas Comissões Intergestoras.

O último bloco, sobre o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde, é bastante claro com relação à alocação de recursos, realizada “mediante repasse regular e automático do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal”. Ainda assim, a redação dada pela portaria GM/MS nº 837 de 23 de abril de 2009 complementa a descrição sobre financiamento desse bloco. Resumidamente, todo projeto passa a ser encaminhado ao MS e submetido à CIB, de modo a avaliar a conformidade do projeto e seu planejamento financeiro, e para cada projeto, a formalização do instrumento de financiamento é realizada de acordo com portaria específica do MS. O que demonstra ser um bloco em que o repasse discricionário também é permitido.

Segue abaixo uma tabela-resumo, elaborada pelo autor, mostrando as possíveis lacunas jurídicas existentes entre seus componentes/estratégias que permitem a utilização de transferências voluntárias nas ações de saúde.

Quadro 3 - Blocos de financiamento do SUS e margem para discricionariedade (marcada com *)

<p>Atenção Básica</p> <ul style="list-style-type: none"> - PAB Fixo - PAB Variável - Saúde da Família* - Agentes Comunitários de Saúde - Saúde Bucal - Fator Incentivo a Atenção Básica aos Povos Indígenas - Incentivo para a Atenção à Saúde no Sis. Penitenciário * - Incentivo para a Atenção Integral à Saúde do Adolescente em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória * - outros 	<p>Atenção de MAC Ambulatorial e Hospitalar</p> <p>Limite Financeiro MAC *</p> <ul style="list-style-type: none"> - CEO - SAMU - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - Adesão à Contratualização dos Hospitais de Ensino, dos Hospitais de Pequeno Porte e dos Hospitais Filantrópicos - FIDEPS - IAPI - INTEGRASUS - outros FAEC * 	<p>Vigilância em Saúde*</p> <p>Vigilância em Saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> - PFVS - PVVS <p>Vigilância Sanitária</p> <ul style="list-style-type: none"> - PFVisa - PVVisa
<p>Assistência Farmacêutica</p> <ul style="list-style-type: none"> - Básico* - Estratégico* - Especializado 	<p>Gestão do SUS</p> <p>Qualificação da Gestão do SUS*</p> <p>Implantação de Ações e Serviços de Saúde*</p>	<p>Investimentos na Rede de Serviços de Saúde*</p>

Ao revisar a portaria 204 de 2007 e suas normas complementares, foi realizado um mapeamento pela visão dos blocos de financiamento (e respectivos componentes, estratégias e incentivos) e suas possibilidades de ocorrência de repasses voluntários. Ainda que seja possível efetivar transferências voluntárias para todos os blocos, identifica-se maior rigidez nos componentes cujas metas são bem delineadas (como por exemplo as metas fixas e variáveis presentes nos blocos de Atenção e Vigilância), prevalecendo políticas de repasse automático nesses casos (fundo a fundo). De forma contrária, nos blocos cujas especificidades de financiamento concentram-se na edição de normas complementares, a margem para realização de transferências do tipo voluntária é consideravelmente maior, tornando necessária a avaliação dos instrumentos de repasse nas próximas seções.

4.2 Análise das entrevistas

Como foi possível observar, em todos os blocos de financiamento do SUS existem brechas para transferência discricionária de recursos. Propositais ou não, o fato é que o volume financeiro das ações de Saúde nesse tipo de transferência é de certa forma subestimado pelas análises vigentes, uma vez que não há um padrão para que se possa realizar tal aferição.

De forma a compreender o sentido das relações federativas realizadas por meio das transferências voluntárias na saúde (isto é, se há coerção ou coordenação por parte do governo central), optou-se pela realização de entrevistas com gestores do setor, de modo a captar a percepção institucional no cotidiano da elaboração orçamentária. Para tanto, buscou-se identificar opiniões realizadas em três frentes: sobre as TVs e o processo de elaboração orçamentária, sobre o papel dos recursos voluntários transferidos dos estados para os municípios e sobre a articulação intergovernamental na recepção dos recursos voluntários.

De acordo com o Entrevistado nº 1 (E1), do Departamento de Consolidação de Informações Orçamentárias da Secretaria de Planejamento e Gestão do Estado de SP (DCIO/SEPLAG-SP), o enorme volume de normas e a diferença de critérios adotados pelas diversas prefeituras, entidades entre outros receptores de recursos, torna bastante difícil até para os próprios gestores a contabilização orçamentária das TVs, não sendo raras as incidências de dupla contagem. Portanto, os valores expressos no SIOPS trazem as melhores práticas para contabilização das TVs, uma vez que será sobre aqueles dados que os municípios deverão prestar contas às autoridades competentes.

Para o entrevistado do DCIO/SEPLAG-SP, o principal papel dos recursos voluntários estaduais transferidos para os municípios é o de cobrir deveres que em teoria seriam de exclusividade dos municípios. Mesmo tais ações agindo no sentido de complementar valores às ações de saúde, uma vez que as tabelas de precificação dos insumos utilizados (procedimentos médicos e medicamentos, por exemplo) são extremamente defasadas, em muitos casos verifica-se uma obrigatoriedade do Estados em aportar recursos, uma vez que os receptores dos recursos voluntários na maioria das vezes não possui outra fonte de receita (o gestor no caso citou as Santas Casas como principais beneficiadas). De forma geral, os convênios realizados com os municípios são para ofertas de serviços e equipamentos, enquanto para outras finalidades os recursos

voluntários acabam sendo repassados pelo Estado de São Paulo de forma indireta, por meio dos contratos de gestão¹¹.

Com relação à articulação federativa para obtenção de recursos voluntários, E1 afirma que o papel do Ministério da Saúde com as Secretarias de Saúde é, na maioria das vezes, o de coordenar programas já pré-estabelecidos pela União, sendo também realizadas no sentido de complementar ações de áreas diferentes da saúde (outros ministérios/secretarias) e vice-versa (isto é, outras áreas encarregadas também acabam exercendo funções que seriam de delegação da saúde).

De modo a captar as diferentes percepções sobre a mesmo processo de transferência de recursos e assim contrastar as declarações do primeiro entrevistado, foi realizada uma abordagem com as mesmas perguntas para outros gestores estaduais, especificamente de Minas Gerais.

Conforme relatou o Entrevistado nº 2 (E2), da Diretoria de Gestão de Recursos Federais da Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais (GRF/SS-MG), o processo de elaboração orçamentária é bastante árduo e exige uma articulação intensa da área da saúde com os principais organismos de controle de contas. Para E2, a modalidade de TV realizada por convênios exige um grande esforço em termos de monitoramento, uma vez que há grande deficiência de recursos humanos não só nas Secretarias de Saúde, mas também nos órgãos de controle de contas, como Tribunal de Contas da União e do Estado (TCU e TCE).

Sobre o papel dos recursos voluntários transferidos para os municípios, E2 afirma que os convênios oferecidos em geral ocorrem para suprir itens considerados como investimento (compra de equipamentos, por exemplo). Porém, itens como custeio desses investimentos acabam sendo deixados de fora do desenho da política, algo que acarreta muitas vezes no atraso da implementação dos projetos, ou até mesmo na estagnação da política pública.

Com relação à articulação federativa, E2 detalhou a preferência dos municípios pelos projetos desenhados pelo governo estadual ou federal. Apesar da possibilidade do município poder enviar uma proposta para os governos de hierarquia superior, raramente o processo é realizado.

¹¹ De acordo com E1, o contrato de gestão é um instrumento mais amplo, sem fragmentação das atividades. Em geral, seu funcionamento ocorre da seguinte maneira: enquanto o Estado faz o investimento da estrutura física por meio de transferências fundo a fundo, fica delegada a gestão dessa estrutura (podendo ser hospitais, postos de saúde etc.) à iniciativa privada ou ao terceiro setor. O governo estipula cláusulas de desempenho e repassa de forma voluntária os recursos de acordo com o cumprimento de tais metas.

Isto porque quando há uma demanda específica de um município, o mesmo deve levá-la para o MS analisar a viabilidade do projeto. Quando esse processo de transferência voluntária é efetivado por convênios (ou contrato congênere de repasse), as análises contratuais às vezes acabam se estendendo por um período maior que 2 anos. Portanto, como os projetos já pré-concebidos pelos governos estaduais ou federal tramitam de forma mais célere, os municípios acabam sendo induzidos a não realizar projetos de própria autoria para receber as TVs.

Ainda assim, apesar da via oferecida pelos governos estaduais e federal ser mais ágil em termos de recebimento de recursos, o município acaba geralmente protelando a entrega final de alguns projetos, uma vez que as diversas adequações não são de trivial resolução (que variam desde treinamento de pessoal até planejamento de engenharia, por exemplo) e acabam aumentando a vigência dos contratos, o volume de recursos inicialmente orçado, entre outras especificidades.

Um terceiro entrevistado (E3), também da mesma diretoria mineira complementa a entrevista. De forma a agilizar os processos morosos descritos por E2, a opção tanto para o governo federal como para os estaduais tem sido a de institucionalizar um novo modo de realizar repasses voluntários, efetivados a partir de transferências fundo a fundo. Através de portarias ministeriais (no caso do Ministro da Saúde e seus secretários) ou resoluções de Secretaria (no caso dos Secretários de Saúde estaduais), as autoridades passaram a permitir tal modalidade, substituindo assim um grande volume os repasses realizados via convênios.

A vantagem desse tipo de repasse seria que os recursos acabam sendo transferidos aos governos subnacionais quase que prontamente, variando apenas de acordo com a data estipulada pelo Ministro/Secretário ou com a periodicidade dos repasses já determinados para alguns dos blocos de financiamento do SUS. Há ainda uma maior facilidade dos governos subnacionais na etapa de prestação de contas, uma vez que as aplicações dos repasses voluntários são registrados também nos moldes dos recursos transferidos de forma automática (contabilizados no Relatório Anual de Gestão de cada governo subnacional), portanto realizados sem os trâmites burocráticos de auditoria e fiscalização constantes presentes na modalidade convencional de transferência voluntária.

Em contrapartida, uma das exigências é que os entes federativos envolvidos devem realizar uma formalização de adesão às políticas de repasse propostas (ou pelo governo federal ou pelo

governo de Estado), forma análoga a de uma assinatura de convênio. Assim, de acordo com E3, a tendência apresentada para as transferências voluntárias realizadas por meio de convênios e instrumentos administrativos congêneres é decrescente, somente ocorrendo para cumprir aquelas oriundas de emendas parlamentares.

O quarto entrevistado (E4), da Secretaria de Saúde Embu das Artes, detalhou alguns aspectos peculiares do processo de elaboração orçamentária. Para E4, é muito difícil contar com os recursos voluntários no orçamento municipal¹², pois é recorrente a indisponibilidade financeira de recursos na esfera federal e estadual até mesmo para o caso das emendas parlamentares, fato que impossibilita de fato o repasse de recursos voluntários ao município.

Sobre o papel dos recursos voluntários, a maior relevância é para suprir as demandas indiretas. Os convênios vem sido reduzidos significativamente por conta de uma orientação do TCE em substituí-los gradualmente pelos Contratos de Gestão¹³. E em algumas situações, mesmo para o caso das transferências voluntárias que ocorrem via resoluções e portarias, os recursos não chegam a ser transferidos: a habilitação não necessariamente implica em transferência de recursos.

Abaixo segue um quadro-resumo com os principais aspectos descritos pelos gestores:

¹² Para se ter uma ideia da quantidade de recursos aprovados por essa via, de acordo com E4 nos últimos oito anos da administração municipal de Embu das Artes, as transferências voluntárias realizadas por meio de emenda totalizaram apenas três, sendo duas federais e uma estadual.

¹³ Por exemplo, no final de 2015, para a Atenção Básica e para a Atenção de Média e Alta Complexidade já foram iniciadas licitações para efetivação de Contratos de Gestão para o Município de Embu das Artes.

Quadro 4: Resumo das entrevistas com gestores sobre as TVs

Entrevistado	Processo de elaboração orçamentária	Papel dos recursos voluntários	Articulação intergovernamental
I	Complexo: enorme volume de normas, defasagem dos preços dos procedimentos, diferença de critérios adotados pelas diversas prefeituras e erros contábeis	Cobrir deveres que em teoria seriam de exclusividade dos municípios	Coordenar programas já pré-estabelecidos pela União, sendo também realizadas no sentido de complementar ações de áreas diferentes da saúde (outros ministérios/secretarias) e vice-versa
II	Bastante árduo e exige um grande esforço em termos de monitoramento, uma vez que há grande deficiência de recursos humanos. Há também articulação intensa da área da saúde com os principais organismos de controle de contas.	Suprem itens considerados como investimento, porém muitas vezes deixam de lado itens como custeio, gerando atraso da implementação dos projetos, ou até mesmo na estagnação da política pública.	Preferência induzida dos municípios pelos projetos desenhados pelo governo estadual ou federal.
III	TVs efetivadas a partir de transferências fundo a fundo são mais eficientes.	Suprir políticas específicas	Maior facilidade dos governos subnacionais na etapa de prestação de contas, uma vez que as aplicações dos repasses voluntários são registrados também nos moldes dos recursos transferidos de forma automática.
IV	Muito difícil contar com os recursos voluntários no orçamento municipal, pois é recorrente a indisponibilidade financeira de recursos na esfera federal e estadual até mesmo para o caso das emendas parlamentares	Suprir as demandas indiretas. Os convênios vem sido reduzidos significativamente por conta de uma orientação do TCE em substituí-los gradualmente pelos Contratos de Gestão	Dependente do Legislativo

Elaboração do autor

4.3 Análise de convênios e instrumentos congêneres¹⁴

Após a realização de entrevistas realizadas com gestores do Sistema Único de Saúde, partiu-se para análise específica do município de São Paulo, através dos dados públicos sobre convênios e também de normas concernentes às transferências voluntárias.

Ressalta-se que diversas são as bases de dados que contabilizam os valores dos repasses voluntários e que são disponibilizadas pelos entes federativos. Em âmbito federal, as fontes oficiais são divididas em basicamente três bases: a da Secretaria de Orçamento Federal, vinculada ao Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; a do Siga Brasil, vinculada ao Senado Federal; e a do Sistema de Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e do Relatório Resumido de Execução

¹⁴ Os instrumentos jurídico-administrativos de descentralização orçamentária estão descritos no “Anexo F”.

Orçamentária (RREO, que reorganiza os dados do SIOPS em uma forma mais simplificada), vinculado ao SUS. No entanto, as informações não são padronizadas, fato ligado aos diferentes critérios de elaboração orçamentária e categorização de discricionariedade.

Em tese, qualquer uma dessas fontes pode ser considerada como oficial e portanto, como uma realidade daquele fenômeno a ser abordada pelo pesquisador. Porém, diante da multiplicidade de fontes optou-se por conduzir a primeira etapa quantitativa deste estudo através dos critérios aferidos no SIOPS, cujos valores são declarados pelos próprios entes federativos.

A base do SIOPS é a única que possui uma compilação de dados realizada de forma sistemática, com um período extenso o suficiente para verificarmos aspectos comportamentais como frequências e magnitude das transferências, por exemplo. É também obrigatória a imputação dos dados, uma vez que eles servem de referência para fiscalização das aplicações em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), conforme delimitado pela EC 29.

Desta forma, os dados do SIOPS e RREO foram compilados¹⁵ após a realização de buscas no sistema sobre os dados agregados de todas as municipalidades e também com dados específicos do município de São Paulo. Estas bases foram importantes para levantar informações sobre a receita obtida por meio das TVs e da despesa aplicada na área da Saúde nos municípios. Ainda assim, os dados analisados não incorporaram diretamente detalhes dos “contratos de gestão”, método indireto de efetivação das TVs conforme observado nas entrevistas com gestores e também no Plano Municipal de Saúde¹⁶.

Mensuração quantitativa das TVs de acordo com o SIOPS

Para estabelecer uma base de comparação em termos de valores disponibilizados aos convênios do município de São Paulo, optou-se por inicialmente levantar dados agregados de todos os municípios brasileiros, a partir da base SIOPS e do Relatório Resumido de Execução Orçamentária (RREO), colhidos para o período de 2003 a 2014.

¹⁵ Com relação ao SIOPS, a não padronização ao longo dos anos de imputação de dados e as constantes mudanças de critérios contábeis concernentes às transferências voluntárias tornaram necessárias as suposição de alguns critérios de alocação orçamentária, descritos no “Anexo B”.

¹⁶ Apesar de fugir ao escopo deste trabalho, o detalhamento dos contratos de gestão e sua grande disseminação de uso recente de aplicação dos recursos voluntários exalta a necessidade de um melhor aprofundamento não só desse tipo de contrato administrativo, mas também de toda gama de instrumentos jurídico-administrativos indiretos em trabalhos que almejem estudar a discricionariedade das transferências intergovernamentais.

A classificação orçamentária dos dados do SIOPS é realizada de acordo com o conceito de “natureza da receita”, cuja hierarquia e nomenclaturas encontram-se disponíveis no Anexo B, assim como os critérios escolhidos para cálculo dos repasses realizados via convênio e instrumentos congêneres.

Tabela 2 – Transferências voluntárias e despesas em saúde para todos os municípios brasileiros - Em milhões de reais (valores correntes)

Ano	Transferências Voluntárias (A)	Despesa Realizada Total em Saúde (B)	A/B
2014	3.801	117.581	3,2%
2013	2.850	102.368	2,8%
2012	2.705	92.436	2,9%
2011	2.075	80.645	2,6%
2010	2.082	70.159	3,0%
2009	1.626	61.298	2,7%
2008	1.864	55.387	3,4%
2007	1.537	45.720	3,4%
2006	1.616	40.287	4,0%
2005	1.194	34.486	3,5%
2004	1.079	28.858	3,7%
2003	688	23.648	2,9%

Fonte: SIOPS e RREO

Na tabela acima, temos o total de despesas realizadas na área da saúde para todos os municípios, assim como o total contabilizado como receita realizada das transferências voluntárias. Realizando cálculo de divisão das TVs autodeclaradas pelos municípios pelo total aplicado em saúde (despesas), o percentual mostra-se relativamente estável no período consultado, com valores em média próximos a 3,2% do total gasto com saúde no municípios.

Tabela 3 – Despesas e receitas de transferências voluntárias para saúde no município de São Paulo (em reais, valores correntes)

Transferências Voluntárias e Despesas do Município de São Paulo em Saúde - Em milhares de reais (valores correntes)			
Ano	Transferências Voluntárias (A)	Despesa Realizada Total em Saúde (B)	A/B
2003	426,700.0	1,278,229,690.0	0.03%
2004	29,461,406.1	2,265,539,580.8	1.30%
2005	14,772,859.5	2,753,399,278.8	0.54%
2006	9,994,747.5	2,161,726,856.8	0.46%
2007	9,088,689.7	3,147,571,267.5	0.29%
2008	10,472,741.1	4,038,598,134.0	0.26%
2009	16,331,444.0	4,584,772,904.3	0.36%
2010	18,538,488.3	5,031,252,112.4	0.37%
2011	387,691.0	5,761,159,738.1	0.01%
2012	0.0	6,354,313,705.7	0.00%
2013	10,000,000.0	7,434,109,034.2	0.13%
2014	77,568,003.5	8,011,754,119.8	0.97%

Fonte: SIOPS e RREO

Na Tabela 3, há uma replicação da metodologia para o município de São Paulo especificamente. À primeira vista, nota-se valores muito voláteis, ora baixos, ora elevados, ora zerados ou arredondados, mas também baixos conforme os dados mostrados pela análise agregada dos municípios brasileiros. Apesar desta constatação levantar dúvidas sobre a fidedignidade dos dados, uma pesquisa adicional foi realizada no SIOPS para consultar a situação de entrega dos dados no sistema, onde nenhuma irregularidade na declaração dos dados foi encontrada.

Outra questão poderia ser levantada com relação ao tipo de contabilização dos dados, porém esta hipótese também fica descartada. Tanto os dados das TVs agregadas para o Brasil, assim como os dados para o município foram apurados pelo informe de receita realizada, isto é, algo que se aproximaria do conceito de contabilidade chamado de “regime de caixa”.

Portanto, a explicação para os números arredondados e baixos é que pouca ou mesmo nenhuma receita voluntária foi repassada à capital nos casos em questão (para 2012, de fato nenhuma), mostrando uma média de 0,4% nos doze anos de análise.

Ainda assim, o referencial quantitativo fornecido pelo SIOPS para os municípios não fornece evidências para quais ações de saúde os recursos são aplicados, tampouco informa seus meios de operacionalização desses recursos, origens, entre outros fatores. Deste modo, faz-se necessária a verificação de outras fontes oficiais.

Transferências federais: dados da CGU

Os dados disponibilizados pela Controladoria Geral da União (CGU) mostram todos os convênios realizados entre a União e o Município de São Paulo para a área da saúde, em todas as suas fases, com exceção das etapas de prestação de contas, em que não foi verificada nenhuma ocorrência para nenhum dos anos analisados.

Os dados da CGU fornecem apenas os valores totais dos convênios, não sendo possível analisar com precisão o volume de repasses realizados em um ano específico¹⁷, conforme realizado para os dados do SIOPS. Sua atualização é mensal e é contabilizada a partir das informações enviadas pelo MS, FUNASA e FNS. Pode ser considerada, portanto, uma base de dados confiável para análise de outros aspectos não detalhados pelo SIOPS.

Ao todo, considerando o ano de publicação como parâmetro de estabelecimento formal dos convênios, temos desde 1996 o total de 1.585 contratos, independentemente da situação atual em que os convênios se encontram (se foram cancelados, anulados etc.). Tais convênios possuem em média uma vigência de 71,5 meses (praticamente 6 anos), sendo poucos os convênios de curto prazo (são apenas 75 convênios com tempo menor que um ano de duração, 4,7% do total analisado).

O valor médio dos convênios assinados é de R\$ 4.289.558,26. Do total de convênios firmados entre o governo federal e que possuem como destino dos recursos a capital paulista, apenas 5.964 são de fato realizados e diretamente destinados ao governo municipal de São Paulo (considerando como convenientes o “Município de São Paulo”, a “Secretaria Municipal de Saúde”,

¹⁷ Cláusulas de convênio variam de acordo com o caso, com diferentes periodicidades.

o “Fundo Municipal de Saúde” e a “Prefeitura de São Paulo”). Diretamente (se considerarmos como conveniente o “Estado de São Paulo” e a “Secretaria Estadual de Saúde”), o município recebe outras 37 TVs na região. Dessa forma, 1.521 transferências destinam-se especificamente ao setor privado, órgãos da administração indireta e entidades do terceiro setor.

Tabela 4 – Total de Convênios – CGU

Total de convênios na área da Saúde no Município de São Paulo												
Ano	Assinado	Em Execução	Anulado	Cancelado	Adimplente	Concluído	Inadimplência Suspensa	Excluído	Inadimplente	Rescindido	Total	Valor somado dos convênios
1996	0	0	0	0	1	34	0	0	0	0	35	14.270.616
1997	0	0	0	0	0	11	0	1	0	0	12	10.531.618
1998	0	0	0	0	1	72	1	2	0	0	76	216.632.686
1999	0	0	0	0	1	52	1	5	1	0	60	487.759.595
2000	0	0	0	0	1	65	1	0	0	0	67	61.545.125
2001	0	0	0	0	3	93	0	1	1	0	98	73.364.758
2002	0	0	0	0	8	164	1	1	4	0	178	132.790.758
2003	0	0	0	0	0	28	0	0	1	0	29	55.153.677
2004	0	0	0	0	2	117	2	1	3	0	125	266.957.088
2005	0	0	0	0	4	74	2	0	4	0	84	237.890.722
2006	0	0	0	0	10	117	1	0	2	0	130	294.960.066
2007	0	0	0	0	7	39	1	0	1	0	48	223.121.695
2008	0	0	0	0	16	89	1	0	2	1	109	249.902.839
2009	0	0	0	0	24	40	2	2	2	0	70	851.350.698
2010	0	7	7	0	1	4	0	0	0	0	19	387.193.725
2011	0	10	8	1	2	6	0	0	0	0	27	769.482.072
2012	0	19	6	0	2	0	0	0	0	0	27	517.096.451
2013	0	30	3	0	1	0	0	0	0	0	34	474.869.780
2014	0	124	3	0	2	1	0	0	0	0	130	1.443.342.010
2015	16	55	1	0	0	0	0	0	0	0	72	30.733.868

Fonte: CGU

Desconsiderando as etapas de prestação de contas, temos ao todo 1430 convênios efetivados, incluindo 55 convênios em execução para 2015 e outros 16 assinados (em vistas de execução). Até 2009, há um elevado número de convênios concluídos, com exceção dos dois primeiros anos de análise e do ano de 2003.

A partir de 2009, houve uma drástica redução dos convênios pactuados, com exceção de 2014, quando ocorreu a execução de 130 convênios – dos quais 124 iniciaram sua execução naquele mesmo ano. Essa grande elevação pode ser explicada pela pequena conclusão dos convênios realizados entre os anos de 2010 e 2015, quando 11 convênios foram finalizados e apenas 1 cancelado. Outro detalhe que chama atenção é o valor médio dos convênios em seu ano de publicação, com poucas exceções de valores consideravelmente “pequenos” – menores que centenas de milhões de reais.

Em suma, os dados da CGU mostram um panorama diferente da situação de convênios elencada pelo SIOPS, principalmente quando fornece a quantidade de convênios publicados, valores dos convênios assinados, destinação, tempo de duração, entre outras informações. Entretanto, as novas informações ainda não tornam possível a identificação de um padrão entre as diversas modalidades dos instrumentos administrativos de repasse. Verifica-se também clara divisão (ou pelo menos uma preferência) na utilização de convênios com entidades do terceiro setor e no caso do Estado de São Paulo, dos convênios para repasses entre os órgãos da administração indireta. Resta saber para quais áreas (blocos de financiamento do SUS) estes recursos repassados para os entes não-governamentais são destinados.

Transferências federais: dados do SICONV

Partindo para análise de dados do sistema denominado SICONV, disponibilizados no Portal de Convênios do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, o sistema contabiliza todo convênio realizado entre a União e os governos subnacionais, além daqueles realizados com entes não-federativos.

Basicamente, o sistema foi elaborado para dar agilidade e organização à aprovação de emendas parlamentares e consequente disponibilização de recursos financeiros aos convenientes. Com atualização instantânea, é um sistema que não só contabiliza ou fiscaliza a utilização dos recursos voluntários, mas também efetivamente realiza a descentralização orçamentária – libera o pagamento aos entes. Sem a aprovação de todas as etapas, não é possível concretizar as TVs.

Nesta base, o período estudado foi de 2008 a 2015, quando há um total de 523 transferências voluntárias publicadas no município de São Paulo, tendo 47 o Estado de São Paulo como

conveniente, 16 a capital e 460 contratos firmados com entidades não-governamentais (organizações da sociedade civil, de acordo com o SICONV). Novamente, os governos subnacionais possuem uma baixa representatividade perante os convenentes privados.

Na tentativa de classificar todas as informações fornecidas pelo SICONV, de acordo com os blocos de financiamento do SUS, temos a seguinte distribuição de projetos¹⁸:

Tabela 5 – Classificação por Blocos – Dados do SICONV

Blocos de Financiamento	% ao total
Atenção Básica	9,2%
Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar	62,3%
Vigilância em Saúde	13,4%
Assistência Farmacêutica	3,1%
Gestão do SUS	6,5%
Investimentos na Rede de Serviços de Saúde	5,5%
Total	100,0%

Como pode ser observado na tabela, a maioria das ações de saúde fica concentrada no bloco de financiamento de ações de atenção especializada, de média e alta complexidade, com 62,3% das ações. Em segundo lugar, as ações de vigilância (13,4%), seguidas das aplicações para o bloco de atenção básica (9,2%). Já os blocos de Gestão do SUS, Investimentos e Assistência Farmacêutica totalizam 15,1% das demais ações.

A grande concentração dos convênios (e instrumentos congêneres) nas ações destinadas à Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar derivam do alto custo de suas atividades. Tal contestação é coerente com os relatos do Entrevistado n° 2 (E2) da GRF/SS-MG. De acordo com o gestor, geralmente os grandes municípios são classificados como “municípios pólo da rede”, responsáveis por obter a maior parte dos investimentos com maior valor agregado. Essa predominância segue a lógica de regionalização e hierarquização dos serviços de saúde,

¹⁸ Distribuição por blocos foi realizada de acordo com as descrições dos programas, código funcional-programático ou mesmo justificativas disponibilizadas a partir da base de dados do SICONV. Para mais detalhes, os critérios de classificação se encontram no Anexo C.

aspectos priorizados nas diversas normas do SUS, uma vez que se torna inviável realizar compras e manutenção de equipamentos custosos em locais com pouca demanda de serviços¹⁹.

Transferências estaduais: dados do SIAFEM/SP

Os dados, fornecidos pelo Sistema Integrado de Administração Financeira para Estados e Municípios do Estado De São Paulo (SIAFEM/SP), representam todos os projetos que tiveram alguma liberação financeira por parte da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo a partir de agosto de 2007 até dezembro de 2014, independentemente da data em que foram celebrados. Sistema é análogo ao SICONV, possui atualização diária e funciona apenas em âmbito estadual, sendo a fonte oficial para contabilização das TVs em todas funções orçamentárias.

Tabela 6 – Convênios de acordo com o SIAFEM

Ano	Quantidade	Valores
2007*	168	238.276.496,03
2008	312	433.791.346,30
2009	233	458.807.927,11
2010	233	509.183.646,63
2011	175	419.038.272,85
2012	182	425.152.249,24
2013	195	595.555.344,13
2014	138	1.281.854.375,96
Total	1636	4.361.659.658,25

* Dados contabilizados a partir de agosto de 2007

Fonte: SIAFEM/SP

Durante o período analisado, observa-se um montante de R\$ 4,3 bilhões, com uma média de R\$ 2,6 milhões por convênio. Como problema da análise, ressalta-se que as classificações fornecidas pelo sistema estadual são bastante abrangentes. Por exemplo: a diferença dos critérios de “Subvenções Sociais” e “Convênios com Organizações Sociais” são muito sutis, tornando difícil

¹⁹ Como contrapartida, E2 ainda cita que a concentração de transferências voluntárias no Bloco da Atenção Básica e também no Bloco de Investimentos da Rede do SUS é maior em municípios com baixa densidade demográfica, dado que muitas vezes tais municipalidades contam somente com a rede primária de atendimento de serviços do SUS e/ou necessitam da construção e ampliação da estrutura física.

realizar somente com essas informações a classificação por blocos de financiamento, como elencado nos dados de transferências voluntárias federais. Ainda assim, é interessante notar os valores contratados no período, que totalizaram um montante de R\$ 5,3 bilhões, valor que provê uma média anual de R\$ 757 milhões aproximadamente, acima da média repassada pelo governo federal.

Tabela 7 – Classificação dos convênios de acordo com o SIAFEM

Item	Quantidade	Valores correntes em R\$
Transferências a Municípios - Obras	1	30.000.000,00
Transferências a Municípios - Equipamentos e Material	4	21.779.000,00
Convênios c/ entidades privadas s/ fins lucrativos	6	406.048.102,25
Transferências para serviços	7	5.953.667,88
Creches	8	3.548.383,00
Transferências p/ material de consumo	13	39.835.161,29
Convênios c/ universidades e faculdades s/ fins	75	61.280.623,50
Santas Casas	290	982.991.160,96
Auxílio para despesas de capital para instituições s/ fins	543	543.552.702,12
Convênios com Organizações Sociais	699	349.958.959,11
Outras subvenções sociais	4.914	2.859.274.525,84
Total	6.560	5.304.222.285,95

Fonte: SIAFEM/SP

Os repasses específicos realizados ao Município de São Paulo correspondem a apenas 20 dessas observações, com o total de 24 pagamentos. Ou seja, há 1.616 convênios realizados a entes não-governamentais.

Tabela 8 – Classificação por Blocos – Dados do SIAFEM

Blocos de Financiamento	Quantidade	Valores
Atenção Básica	20,2%	16,9%
Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar	24,2%	23,4%
Vigilância em Saúde	31,9%	10,5%
Assistência Farmacêutica	3,1%	9,0%
Gestão do SUS	10,5%	23,1%
Investimentos na Rede de Serviços de Saúde	10,2%	17,2%
Total	100,0%	100,0%

Fonte: SIAFEM/SP

Com essa análise, constata-se uma alta incidência de convênios realizados com organizações sociais com programas ligados ao bloco de “Vigilância em Saúde”, tais como associações de bairro, associações, fundações, ONGs, movimentos sociais, enfim, uma grande gama de associações da sociedade civil que possuíam repasses relativamente baixos, menores muitas vezes que R\$ 20.000. Portanto, de modo a amenizar o viés fornecido pela quantidade de convênios, a classificação de acordo com os blocos de financiamento também foi realizada pelos valores firmados nos convênios²⁰.

A incidência dos convênios estaduais nos blocos de “Gestão do SUS” e “Investimentos na Rede de Serviços de Saúde” são mais expressivos do que os convênios federais, assim como o bloco de “Atenção Básica”. Ainda assim, o bloco de “Atenção de Média e Alta Complexidade” foi bastante representativo, tanto em termos quantidade como de valores, reiterando, portanto, o diagnóstico relatado para os convênios do SICONV.

Transferências municipais: dados do PTMSP

Os dados fornecidos pelo Portal de Transparência do Município de São Paulo (PTMSP) são atualizados conforme o envio de dados da Secretaria de Saúde municipal é feito. Com pouco detalhamento, assume-se nesta parte que a relação de convênios elencada é a de assinatura de novos convênios, não sendo confundida, portanto, com os convênios vigentes de outros anos²¹.

Já para os dados de parcerias realizadas pelo Município de São Paulo com entidades não-governamentais o panorama é apenas um pouco diferente. Foram realizados análise de projetos entre 2008 e 2014, totalizando 907 convênios, com um valor de R\$ 76,7 bilhões.

Apesar da relação quase que exponencial para os primeiros anos de análise e do pouco grau de detalhamento dos dados do Portal da Transparência da capital paulista, verifica-se certa estabilidade dos dados a partir de 2011. A tabela abaixo resume os dados analisados:

²⁰ O SICONV não disponibiliza diretamente dados referentes aos valores das transferências voluntárias, sendo estes apenas disponibilizados pelos dados da CGU, analisados anteriormente.

²¹ Em termos econômicos, seria equivalente a uma análise sobre dados de fluxo e não estoque.

Tabela 9 – Convênios de acordo com o Portal de Transparência da capital paulista

Ano	Quantidade	Valores
2008	3	108.323.544
2009	7	171.790.895
2010	35	179.210.688
2011	141	485.592.043
2012	224	2.900.366.369
2013	229	9.299.979.353
2014	268	63.630.474.036
Total	907	76.775.736.929

Fonte: Portal de Transparência do Município de São Paulo

Com relação aos convenientes, os dados municipais também mostram uma preferência por parcerias realizadas com organizações do terceiro setor, que totalizam mais da metade dos casos exibidos. Dessa forma, possivelmente a concentração de valores em 2014 decorre da tentativa da administração municipal em cumprir a meta estipulada no Plano Municipal de Saúde, cujo objetivo é “Elaborar e implantar novos formatos de Contrato de Gestão para contemplar unidades e serviços de saúde que integram a Rede Assistencial das STS (Supervisão Técnica de Saúde) e para os seguintes Hospitais Municipais: Menino Jesus, Benedito Montenegro, Cidade Tiradentes, M’Boi Mirim, Vila Maria e São Luiz Gonzaga” (Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 2015). Ou seja, no caso de uma elevação do número de contratos de gestão, aumenta-se indiretamente o número de convênios efetivados, indo na direção da diretriz sugerida pelo TCE, conforme relatou o Entrevistado n° 4 (E4).

Tabela 10 – Classificação por Blocos – Dados do PTMSP

Blocos de Financiamento	Quantidade	Valores
Atenção Básica	28,7%	13,7%
Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar	38,4%	60,6%
Vigilância em Saúde	22,1%	8,1%
Assistência Farmacêutica	0,2%	3,8%
Gestão do SUS	2,7%	6,9%
Investimentos na Rede de Serviços de Saúde	8,0%	7,0%
Total	100,0%	100,0%

Fonte: Portal de Transparência do Município de São Paulo

Apesar das transferências voluntárias efetivadas pelo governo municipal demonstrarem uma grande ênfase em ações de “Atenção Básica e “Vigilância em Saúde”, a maior parte de convênios e recursos concentra-se também nas ações de “Atenção de Média e Alta Complexidade”.

O diferencial com relação às TVs realizadas pelo Estado para este mesmo bloco é basicamente epidemiológico: a distribuição das ações municipais é mais concentrada em estudos e tratamentos renais, enquanto as ações federais e estaduais possuem maior ênfase em tratamentos oncológicos.

Encerradas as análises sobre as TVs conveniais, na próxima seção serão analisados os principais aspectos das normas que institucionalizam as transferências fundo a fundo como modalidade de transferência voluntária.

4.4 Análise de portarias e resoluções

Nesta etapa serão analisadas as transferências voluntárias realizadas exclusivamente aos governos subnacionais. Diferentemente das transferências realizadas ao setor privado, as transferências intergovernamentais também podem ser realizadas pela modalidade fundo a fundo, sendo esse o foco dessa seção. Trata-se portanto da análise das normas que originam as TVs, e não a observação e acompanhamento de fato das realização desses repasses, como feito na seção anterior.

Conforme relatou o Entrevistado n°3 (E3), GRF/SS-MG, as portarias ministeriais e resoluções da Secretaria de Saúde do Estado são mais representativas que o número de convênios (ou instrumentos congêneres) realizados na esfera estadual. E3 toma como exemplo duas portarias ministeriais: portaria GM/MS n° 2.198/2009 e a n° 3.134/2013. Tais portarias não autorizam repasses, porém criam diretrizes sobre como os repasses voluntários devem ser realizados. No caso, ambas as portarias se referem às transparências destinadas à aquisição de equipamentos e material permanente para o programa de atenção básica de saúde e o programa da assistência ambulatorial e hospitalar especializada.

O repasse propriamente dito ocorre em divulgação de nova portaria ou resolução – para o caso do Ministro da Saúde, ou Secretário Estadual de Saúde, respectivamente – especificando

nominalmente os valores, ente federativo contemplado, código funcional-programático a ser onerado, vigência das transferências, motivos para realização da transferência, entre outras informações.

O problema da avaliação dessas normas é que seu volume é consideravelmente elevado, sendo difícil elencar todas as legislações pertinentes às transferências voluntárias. Para se ter uma ideia do volume de portarias editadas, somente a portaria 3.134/2013 possui atualmente 165 outras portarias com legislação correlata, cada uma com a sua especificidade e destinação, fator que dificulta a análise de recursos de origem voluntária.

Segue abaixo o exemplo da portaria nº 2.862/2014 e sua tabela com especificações, a qual habilita “Municípios a receberem recursos federais destinados à aquisição de equipamentos e material permanente para estabelecimentos de saúde”:

[...] Considerando a Portaria nº 3.134/GM/MS, de 17 de dezembro de 2013, que dispõe sobre a transferência de recursos financeiros de investimento do Ministério da Saúde a Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados à aquisição de equipamentos e materiais permanentes para expansão e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e cria a Relação Nacional de Equipamentos e Materiais Permanentes financiáveis para o SUS (RENEM) e o Programa de Cooperação Técnica (PROCOT) no âmbito do Ministério da Saúde, resolve:

Art. 1º Habilitar os Municípios descritos no anexo a esta Portaria, a receberem recursos federais destinados à aquisição de equipamentos e material permanente para estabelecimentos de saúde.

Art. 2º Determinar que o Fundo Nacional de Saúde adote as medidas necessárias à transferência dos recursos financeiros em parcela única, na modalidade fundo a fundo, para os Fundos de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, após serem atendidas as condições previstas no art. 13 da Portaria nº 3.134/GM/MS, de 17 de dezembro de 2013.

Art. 3º Estabelecer que os recursos orçamentários de que trata esta Portaria façam parte do Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde, e que corram por conta do orçamento do Ministério da Saúde, onerando o Programa de Trabalho 10.301.2015.8581.0001 - Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde - PTRES 077717.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação” (Ministério da Saúde, 2014).

Tabela 11 – Municípios aptos a receber TV de acordo com a Portaria GM/MS 2.862

UF	Município	Entidade	Valor (R\$)	Funcional programática/PTRES
AC	Epitaciolândia	Fundo Municipal de Saude - FMS	197.150,00	10.301.2015.8581.0001/077717
SP	Adolfo	Fundo Municipal de Saude - FMS	104.140,00	10.301.2015.8581.0001/077717
SP	Itobi	Fundo municipal de saude de Itobi	95.990,00	10.301.2015.8581.0001/077717
SP	Limeira	Fundo Municipal de Saude - FMS	99.970,00	10.301.2015.8581.0001/077717
SP	Santa isabel	Fundo Municipal de Saude - FMS	100.000,00	10.301.2015.8581.0001/077717
SP	São Paulo	Fundo Municipal de Saude - FMS	199.920,00	10.301.2015.8581.0001/077717
Total		6 propostas	797.170,00	

A procura por outras portarias que habilitam o município de São Paulo a receber transferências voluntárias foi realizada no sistema denominado “Saúde Legis”, do MS. Como principal norma está o decreto estadual 53.019, de 20 de maio de 2008, que faz exatamente essa regulamentação. Seguindo a portaria GM/MS n° 648, de 28 de março de 2006, o decreto aprova a realização de repasses diretos e regulares “do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, destinados ao financiamento das ações e serviços de saúde realizados no âmbito da atenção básica, componentes de programas e estratégias do Sistema Único de Saúde no Estado - SUS/SP” (ALESP, 2016). Segue abaixo um excerto do decreto contendo outras informações relevantes (grifo nosso):

Artigo 2º - Os recursos financeiros repassados na forma prevista no artigo anterior deverão **ser utilizados exclusivamente nas ações e atividades previstas nos programas e projetos de saúde previamente definidos pela Secretaria da Saúde**, vedada a sua utilização para fins diversos dos preconizados em atos normativos específicos a serem editados pela referida Pasta (...).

Artigo 4º - **A opção pelo recebimento de recursos na forma do artigo 1º deste decreto será formalizada por instrumento de adesão, a ser subscrito pelo representante legal dos municípios receptores, instrumento esse que será regulamentado em ato normativo da Secretaria da Saúde.**

Artigo 5º - **A comprovação da correta aplicação dos recursos repassados na forma prevista no artigo 1º deste decreto deverá se dar por meio de apresentação de relatório de gestão**, a ser elaborado pelos municípios, nos termos e periodicidade previstos em resolução específica a ser editada pelo Secretário da Saúde (ALESP, 2016).

Ao elencar a busca por portarias do tipo GM/MS, os termos utilizados “Município de São Paulo”, “São Paulo”, “355030” (código do IBGE para o município, presente em algumas portarias), entre outras variações, a pesquisa resultou em uma infinidade de registros²². Diversas tentativas com outros termos-chave foram realizadas, mas nenhuma resultou em uma busca plausível e viável de análise. Diante desse impasse, optou-se pela análise apenas das normas encontradas no “LEGSES-SP” de forma que fosse possível aferir de alguma forma as transferências voluntárias por meio da utilização de transferências fundo a fundo e verificar os apontamentos mencionados nas entrevistas com os gestores.

Dessa forma, a partir da procura pelas resoluções da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo na base de dados do “LEGSES-SP”, sistema análogo ao Saúde Legis, mas em âmbito estadual, foi encontrada a resolução que estabelece as diretrizes regulamentadoras para efetivar as transferências voluntárias de recursos do Fundo Estadual de Saúde para Fundos Municipais de Saúde, a Resolução nº 55 de 21 de maio de 2008.

Por sua vez, a Resolução que disciplina a utilização de recursos voluntários via transferências fundo a fundo é a nº 55, de 21 de maio de 2008. Conforme preza sua descrição, a norma “Estabelece condições para efetivar a modalidade de transferência voluntária do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, objetivando sua utilização em projetos e programas municipais de saúde, do [...] SUS no Estado de São Paulo” (Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, 2008). Desta forma, considerando o período da vigência da Resolução da SS de São Paulo, foram elencadas normas que descrevem a origem e finalidade dos recursos²³:

²² Os resultados com melhor sucesso atingiram 19.137 registros. Tal fato provavelmente decorre do fato do nome do município ser o mesmo nome do Estado, onde estão outros 645 municípios. Ou seja, para além das transferências federais realizadas ao Estado de São Paulo, há também diversas portarias com menção aos municípios nele localizados.

²³ Os critérios de busca estão disponíveis na Metodologia.

Quadro 5 – Resoluções da Secretaria de Saúde de SP para a capital

(continua)

Norma	Resolução SS - 61, de 10-6-2008	
Descrição e Programação de Recursos	Discrimina, para os fins previstos nos termos do Decreto nº 53.019, de 20/5/2008, atividades inseridas no âmbito da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica do SUS/SP -aquisição de insumos utilizados na detecção e controle de Diabetes Mellitus e aquisição de medicamentos de uso ambulatorial - a serem financiados mediante transferência de recursos, de forma direta e regular, do Fundo Estadual para os Fundos Municipais de Saúde e dá providências correlatas	São Paulo Estimativa de repasse total: R\$21.047.423,34
Norma	Resolução SS – 147, de 30-10-2008	
Descrição e Programação de Recursos	Estabelece a transferência, mediante adesão, de recursos do Fundo Estadual de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde, referente à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, através das Comissões Permanentes de Integração de Ensino-Serviço CIES	Transferência do Fundo Estadual de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde de São Paulo do recurso financeiro no valor de R\$1.049.354,66
Norma	Resolução SS - 68, de 4-5-2010	
Descrição e Programação de Recursos	Estabelece a transferência, mediante adesão, de recursos do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, referentes ao Programa de Controle da Tuberculose	São Paulo Estimativa de repasse total: R\$ 1.979.000,00

Tabela 14 – Resoluções da Secretaria de Saúde de SP para a capital

(continua)

Norma	Resolução SS – 107, de 29-06-2010	
Descrição e Programação de Recursos	Estabelece a transferência, mediante adesão, de recursos do Fundo Estadual de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde, referente à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, através das Comissões Permanentes de Integração de Ensino-Serviço CIES	Transferência do Fundo Estadual de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde de São Paulo do recurso financeiro no valor de R\$1.048.126,88
Norma	Resolução SS 46, de 18-05-2011	
Descrição e Programação de Recursos	Altera a redação do artigo 3º da Resolução SS 61, de 1062008, que regulamenta o financiamento de ações e atividades inseridas na Assistência Farmacêutica na Atenção Básica do SUS/SP	São Paulo - R\$ 26.048.719,48
Norma	Resolução SS – 63, de 04-06-2012	
Descrição e Programação de Recursos	Estabelece a transferência, mediante adesão, de recursos do Fundo Estadual de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde, referentes ao Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde – PROFAPS, e dá providências correlatas	Transferência do Fundo Estadual de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde de São Paulo do recurso financeiro no valor de R\$ 700.000,00
Norma	Resolução SS 68, de 18-06-2012	
Descrição e Programação de Recursos	Institui a Política de apoio a adequação das Unidades Básicas de Saúde através do Programa QualisUBS e habilita municípios a receberem recursos para a aquisição de equipamentos, mobiliários e instrumentais para equipar salas das Unidades Básicas de Saúde e dá outras providências.	SMS São Paulo - R\$720.000,00
Norma	Resolução SS - 44, de 22-4-2014	
Descrição e Programação de Recursos	Estabelece a transferência, mediante adesão, de recursos do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, referentes ao Programa Paulista de Apoio às Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante e dá providências correlatas.	Hospital Cruz Azul: R\$5.000,00 1º mês; R\$10.000,00 após; Hospital M'Boi Mirim: R\$5.000,00 1º mês; R\$10.000,00 após; Hospital Municipal de Campo-Limpo Fernando M. P. da Rocha: R\$5.000,00 1º mês; R\$10.000,00 após;
Norma	Resolução SS 82, de 26-6-2014	
Descrição e Programação de Recursos	Estabelece a transferência, mediante adesão, de recursos do Fundo Estadual de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde, referentes ao Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde – PROFAPS, e dá providências correlatas	Prefeitura Municipal de Saúde: R\$79.000,00

Tabela 14 – Resoluções da Secretaria de Saúde de SP para a capital

(conclusão)

Norma	Resolução SS – 133, de 21-10-2014	
Descrição e Programação de Recursos	Estabelece a transferência, mediante adesão, de recursos do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, referente a Política de Incentivo Estadual para Casas de Apoio, visando o atendimento às Pessoas Vivendo com HIV/Aids que se encontram em situação de abrigo.	São Paulo: Associação Liberdade e Vida: R\$ 12.2400,00; Associação Paulo VI: R\$ 115.200,00; Associação Reclázaró: R\$ 86.400,00
Norma	Resolução SS - 53, de 27-5-2015	
Descrição e Programação de Recursos	Estabelece a transferência voluntária de recursos do Fundo Estadual de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde de São Paulo, objetivando a dispensação de cadeiras de rodas com adaptações a pacientes usuários do Sistema Único de Saúde –SUS, em fila de espera no Município e dá outras providencias.	Transferência do Fundo Estadual de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde de São Paulo do recurso financeiro no valor de R\$1.000.000,00

As normas elencadas detalham nominalmente os convenientes contemplados com recursos discricionários, favorecem entidades privadas e do terceiro setor pelo condicionamento de repasses – como no caso das transferências destinadas à política de Incentivo às Casas de Apoio presentes na Resolução SS n° 133/2014, por exemplo – e realizam o aporte de recursos mediante o cumprimento das metas estaduais por parte do Município nas aplicações deliberadas pela Secretaria Estadual de Saúde. Há, portanto, uma preferência definida por parte do Governo Estadual na realização das transferências voluntárias realizadas através de suas resoluções.

Verifica-se também que em termos de volume financeiro, apesar das poucas normas compiladas, há importantes valores para determinadas políticas, como no caso da Resolução SS n° 46/2011, em que foi estipulada a contrapartida de repasse estadual total para o programa de Assistência Farmacêutica na Atenção Básica do SUS para a capital paulista.

4.5 Discussão

Nesta etapa, a discussão será dividida em duas partes: uma concernente aos aspectos de centralização de poder decisório das políticas e consequente autonomia do município na condução de suas políticas de saúde; e outra em que se abordará exclusivamente os aspectos referentes às teorias federalistas propostas para este trabalho.

Na primeira parte verificou-se que a análise documental das atuais regras de financiamento do SUS (Item 4.1) e também das portarias e resoluções (Item 4.4) constatou que em todos os blocos de financiamento há componentes e estratégias dependentes de complementação orçamentária, passíveis de serem realizadas pelas TVs, cuja autorização de repasses depende diretamente de membros da alta burocracia ou órgãos colegiados participantes do SUS (Ministros, Secretários Estaduais de Saúde, Comissões Intergestoras, entre outros), corroborando para uma continuidade de políticas centralizadoras em termos poder decisório (Misoczky, 2003).

As entrevistas realizadas com gestores (Item 4.2) permitiram colher aspectos informais da realização das TVs, tais como a opinião dos especialistas sobre a utilização desses repasses discricionários, sobre a organização das informações orçamentárias no setor e efetividade das ações por tais recursos realizadas. Nesta etapa verificou-se que, sem exceção, os entrevistados pontuaram a existência de uma relação desigual entre os governos municipais e entes superiores (Estado e União), com grande concentração do controle das políticas nas mãos dos governos estaduais e federal, ficando o município subordinado às decisões estabelecidas pelos entes superiores (Molesini et al., 2010). Neste caso, as TVs também configuram-se como instrumentos de centralização de poder decisório, impondo aos municípios os objetivos desenhados por governos superiores.

No entanto, a partir da análise da base de dados secundários obtidos pelo SIOPS, em termos comparativos com a média dos municípios brasileiros, a capital paulista apresenta números oito vezes menores, sendo plausível assumir que o município tem uma relação mais próxima da autonomia do que de dependência dos recursos transferidos de forma voluntária. Diferentemente da relevância em termos dos gastos totais em saúde, economicamente as TVs do município não apresentaram a mesma importância.

Na tentativa de compreender a destinação desses recursos, outras bases foram analisadas: CGU, SICONV, SIAFEM e do PTMSP. Enquanto os dados da CGU foram importantes para corroborar a ideia constatada na parte de entrevistas (E3), a de que há uma diminuição gradual do uso de convênios, eles também adiantaram alguns aspectos observados nos dados do SICONV, SIAFEM e do PTMSP, como o direcionamento de convênios para utilização focalizada nos blocos de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar e no bloco de Vigilância à Saúde.

Há, desta forma, um direcionamento estratégico do ponto de vista da eficiência orçamentária, em aplicações cujos custos são em geral mais elevados, com uma clara distribuição de papéis entre os entes federativos: enquanto a distribuição das ações municipais é mais concentrada em estudos e tratamento de doenças renais, as ações federais e estaduais possuem maior ênfase em tratamentos oncológicos. Ademais, outro comportamento observado através da distribuição das ações financiadas pelas TVs foi a opção bastante nítida pelas parcerias realizadas com entidades do terceiro setor no bloco de Vigilância em Saúde.

Como segundo ponto da discussão, onde se leva finalmente a análise para o campo de discussão teórica do federalismo, pode-se dizer que em termos de coordenação federativa, observa-se no processo de *policy-decision making* (elaborados pela União e Estados) que os programas financiados pelas TVs possuem nitidamente o objetivo de coordenar as aplicações de recursos nos municípios de acordo com seus propósitos.

No entanto, como relatado por todos os entrevistados, após o município optar por aderir aos programas financiados pelas TVs há pouca, ou praticamente nenhuma forma de negociação entre os entes federativos, configurando uma “quebra” da relação “constante de autonomia e interdependência”, visto o condicionamento das ações estaduais e federais que cerceiam a autonomia municipal. Desta forma, pode-se dizer que centralização do poder decisório é também válida para as transferências voluntárias na área da saúde, prática condizente como o federalismo do tipo coercivo (Arretche, 2002; 2004; 2005).

Por fim, por mais que a análise documental e das entrevistas ressalte um comportamento do tipo coercivo realizado pela União e/ou Estados para com os municípios, especificamente para o estudo de caso do município de São Paulo as TVs apontam um baixo valor frente aos gastos totais em saúde, muito próximos da média dos municípios brasileiros. Ou seja, apesar das relações

coercitivas, esse efeito é reduzido quando considerado o total de gastos financiados (transferências automáticas mais as voluntárias), devido à baixa significância em termos econômicos das TVs.

5 CONCLUSÕES

A partir do capítulo que revisou os conceitos sobre federalismo coercivo e coordenação federativa assim como a evolução dos critérios de centralização de poder decisório, procurou-se compreender os mecanismos responsáveis pela efetivação das TVs e se as relações travadas entre os entes federativos por meio desse sistema podem ser consideradas uma expressão do federalismo coercivo.

Tanto na etapa de análise documental das atuais regras de financiamento do SUS, como na etapa das entrevistas realizadas com gestores, verificou-se uma continuidade de políticas centralizadoras em termos de poder decisório (Misoczky, 2003). As TVs são configuradas como instrumentos que impõem aos municípios os objetivos desenhados por governos superiores, quebrando o aspecto de não-centralização, excluindo assim a hipótese de coordenação federativa (Abrucio, 2005). Trata-se, portanto, de uma relação coerciva de federalismo (Watts, 2006; Arretche, 2004).

Contudo, ao entrar na análise do caso do município de São Paulo, verificou-se uma baixa significância em termos econômicos para este estudo de caso. Ou seja, se por um lado a análise documental aponta para um relacionamento coercitivo entre a União e/ou Estado com a capital paulista, por outro, esta relação é atenuada, dada sua baixa representatividade frente ao total de receitas recebidas pelas transferências voluntárias.

Como agenda de pesquisa são apontadas três direções. Em primeiro lugar, não sendo possível contatar gestores diretos da capital, uma próxima abordagem poderia contemplar suas opiniões de modo a compreender a fundo a realidade atípica do município de São Paulo. Em segundo lugar, a análise de portarias e resoluções poderá ser melhor compreendida caso os estudos foquem atenção nas análises dos contratos de gestão, instrumento administrativo relevante para o estudo de casos de transferências discricionárias, fato também mencionado pelos entrevistados. Por último, a parceria tácita com entidades do terceiro setor pode ser mais aprofundada, uma vez que além de sugerir um viés político associado à distribuição dessas milhares de ações em vigilância em saúde, também questiona-se a efetividade dessas ações, dada a dificuldade de acompanhamento das aplicações pulverizadas entre tantas entidades.

REFERÊNCIAS

- Abrucio, F. L. (jun de 2005). A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. *Revista de Sociologia Política*, 41-67.
- Abrucio, F. L., & Costa, V. M. (1998). *Reforma do Estado e o contexto federativo brasileiro*. São Paulo: Konrad Adenauer Stiftung.
- Abrucio, F. L., Franzese, C., & Sano, H. (2010). Coordenação e Cooperação no Federalismo Brasileiro: Avanços e desafios. Em IPEA, *Estado, instituições e democracia: república. Projeto perspectivas do desenvolvimento brasileiro* (Vol. 1). Brasília: IPEA–INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA.
- ALESP. (01 de 02 de 2016). *Decreto 53.019, de 20 de maio de 2008*. Fonte: Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo: <http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/2008/decreto-53019-20.05.2008.html>
- Andrade, L. O. (2001). *SUS Passo a Passo: normas, gestão e financiamento*. São Paulo: Hucitec.
- Arretche, M. (1996). O mito da descentralização: maior democratização e eficiência das políticas públicas. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*.
- Arretche, M. (2002). Federalismo e Relações Intergovernamentais no Brasil: A Reforma de Programas Sociais. *DADOS – Revista de Ciências Sociais*, 45(3), 431-458.
- Arretche, M. (2004). Federalismo e Políticas Sociais no Brasil - Problemas de coordenação e autonomia. *São Paulo em perspectiva*, 18(2), 17-26.

- Arretche, M. (2005). Quem taxa e quem gasta? A barganha federativa na federação brasileira. *Revista de Sociologia Política*, 69-85.
- Arretche, M., & Fonseca, E. M. (2013). Health system decentralization in Brazil. *Forum of Federations*.
- Barros, M. C. (2003). *Piso da Atenção Básica: Um Estudo de Caso da Descentralização da Saúde no Brasil*. Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Economia da Unicamp, Campinas.
- Bijos, D. (2013). *Estudo sobre os Elementos Determinantes das Transferências Voluntárias da União para os Municípios MG*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Instituto de Ciência Política, Brasília.
- Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Fonte: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
- Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Acesso em 11 de 10 de 2015, disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm
- Brasil. (1990a). Lei 8.080. Em *Código Civil*. Fonte: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm
- Brasil. (1990b). Lei 8.142. Em *Código Civil*. Fonte: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm
- Brasil. (2006). *Portaria n. 399*. Gabinete do Ministro. Ministério da Saúde.
- Brasil. (2011). Decreto 7.508. Em *Código Civil*. Acesso em 04 de 08 de 2015, disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm

- Brasil. (2012). Lei complementar 141. Em *Código Civil*. Fonte: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm
- Brasil. (2014). *De olho no demonstrativo de receitas e despesas em ações e serviços de saúde - RREO*. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. , Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento—DESID. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2015). Emenda Constitucional 86. Em *Constituição Federal do Brasil*. Acesso em 06 de 08 de 2015, disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc86.htm
- Brasil. (2015). *Manual técnico de orçamento MTO*. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão., Secretaria de Orçamento Federal. Brasília: Secretaria de Orçamento Federal.
- Bresser-Pereira, L. C. (1997). Prefácio: Política e insulamento burocrático no Brasil. Em E. Nunes, *A gramática política do Brasil* (pp. 11-14). Rio de Janeiro: Zahar.
- Burgess, M. (2006). *Comparative federalism: Theory and practice*. Routledge.
- Carvalho, G. d. (2002). *O Financiamento Público Federal do Sistema Único de Saúde 1988–2001*. Tese de Doutorado, Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- CNS. (2003). *Resolução n° 322*. Conselho Nacional de Saúde, Brasília. Acesso em 05 de 01 de 2016, disponível em <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2003/Reso322.doc>
- Coelho, V. S., Szabzon, F., & Dias, M. F. (2014). São Paulo 2001-2012, quando as periferias ganharam mais que o centro. *Geneva Health Forum*, (pp. 139-161). Geneva.
- Cohn, A. (1989). Caminhos da Reforma Sanitária. *Lua Nova*, 19, 123-140.

- CONASS. (julho de 2013). A Lei nº 141/2012 e os Fundos de Saúde. *Conass Documenta*, 26(1), p. 159.
- CONASS. (2015). *O financiamento da saúde*. CONASS.
- Conselho Nacional de Saúde. (2006). Pactos pela Saúde. Acesso em 04 de 11 de 2015, disponível em <http://conselho.saude.gov.br/webpacto/index.htm>
- Costa, L. R. (2003). *Os Critérios de Alocação de Recursos Financeiros no Sistema Único de Saúde: uma visão a partir das Normas Operacionais, 1991 a 2002*. São Paulo: EAESP/FGV.
- Costa, L. R. (2008). *Em Busca de Recursos para a Saúde: a implantação da Emenda Constitucional nº 29*. São Paulo: EAESP/FGV.
- Costa, N. R., Silva, P. L., & Ribeiro, J. M. (1999). A Descentralização do Sistema de Saúde no Brasil. *Revista do Serviço Público*, 3(50), 33-56.
- Elazar, D. (1986). *Exploring federalism*. Alabamas: University of Alabama Pres.
- Elazar, D. (1994). *Federalism and the Way to Peace*. (I. o. Relations, Ed.) New York: Queen's University.
- ENAP. (2006). *Gestão de Convênios para Convenentes* (mar/2015 ed.). Brasília: Enap Escola Nacional de Administração Pública.
- ENAP. (2014). *Orçamento Público Conceitos Básicos*. Brasília: Fundação Escola Nacional de Administração Pública.
- FNS. (2015). *Definição de Blocos*. Acesso em 2016 de 11 de 10, disponível em Fundo Nacional de Saúde: <http://www.fns.saude.gov.br/visao/carregarMenu.jsf?coMenu=17>

- Fonseca, E. M., & Rosário da Costa, N. (2015). Federalismo, complexo econômico-industrial da saúde e assistência farmacêutica de alto custo no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(4), 1165-1176.
- Franzese, C. (2010). *Federalismo cooperativo no Brasil: da Constituição de 1988 aos sistemas de políticas públicas*. Tese de Doutorado, São Paulo.
- Gomes, E. C. (2010). Fundamentos das transferências intergovernamentais. *Direito Público*, 27(1).
- Goulart, F. d. (2001). Esculpindo o SUS a golpes de portaria... considerações sobre o processo de formação das NOBs. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2), 292-300.
- Grodzins, M. (1966). *The American System*. (D. Elazar, Ed.) Chicago: Rand McNally.
- Hall, P. (2008). Systematic process analysis: when and how to use it. *European Political Science*, 304-317.
- Hamilton, A., Madison, J., & Jay, J. (1788). *O federalista* (1984 ed.). (H. A. Herrera, Trad.) Editora da Universidade de Brasília.
- IBGE. (26 de 12 de 2015). *Estimativas de população*. Fonte: IBGE: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2014/estimativa_tcu.shtm
- Lecovitz, E. (1997). *Transição x Consolidação: o dilema estratégico da construção do SUS. Um estudo sobre as reformas da política nacional de saúde — 1974/1996*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- Levcovitz, E. L. (2001). Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2), 269-291.
- Lima, C. A. (2011). Implementação das Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS): transferências de recursos federais para a média e alta complexidade – 2001-2006. Em C.

- Melamed, & S. F. Piola, *Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde* (pp. 211-238). Brasília: IPEA.
- Lucchese, P. (1996). Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil: a implementação do Sistema Único de Saúde—retrospectiva 1990/1995. *Planejamento e Políticas Públicas*, 14, 75 – 156.
- Magdalena, P. C. (2012). *Análise da Agenda do Financiamento do SUS: diferentes contextos, mesmas escolhas?* Dissertação de Mestrado, EAESP/FGV, São Paulo.
- Médici, A. (2011). Propostas para melhorar a cobertura, a eficiência e a qualidade no setor saúde. Em E. Bacha, & S. Schwartzman, *Brasil: a nova agenda social* (pp. 23-93). Rio de Janeiro: LTC.
- Melamed, C. (2011). Regulamentação, produção de serviços e financiamento Federal do sistema único de saúde: dos anos 90 aos 2000. Em S. F. Clarice Melamed, *Políticas públicas e financiamento federal do Sistema* (pp. 59-89). Brasília: IPEA.
- Mendes, Á. N. (2005). *Financiamento, Gasto e Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS): a gestão descentralizada semiplena e plena do sistema municipal no Estado de São Paulo (1995-2001)*. Tese de Doutorado, Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Economia., Campinas.
- Minayo, M. C., & Sanches, O. (jul/set de 1993). Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? *Caderno de Saúde Pública*, 9(3), pp. 239-262.
- Ministério da Saúde. (2006). *Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde*. Brasília: MS.
- Ministério da Saúde. (2007). Portaria n. 204 GM. Acesso em 04 de 11 de 2015, disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html

Ministério da Saúde. (17 de 12 de 2009). *Portaria nº 2.198 de 17 de dezembro de 2009*. Fonte:

Saúde

Legis:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2198_17_09_2009.html

Ministério da Saúde. (17 de 12 de 2013). *Portaria Nº 3.134, de 17 de dezembro de 2013*. Fonte:

Saúde

Legis:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3134_17_12_2013.html

Ministério da Saúde. (2014). *Manual do Relatório Resumido da Execução Orçamentária*.

Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: DESID.

Ministério da Saúde. (29 de 12 de 2014). *Portaria nº 2.862, de 29 de dezembro de 2014*. Fonte:

Saúde

Legis:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2862_29_12_2014.html

Ministério da Saúde A. (18 de 10 de 2015). *Legislação básica do SUS*. Acesso em 18 de 10 de

2015, disponível em Portal da Saúde:

<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/legislacao>

Misoczky, M. C. (2003). Redes e hierarquias: uma reflexão sobre arranjos de gestão na busca da equidade em saúde. *Revista de Administração Pública*, 335-354.

Molesini, J. A., Formigli, V. L., Guimarães, M. C., & Melo, C. M. (jul-set de 2010). Programação

Pactuada Integrada e gestão compartilhada do SUS. *Revista Baiana Saúde Pública*, 34(3),

623-638.

Montesquieu, C.-L. d. (1844). *Do Espírito das leis* (1979 ed.). (J. Melville, Trad.) São Paulo: Abril

Cultural.

Paim, J. (1990). A Democratização da Saúde e o SUDS: O Caso da Bahia. *Saúde em Debate*, 27.

- Paulus, A., & Cordoni, L. (2006). Políticas Públicas de Saúde. *Revista Espaço para a Saúde*, 13-19.
- Pereira, C. (1996). A Política Pública como Caixa de Pandora: Organização de Interesses, Processo Decisório e Efeitos Perversos na Reforma Sanitária Brasileira 1985-1989. *Dados*, 39(3).
- Pereira, L. R. (2012). *Judicialização da Saúde e Mudanças Organizacionais: o Impacto das Decisões Judiciais na Estrutura da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais – SES-MG*. Dissertação de Mestrado, Fundação João Pinheiro, Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, Belo Horizonte.
- Pierson, P. (Outubro de 1995). Fragmented Welfare States: Federal Institutions and the Development of Social Policy. *Governance*, 8(4), 448-478.
- Piola, S. F., & Vianna, S. M. (2009). *Saúde no Brasil: algumas questões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília: CEPAL/IPEA.
- Piola, S., Paiva, A. B., Batista de Sá, E., & Servo, L. M. (julho de 2013). Financiamento público da saúde: uma história a procura de rumo. *Texto para discussão*(1846).
- Sano, H. (2008). *Articulação Horizontal no Federalismo Brasileiro : Os Conselhos de Secretários Estaduais*. Tese de Doutorado, FGV, São Paulo.
- Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. (21 de 05 de 2008). *Resolução n° 55, de 21 de maio de 2008*. Fonte: Secretaria de Saúde: <http://tc-legis2.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=3233&word=>
- Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. (19 de 05 de 2015). Plano Municipal de Saúde 2014-2017. Fonte: Secretaria Municipal da Saúde: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/noticias/?p=195865>

- Senado Federal. (Sine die). *Senado Notícias*. Acesso em 09 de 09 de 2015, disponível em Senado Federal: <http://www12.senado.leg.br/noticias/entenda-o-assunto/emendas-ao-orcamento>
- STN. (2012). *Manual de demonstrativos fiscais : aplicado à União e aos Estados, Distrito Federal e Municípios*. Brasília: Secretaria do Tesouro Nacional.
- STN. (16 de 12 de 2015). *Glossário*. Fonte: Tesouro Nacional: http://www3.tesouro.fazenda.gov.br/servicos/glossario/glossario_c.asp
- STN. (20 de 01 de 2015). *Plano de Contas Aplicado ao Setor Público (PCASP)*. Fonte: Tesouro Nacional: <http://www.tesouro.fazenda.gov.br/web/stn/-/plano-de-contas-aplicado-ao-setor-publico-pcasp->
- Teixeira, S. M. (1985). Reorientação da Assistência Médica Previdenciária: um passo adiante ou dois atrás? *Revista de Administração Pública*, 19(1), 48-58.
- Ugá, M. A., Piola, S. F., Porto, S. M., & Vianna, S. M. (2003). Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Ciencia & Saúde Coletiva*, 8(2), pp. 417-437.
- Ugá, M. A., Piola, S., Porto, S. M., & Vianna, S. M. (2003). Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Ciência e Saúde Coletiva*, 8(2), 417-437.
- Varela, P. S., & Pacheco, R. S. (maio/jun./jul./ago de 2012). Federalismo e Gastos em Saúde: competição e cooperação nos municípios da Região Metropolitana de São Paulo. *Revista Contabilidade & Finanças - USP*, 23(59), 116-127.
- Wang, D., Vasconcelos, N., Oliveira, V., & Terrazas, F. (set/out de 2014). Os impactos da judicialização da saúde no município de São Paulo: gasto público e organização federativa. *Revista de Administração Pública*, 48(5), 1191-1206.

Watts, R. (2006). Origins of cooperative and competitive federalism. Em S. L. Greer, *Territory, Democracy and Justice - Regionalism and Federalism in Western democracies* (pp. 201-223). Nova York: Palgrave Macmillan.

Yin, R. (1994). *Estudo de Caso: planejamento e métodos* (2 ed.). Bookman.

ANEXOS

ANEXO A – DETALHAMENTO DAS INSTÂNCIAS COLEGIADAS

A NOB 93/01 trouxe ao SUS medidas muito importantes no que se refere à regulação do sistema, formulação de políticas públicas, e posteriormente, implementação de tais políticas. A criação de instâncias colegiadas, denominadas “Comissão Intergestoras”, têm como função deliberar sobre critérios alocativos dos recursos federais, elaborar propostas de implementação da descentralização das competências. A fiscalização e avaliação destas implementações, assim como a elaboração de estudos de viabilização de políticas públicas de saúde ficariam sob a tutela dessas Comissões (Lucchese, 1996).

Em termos organizacionais, as Comissões dividiriam as responsabilidades entre as Comissões Intergestores Tripartite (CIT) e Comissões Intergestores Bipartite (CIB). Enquanto a CIT é formada membros do Conselho Nacional de Saúde e também das gestões municipais e estaduais de saúde, a CIB é composta por membros do Conselho Estadual de Saúde, assim como membros do Conselho Municipal de Saúde. Sob suas responsabilidades ficam as decisões estratégicas de formulação, implementação e controle de políticas públicas de saúde (Costa L. R., 2003).

Os chamados Conselhos de Saúde funcionam como instâncias deliberativas e de supervisão (nacional municipal, ou estadual). Cada nível de governo deve ter um Conselho de Saúde, composto por representantes do governo, prestadores de serviços e profissionais de saúde de órgãos e usuários, com representação paritária entre os membros. Há também as chamadas Conferências de Saúde (estabelecidas pelas leis orgânicas de saúde), que geralmente ocorrem a cada quatro anos e também atuam como órgãos de discussões e deliberações, tanto localmente como a nível intergovernamental (Sano, 2008).

Já os espaços de discussões e negociações ocorrem apenas em nível intergovernamental através das chamadas Comissões Intergestoras Triparte (CIT) e das Comissões Intergestoras

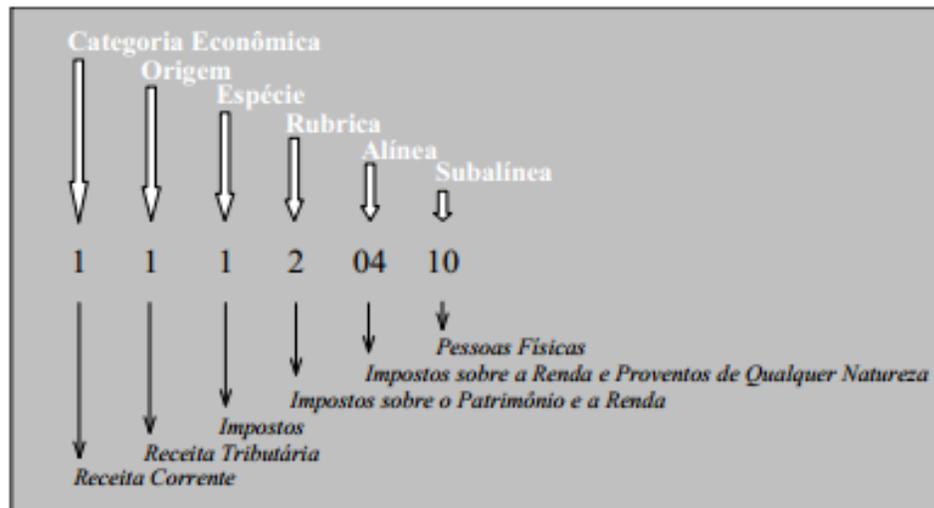
Bipartite (CIB), locais onde ocorrem as negociações referentes aos processos de descentralização de competências do SUS (Sano, 2008).

Nacionalmente, as discussões acontecem nas CIT, composta por igual número de representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Sua finalidade é auxiliar MS na elaboração de propostas para a criação e implementação do SUS, sendo submetidas ao poder deliberativo e de supervisão do Conselho Nacional de Saúde (Sano, 2008).

A nível estadual as CIB são compostas por um número igual de dirigentes das secretarias de saúde estaduais, membros do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), tendo cada estado um conselho correspondente. Da mesma forma, as decisões são dependentes da aprovação dos Conselhos Estaduais de Saúde.

ANEXO B - Classificação orçamentária dos dados do SIOPS

De acordo com a classificação orçamentária realizada por natureza da receita, a hierarquia contábil segue a seguinte ordem: Categoria Econômica > Origem > Espécie > Rubrica > Alínea > Subalínea. Segue abaixo o exemplo retirado do Manual Técnico do Orçamento (2015):



Fonte: Brasil (2015)

Devido à questão levantada pelo Entrevistado n°1, sobre o difícil acompanhamento das regras contábeis²⁴, realizou-se um esforço de modo a tentar padronizar os diferentes critérios existentes no período analisado (2003 a 2014), contabilizando valores cujas classificações estivessem com o mínimo de desagregação possível, ou seja, mais próximos da “Categoria Econômica”. Não sendo possível uma análise adequada somente com itens provenientes da “Categoria Econômica”, itens da classificação de “Origem” seriam incorporados à análise, e assim sucessivamente.

Observando tais alterações, a partir do ano de 2013 as alíneas “Transferências Voluntárias da União para Programas de Saúde”, “Transferências Voluntárias dos Estados para Programas de Saúde” e “Transferências Voluntárias dos Municípios para Programas de Saúde”, tanto por parte

²⁴ De fato verificou-se uma grande dinâmica de mudanças nas regras: as alíneas contábeis consideradas neste trabalho como “Transferências Voluntárias”, as quais não existiam até 2012, deixaram novamente de fazer parte da contabilização em 2015, conforme consta no novo manual para municípios do SIOPS, divulgado em janeiro de 2016.

da receita corrente como da receita de capital, foram incorporadas dentro das rubricas “Outras Transferências de Convênios da União”, “Outras Transferências de Convênios dos Estados” e “Outras Transferências de Convênios dos Municípios”, respectivamente. Tal fato indica que as transferências voluntárias anteriormente eram contabilizadas dentro dessas rubricas, mais genéricas, e que, portanto, tornam difícil a distinção de convênios destinados especificamente à área de saúde e convênios destinados a áreas correlatas (que devem constar no SIOPS, mas que não necessariamente são TVs para a área da saúde).

Tabela 15 – Detalhamento das informações buscadas no SIOPS

Detalhamento das informações buscadas no SIOPS		
Período	Código	Nome do código
De 2003 a 2012*	4.1.7.61.01.00.00	Convênios União para o SUS
	4.1.7.62.01.00.00	Transferências de Convênio dos Estados para o Sistema Único de Saúde
	4.1.7.63.01.00.00	Transferências de Convênios dos Municípios para o Sistema Único de Saúde -SUS
	4.2.4.71.01.00.00	Transferências de Recursos do SUS - Convênios
	4.2.4.72.01.00.00	Convênios do Estado para Saúde
	4.2.4.73.01.00.00	Transferências de Convênios dos Municípios - Saúde
	4.2.4.74.00.00.00	Transferências Convênios de Instituições Privadas
Somado a partir de 2013	4.1.7.61.99.01.00	Transferências Voluntárias da União para Programas de Saúde
	4.1.7.62.99.01.00	Transferências Voluntárias dos Estados para Programas de Saúde
	4.1.7.63.99.01.00	Transferências Voluntárias dos Municípios para Programas de Saúde
	4.2.4.71.99.01.00	Transferências Voluntárias da União p/ Programas de Saúde
	4.2.4.72.99.01.00	Transferências Voluntárias dos Estados, do DF para Programas de Saúde
	4.2.4.73.99.01.00	Transferências Voluntárias dos Municípios e de suas Entidades para Programas de Saúde

* A partir de 2007 o algarismo "4" foi incorporado ao nível de categoria econômica nos códigos

Fonte: SIOPS

ANEXO C - CLASSIFICAÇÃO POR BLOCOS DE FINANCIAMENTO

A classificação por blocos de financiamento foi realizada analisando o objeto dos convênios, descrições dos objetos, análise das códigos da funcional programática (quando existentes) e também através de pesquisa das principais áreas de atuação na área de saúde do conveniente (por exemplo, muitos hospitais são especializados em tratamentos específicos de câncer, problemas renais, entre outros. Foram excluídos da análise entidades cuja identificação da atuação era incerta ou demasiadamente abrangente (como no caso das Santas Casas). Trata-se, portanto, de uma aproximação que não contempla necessariamente o bloco cujo código funcional-programático foi onerado, mas sim o bloco beneficiado²⁵.

Para cada bloco de financiamento, atribuiu-se a seguinte classificação: 1) Atenção básica; 2) Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; 3) Vigilância em Saúde; 4) Assistência Farmacêutica; 5) Gestão do SUS; 6) Investimentos na Rede de Serviços de Saúde. A seguir serão exibidos um quadro resumo e posteriormente a classificação agrupada de acordo com os programas e funções atribuídas aos convenientes:

SICONV Resumo:

Dados do SICONV		
Código	Blocos de financiamento correspondentes	Quantidade
1	Atenção Básica	48
2	Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar	326
3	Vigilância em Saúde	70
4	Assistência Farmacêutica	16
5	Gestão do SUS	34
6	Investimentos na Rede de Serviços de Saúde	29

²⁵ Exemplo prático: uma reforma em um hospital de tratamento oncológico oneraria tipicamente o Bloco de Investimento na Rede do SUS. Contudo, o beneficiado seria o Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade.

Classificação SICONV:

Programa	Bloco	Quantidade
00168707 - Gestão da Política em Saúde/Ampliação e fortalecimento da Participação e Mobilização Social em Defesa do SUS	5	1
0122 ? Serviços Urbanos de Água e Esgoto	6	3
0122 ? Serviços Urbanos de Água e Esgoto (Cooperação Técnica em Saneamento)	6	1
0150 ? Proteção e Promoção dos Povos Indígenas - Promoção, Vigilância, Proteção e Recuperação	3	1
10303129320AE0035 - Promoção da Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos na Atenção Básica em Saúde - No Estado de São Paulo – 13340020	4	1
10303129343680035 - Promoção da Assistência Farmacêutica e Insumos para Programas de Saúde Estratégicos - No Estado de São Paulo - EMENDA 10510004	4	1
10303129343680035 - Promoção da Assistência Farmacêutica e Insumos para Programas de Saúde Estratégicos - No Estado de São Paulo - EMENDA 15930007	4	1
10303129343680056 - Promoção da Assistência Farmacêutica e Insumos para Programas de Saúde Estratégicos - Grupo de Apoio ao Adolescente e à Criança com Câncer (Instituto de Oncologia Pediátrica) - São Paulo - SP - EMENDA 36110021	4	1
10303129343680110 - Promoção da Assistência Farmacêutica e Insumos para Programas de Saúde Estratégicos - Instituto de Oncologia Pediátrica de São Paulo (Grupo de Apoio ao Adolescente e à Criança com Câncer) - No Estado de São Paulo - EMENDA 13670004	4	1
10303129343680110 - Promoção da Assistência Farmacêutica e Insumos para Programas de Saúde Estratégicos - Instituto de Oncologia Pediátrica de São Paulo (Grupo de Apoio ao Adolescente e à Criança com Câncer) - No Estado de São Paulo - EMENDA 25460015	4	1
10303129343680114 - Promoção da Assistência Farmacêutica e Insumos para Programas de Saúde Estratégicos - São Paulo - SP - EMENDA 13940014	4	1
10303129343680118 - Promoção da Assistência Farmacêutica e Insumos para Programas de Saúde Estratégicos - Grupo de Apoio ao Adolescente e à Criança com Câncer - São Paulo - SP - EMENDA 15810004	4	1
12016146 - PESQUISA EM SAUDE AVALIACAO DE NOVAS TECNOLOGIAS PARA O SUS	6	2
1220.8535.0000 - Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde - Emenda Parlamentar – 14100007	2	1
1220.8535.0035 - Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde - Estado de São Paulo - Emenda Parlamentar – 25340016	2	1
1220.8535.0035 - Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde - Estado de São Paulo - Emenda Parlamentar – 36100006	2	1
1220.8535.0035 - Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde - Estado de São Paulo / SP - Emenda Parlamentar – 25230008	2	1
1220.8535.0035 - Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde - No Estado de São Paulo - Emenda Parlamentar – 25370005	2	1
1220.8535.0035 - Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde - No Estado de São Paulo - Emenda Parlamentar – 31600007	2	2
1220.8535.0035 - Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde - No Estado de São Paulo - Emenda Parlamentar – 10480004	2	1
1220.8535.0196 - Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde - Unidade de Saúde da Associação de Apoio à Criança Deficiente (AACD) - São Paulo / SP - Emenda Parlamentar - 16050014	2	1
1220.8535.0430 - Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde - Aparelhamento do Hospital A. C. Camargo (Fundação Antônio Prudente) - São Paulo / SP - Emenda Parlamentar - 16050018	2	1
1220.8535.0724 - Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Paulo / SP - Emenda Parlamentar - 25310004	2	1
1220.8535.1212 - Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde - Hospital A. C. Camargo (Fundação Antônio Prudente) - São Paulo / SP - Emenda Parlamentar - 22110009	2	1
1220.8736 - ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAUDE - ORÇAMENTO PROGRAMA	2	1
12208736 - ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAUDE - FILANTRÓPICA - OP - 0%	2	1
1291.6516 - Aperfeiçoamento e Avaliação dos Serviços de Hemoterapia e Hematologia - ORÇAMENTO PROGRAMA	2	1
1291.7690 -Estruturação do Serviços de Hematologiae Hemoterapia - ORÇAMENTO PROGRAMA	5	4
129320AE - AQUISICAO DE MEDICAMENTOS PARA PROMOCAO DA ASSISTENCIA FARMACEUTICA E INSUMOS ESTRATEGICOS NA ATENCAO BASICA DE SAUDE	4	1
12934368 - AQUISICAO DE MEDICAMENTOS PARA PROMOCAO DA ASSISTENCIA FARMACEUTICA E INSUMOS PARA PROGRAMAS DE SAUDE ESTRATEGICOS	4	6
13126175 - Implementação de Políticas de Atenção a Saúde da Mulher - Central Geral dos Trabalhadores do Brasil/SP - CNPJ 66.868.118/0001-44	1	1
13126175 - Implementação de Políticas de Atenção a Saúde da Mulher - Confederação das Mulheres do Brasil - CMB - CNPJ 59.832.683/0001-96	1	1

13126175 - Implementação de Políticas de Atenção a Saúde da Mulher - Instituto Patrícia Galvão - CNPJ 05.408.004/0001-27	1	1
13126177 - Implementação de Políticas de Atenção a Saúde do Adolescente e Jovem - Confederação das Mulheres do Brasil/SP - CNPJ 59.832.683/0001-96	1	1
13126177 - Implementação de Políticas de Atenção a Saúde do Adolescente e Jovem - União Metropolitana de Estudantes Secundaristas de São Paulo/SP - CNPJ: 57.277.113/0001-05	1	1
13126177 - Implementação de Políticas de Atenção a Saúde do Adolescente e Jovem - União Metropolitana dos Estudantes Secundaristas de São Paulo/SP - CNPJ 57.277.113/0001-56	1	1
13126178 - Implementação de Políticas de Atenção a Saúde da Pessoa Idosa	1	1
13126181 - Implementação de Políticas de Atenção a Saúde da Pessoa com Deficiência	1	1
13128527 - Implementação de Políticas de Atenção à Saúde da População Penitenciária - Centro de Educação Permanente em Saúde Pública/SP - CNPJ 02.574.122/0001-17	1	1
13128762 - Implementação de Ações e Serviços as Populações em Localidades Estratégicas e Vulneráveis de Agravos	1	1
13128762 - Implementação de Ações e Serviços as Populações Estratégicas e Vulneráveis de Agravos - Confederação das Mulheres do Brasil/SP - CMB - CNPJ 59.832.683/0001-96	1	1
1436.8628.0001 - Aperfeiçoamento do Trabalho e Educação na Saúde - Apoio ao Desenvolvimento da Graduação, Pós-Graduação Stricto e Lato Sensu em Áreas Estratégicas para o SUS	5	3
1436.8631.0001 - Regulação do trabalho em saúde e a modernização e qualificação do trabalho no SUS	5	1
1444 - 8701 Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública	3	1
1444.6160 - Programa, Prevenção e Controle de Doenças e Agravos - Controle de Surtos Calamidades	3	1
1444.8670 Programa, Prevenção e Controle de Doenças e Agravos HIV/ Outras Doenças Sexualmente Transmissíveis	3	1
1444.8701 - Programa, Prevenção e Controle de Doenças e Agravos - Laboratórios Saúde Pública	3	1
14446170 - Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças e Agravos - Não transmissíveis	3	3
1444-6184 Vigilância Prevenção e Controle de Doenças e Agravos	3	1
14446185 - Vigilância Prevenção e Controle de Doenças e Agravos - Controle da Hanseníase	3	2
1446-8720 - Implementação da Política de Promoção da Saúde - Saúde Ambiental	3	1
2015 - 20YJ - PO 000F - Coordenação Nacional da Política de Saúde do Trabalhador	3	2
2015 - Ação 20YJ - PO 0009 - Coordenação Nacional da Vigilância e Controle da Dengue	3	1
2015 ? Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde -SUS (Fomento à Pesquisa e Desenvolvimento de Tecnologias Alternativas)	6	1
2015.20QD - Coordenação Nacional da Vigilância, Prevenção e Controle em HIV/AIDS, Hepatites.	3	3
2015.20YD.0001 PO 003 - PRÓ-Saúde	3	1
2015.20YD.0001 PO 004 - TELESSAÚDE	3	3
2015.20YJ - Sistema Nacional de Vigilância em Saúde	3	3
2015.20YJ Sistema Nacional de Vigilância em Sa?	3	5
2015.20YJ Sistema Nacional de Vigilância em Saúde	3	5
2015.4382 ? Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e Controle de Doenças.	3	1
2015.6170 - Coordenação Nac. da Vigilância Prevenção Controle de Agravos não Transmissíveis.	3	1
2015.6842 - Informação e Análise de Situação de Saúde.	3	1
2015.8612.0001 ? Formação de Profissionais Técnicos de Saúde e Fortalecimento das Escolas Técnicas / Centros Formadores do SUS ? Adm Pub Municipal: Municípios com mais de 50 mil habitantes: Regiões: SE e SUL.	5	1
2015.8612.0001 ? Formação de Profissionais Técnicos de Saúde e Fortalecimento das Escolas Técnicas / Centros Formadores do SUS ? Entidades Privadas sem Fins Lucrativos.	5	3
2015.8628.0001 ? Apoio ao Desenvolvimento da Graduação, Pós-Graduação Stricto e Lato Sensu em Áreas Estratégicas para o SUS - Adm Pub Estadual selecionada pelo Edital nº 24 de 15/12/2011 ? PRÓ-Saúde e PET-Saúde.	5	3
2015.8628.0001 ? Apoio ao Desenvolvimento da Graduação, Pós-Graduação Stricto e Lato Sensu em Áreas Estratégicas para o SUS - Entidades Privadas sem Fins Lucrativos	5	6
2015.8629.0001 - Apoio à Educação Permanente dos Trabalhadores do SUS - Administração Pública Estadual: Estados localizados nas regiões SE e SUL	5	1
2015-20YJ - PO 0006 - Coordenação Nacional da Vigilância Prevenção e Controle da Tuberculose	3	2
2015-20YJ - PO 0008 - Coordenação Nacional da Vigilância Prevenção e Controle da Malária	3	1
2015-6184 - Coordenação Nacional de Vigilância Prevenção e Controle da Tuberculose.	3	1
2055.20k7- Política de Desenvolvimento Produtivo	6	1
2055.8636- 2055- Política de Desenvolvimento Produtivo	4	1
8007 - Resíduos Sólidos (Coleta e Reciclagem de Materiais)	6	5
AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS ? IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO ? AÇÃO (2015.8739) / CONVÊNIO / ORÇAMENTO PROGRAMA.	1	1
AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS ? SAÚDE DA MULHER ? AÇÃO (2015.6175) IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER / CONVÊNIO / ORÇAMENTO PROGRAMA.	1	1

AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS ? SAÚDE DO IDOSO ? AÇÃO (2015.6178) IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA / CONVÊNIO / ORÇAMENTO PROGRAMA.	1	3
ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO PARA A SAÚDE / ACAO 2015.8735 / PO - 0000 / ATENCAO BASICA - SAUDE MAIS PERTO DE VOCE / CONVÊNIO / ORÇAMENTO PROGRAMA	1	5
AMPLIAÇÃO DAS PRÁTICAS DE GESTÃO PARTICIPATIVA, DE CONTROLE SOCIAL E DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE E DE MOBILIZAÇÃO SOCIAL- 2015.20YM	5	7
Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde - Pesquisa em Saúde e Avaliação de Novas Tecnologias para o SUS.	6	3
Apoio ? manuten??o de Unidade de Sa?de para o programa 10.302.1220.4525	6	7
AQUISI??O DE EQUIPAMENTO E MATERIAL PERMANENTE PARA ESTRUTURA??O DE UNIDADE DE ATEN??O ESPECIALIZADA EM SA?DE (1220.8535) - OR?AMENTO PROGRAMA - FILANTR?PICAS - CP 0%	2	2
AQUISICAO DE EQUIPAMENTO E MATERIAL PERMANENTE PARA ESTRUTURACAO DE UNIDADES DE ATENCAO ESPECIALIZADA EM SAUDE (1220.8535)	2	14
AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO E MATERIAL PERMANENTE PARA ESTRUTURAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE - PROGRAMA/AÇÃO (1220.8535) - ESTADOS / DF EP CP 20%	2	1
AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO E MATERIAL PERMANENTE PARA ESTRUTURAÇÃO DE UNIDADE DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE (1220.8535) - ORÇAMENTO PROGRAMA - FILANTRÓPICAS - CP 0%	2	1
AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO E MATERIAL PERMANENTE PARA UNIDADE DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE (1220.8535) - ESTADOS E DF - OP - CP 10%	2	1
AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO E MATERIAL PERMANENTE PARA UNIDADE DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA PARA ESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA / SEGURANÇA TRANSFUSIONAL E QUALIDADE DO SANGUE E HEMODERIVADOS - PROGRAMA / AÇÃO (1291.7690)	2	2
AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO E MATERIAL PERMANENTE VISANDO O APERFEIÇOAMENTO E AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA / SEGURANÇA TRANSFUSIONAL E QUALIDADE DO SANGUE E HEMODERIVADOS - PROGRAMA / AÇÃO (1291.6516)	2	1
ATEN??O ESPECIALIZADA EM SA?DE / ESTRUTURA??O DE UNIDADES DE ATEN??O ESPECIALIZADA EM SA?DE ? A??O (2015.8535) ESTRUTURA??O DE UNIDADES DE ATEN??O ESPECIALIZADA EM SA?DE / CONTRATO DE REPASSE / EMENDA PARLAMENTAR.	2	1
ATEN??O ESPECIALIZADA EM SA?DE / ESTRUTURA??O DE UNIDADES DE ATEN??O ESPECIALIZADA EM SA?DE ? A??O (2015.8535) ESTRUTURA??O DE UNIDADES DE ATEN??O ESPECIALIZADA EM SA?DE / CONTRATO DE REPASSE / OR?AMENTO PROGRAMA.	2	4
ATEN??O ESPECIALIZADA EM SA?DE / ESTRUTURA??O DE UNIDADES DE ATEN??O ESPECIALIZADA EM SA?DE ? A??O (2015.8535) ESTRUTURA??O DE UNIDADES DE ATEN??O ESPECIALIZADA EM SA?DE / CONV?NIO / EMENDA PARLAMENTAR.	2	10
ATEN??O ESPECILAZADA EM SA?DE / ESTRUTURA??O DE UNIDADES DE ATEN??O ESPECIALIZADA EM SA?DE ? A??O (2015.8535) ESTRUTURA??O DE UNIDADES DE ATEN??O ESPECIALIZADA EM SA?DE / CONV?NIO / OR?AMENTO PROGRAMA.	2	5
ATENCAO ESPECIALIZADA EM SAUDE / ESTRUTURACAO DE UNIDADE DE ATENCAO ESPECIALIZADA EM SAUDE - PO 0000 / ACAO 2015.8535 - ESTRUTURACAO DE UNIDADES DE ATENCAO ESPECIALIZADA EM SAUDE / CONVENIO / EMENDA PARLAMENTAR	2	73
ATENCAO ESPECIALIZADA EM SAUDE / ESTRUTURACAO DE UNIDADES DE ATENCAO ESPECIALIZADA EM SAUDE / ACAO (2015.8535) ESTRUTURACAO DE UNIDADES DE ATENCAO ESPECIALIZADA EM SAUDE / PO 0000 / CONTRATO DE REPASSE / EMENDA PARLAMENTAR.	2	6
CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS QUE ATUEM NA ATENÇÃO AOS PACIENTES PORTADORES DE DOENÇAS HEMATOLÓGICAS/SEGURANÇA TRANSFUSIONAL E QUALIDADE DO SANGUE E HEMODERIVADOS - PROGRAMA / AÇÃO (1291.4295)	5	1
ESTRUTURACAO DA REDE DE SERVICOS DE ATEN??O ESPECIALIZADA - EQUIPAMENTO E MATERIAL PERMANENTE PARA UNIDADE DE SAUDE - PROGRAMA/A??O (2015.8535) - ENTIDADE PRIVADA SFL - EMENDA PARLAMENTAR - CP 0%	2	1
ESTRUTURACAO DA REDE DE SERVICOS DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA - REFORMA DE UNIDADE DE SAUDE - PROGRAMA/AÇÃO (2015.8535) - ENTIDADE PRIVADA SFL - EMENDA PARLAMENTAR - CP 0%	2	1
ESTRUTURAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA - REFORMA DE UNIDADE DE SAUDE - PROGRAMA/AÇÃO (2015.8535) - ORGAO ESTADUAL - ORCAMENTO PROGRAMA - CP 10%	2	1
ESTRUTURACAO DE UNIDADES DE ATENCAO ESPECIALIZADA EM SAUDE / ACAO 2015.8535 / PO - 0000 / REDE DE ESTRUTURACAO - UNIDADES HOSPITALARES / CONTRATO DE REPASSE / EMENDA PARLAMENTAR	2	16

ESTRUTURACAO DE UNIDADES DE ATENCAO ESPECIALIZADA EM SAUDE / ACAO 2015.8535 / PO - 0000 / REDE DE ESTRUTURACAO - UNIDADES HOSPITALARES / CONVENIO EQUIPAMENTO / EMENDA PARLAMENTAR	2	64
ESTRUTURACAO DE UNIDADES DE ATENCAO ESPECIALIZADA EM SAUDE / ACAO 2015.8535 / PO - 0000 / REDE DE ESTRUTURACAO - VIVER SEM LIMITE / CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITACAO / CONVENIO EQUIPAMENTO / EMENDA PARLAMENTAR	2	4
FORMAÇÃO DE JOVENS PROMOTORES DE SAÚDE E AÇÕES PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE, PREVENÇÃO DO USO DE CRACK, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS, REDUÇÃO DE DANOS E PREVENÇÃO DE VIOLÊNCIAS ENTRE ADOLESCENTES E JOVENS ? PROGRAMA/AÇÃO 2015.20B0 ? ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS ?	5	1
IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE ? SAÚDE DA CRIANÇA ? AÇÃO 2015.20YI - PO 0003 IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA / CONVÊNIO / ORÇAMENTO PROGRAMA.	1	2
INOVAÇÃO E PRODUÇÃO DE INSUMOS ESTRATÉGICOS PARA A SAÚDE - PROGRAMA/AÇÃO (1201.8636)	6	1
MANUTENÇÃO DE UNIDADES DE SAÚDE ? AÇÃO (2015.4525) APOIO ? MANUTENÇÃO DE UNIDADES DE SAÚDE / CONVÊNIO / EMENDA PARLAMENTAR.	1	7
MANUTENCAO DE UNIDADE DE SAUDE / MANUTENCAO - PROGRAMA/ACAO (2015.4525) - ENTIDADE PRIVADA SFL - EMENDA PARLAMENTAR - CP 0%	1	4
MANUTENCAO DE UNIDADES DE ATENCAO EM SAUDE / ACAO 2015.4525 / PO - 0000 / APOIO A MANUTENÇÃO DE UNIDADES DE SAÚDE / CONVENIO / EMENDA PARLAMENTAR	1	1
MANUTENCAO DE UNIDADES DE SAUDE / PO 0000 / ACAO (2015.4525) APOIO A MANUTENCAO DE UNIDADES DE SAUDE / CONVENIO / EMENDA PARLAMENTAR	1	12
OPERACIONALIZAÇÃO DO SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTES ? ESTRUTURAÇÃO DE CENTROS DE REFERÊNCIA EM TRANSPLANTE E BANCO DE SANGUE DE CORDÃO ? AÇÃO (2015.20SP) OPERACIONALIZAÇÃO DO SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTES / CONTRATO DE REPASSE / ORÇAMENTO PROGRAMA.	2	1
OPERACIONALIZAÇÃO DO SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTES ? OPERACIONALIZAÇÃO DO SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTES ? AÇÃO (2015.20SP) OPERACIONALIZAÇÃO DO SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTES / CONVÊNIO / ORÇAMENTO PROGRAMA.	2	6
PESQUISA EM SAÚDE E AVALIAÇÃO DE NOVAS TECNOLOGIAS PARA O SUS - (12016146)	6	1
PESQUISA EM SAÚDE E AVALIAÇÃO DE NOVAS TECNOLOGIAS PARA O SUS (12016146)	6	1
Política de Desenvolvimento Produtivo - Apoio a Modernização do Parque Produtivo industrial da Saúde	6	1
Programa 4958 - Qualificação da Regulação e Fiscalização da Saúde Suplementar	5	1
PROGRAMAS ESTRATEGICOS / PESSOA COM DEFICIENCIA - VIVER SEM LIMITE / OFICINA ORTOPEDICA / PO 0000 / ACAO 2015.8535 - ESTRUTURACAO DE UNIDADES DE ATENCAO ESPECIALIZADA EM SAUDE / CONVENIO / EMENDA PARLAMENTAR	2	1
PROJETO DE APOIO ? MANUTENÇÃO DE UNIDADE DE SAÚDE/ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL E HOSPITALAR ESPECIALIZADA - PROGRAMA / AÇÃO (1220.4525) - ENTIDADE PRIVADA - EP - CP 0%	2	8
PROJETO DE AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO E MATERIAL PERMANENTE PARA ESTRUTURAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE - PROGRAMA/AÇÃO (1220.8535) - EMENDA PARLAMENTAR - ENTIDADE PRIVADA - CP 0%	2	30
PROJETO DE OBRA - REFORMA DE UNIDADE DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA PARA ESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA / SEGURANÇA TRANSFUSIONAL E QUALIDADE DO SANGUE E HEMODERIVADOS - PROGRAMA / AÇÃO (1291.7690)	5	1
PROJETO DE OBRA (CONSTRUCAO, AMPLIACAO, CONCLUSAO E REFORMA DE UNIDADE DE SAUDE) PARA ESTRUTURACAO DE UNIDADES DE ATENCAO ESPECIALIZADA EM SAUDE - PROGRAMA/ACAO (1220.8535)	2	5
Projeto Formação.. Capacitação e Pesquisa para atender Programa de Saúde Bucal - PROGRAMA/AÇÃO (12148730)	2	4
Projetos de Custeio para atender programa e ação - 1444-6184- Vigilância Prevenção e Controle de Doenças e Agravos- Controle da Tuberculose	3	1
Projetos de Custeio para atender programa e ação - 1444.6170 - Vigilância Prevenção e Controle de Doenças e Agravos - Vigilância Prevenção e Controle de Doenças e Agravos Não Transmissíveis	3	1
Projetos de Custeio para atender programa e ação 1444.6842-Produção de Informação em Estatísticas Vitais Análise da Situação de Saúde	3	1
Projetos de Custeio para atender programa e ação- 1444-8670 - Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças e Agravos ? Vigilância Prevenção e Controle em HIV/Aids e Outras Doenças Sexualmente Transm.	3	1
Promoção, Vigilância Proteção e Recuperação da Saúde Indígena	3	14
Proteção e Promoção dos Direitos dos Povos Indígenas	3	9
REDE DE ATENCAO ?S URGENCIAS / UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA - EQUIPAMENTO E MATERIAL PERMANENTE PARA UNIDADES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA - PROGRAMA/AÇÃO (2015.8535) - ENTIDADE PRIVADA SFL - EMENDA PARLAMENTAR - CP 0%	2	1

REDE DE ATENÇÃO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA ? VIVER SEM LIMITE / IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA ? AÇÃO 2015.20YI ? PO 0006 / CONVÊNIO / ORÇAMENTO PROGRAMA.	1	1
REDE DE ATENCAO AS PESSOAS COM DOENCAS CRONICAS - ONCOLOGIA / CENTRO DE REFERENCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA / PO 0000 / ACAO 2015.8535 - ESTRUTURACAO DE UNIDADES DE ATENCAO ESPECIALIZADA EM SAUDE / CONVENIO / EMENDA PARLAMENTAR	2	2
REDE DE ATENCAO ÀS URGENCIAS / SOS EMERGENCIA - REFORMA DE UNIDADES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA - PROGRAMA/AÇÃO (2015.8933) - ENTIDADE PRIVADA SFL - ORCAMENTO PROGRAMA - CP 0%	2	1
REDE DE ATENCAO AS URGENCIAS E EMERGENCIA / UNIDADES HOSPITALARES - REFORMA DE UNIDADE DE ATENCAO ESPECIALIZADA EM SAUDE - PROGRAMA/ACAO (2015.8535) - ENTIDADE PRIVADA - EMENDA PARLAMENTAR - CP 0%	2	1
REDE DE ATENCAO AS URGENCIAS E EMERGENCIAS / UNIDADES HOSPITALRES - AQUISICAO DE EQUIPAMENTO E MATERIAL PERMANENTE PARA UNIDADE DE URGENCIA E EMERGENCIA - PROGRAMA/ACAO (2015.8535) - ENTIDADE PRIVADA - EMENDA PARLAMENTAR - CP 0%	2	15
REDE DE ATENCAO ONCOLOGICA / CENTRO DE ALTA COMPLEXIDADE E ONCOLOGIA - EQUIPAMENTO E MATERIAL PERMANENTE PARA UNIDADE DE ATENCAO ESPECIALIZADA EM SAUDE - PROGRAMA/AÇÃO (2015.8535) - ENTIDADE PRIVADA SFL - EMENDA PARLAMENTAR - CP 0%	2	1
REDE DE ATENCAO ONCOLOGICA / CENTRO DE ALTA COMPLEXIDADE E ONCOLOGIA - EQUIPAMENTO E MATERIAL PERMANENTE PARA UNIDADE DE ATENCAO ESPECIALIZADA EM SAUDE - PROGRAMA/AÇÃO (2015.8535) - ENTIDADE PRIVADA SFL - ORCAMENTO PROGRAMA - CP 0%	2	1
REDE DE ATENCAO PSICOSSOCIAL / CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL / PO 0000 / ACAO 2015.20B0 - ATENCAO ESPECIALIZADA EM SAUDE MENTAL / CONVENIO / EMENDA PARLAMENTAR	2	1
REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL / IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL ? AÇÃO (2015.20B0) IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL / CONVÊNIO / ORÇAMENTO PROGRAMA.	2	1
REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL / IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL ? AÇÃO (2015.6233) IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL / CONVÊNIO / ORÇAMENTO PROGRAMA.	2	1
REDE DE ATENCAO PSICOSSOCIAL / IMPLEMENTACAO DA POLITICA DE SAUDE MENTAL - CURSO, TREINAMENTO, ESTUDO E PESQUISA, SEMINÁRIO, CAPACITAÇÃO E CONGRESSO - PROGRAMA/AÇÃO (2015.6233) - ENTIDADE PRIVADA SFL - ORCAMENTO PROGRAMA - CP 0%	2	1
REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA / PORTA DE ENTRADA HOSPITALAR / SOS EMERGÊNCIA ? AÇÃO (2015.8933) SERVIÇOS DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NA REDE HOSPITALAR / CONVÊNIO / ORÇAMENTO PROGRAMA.	2	1
REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA / PORTA DE ENTRADA HOSPITALAR ? AÇÃO (2015.8535) ESTRUTURAÇÃO DE UNIDADES DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE / CONVÊNIO / EMENDA PARLAMENTAR.	2	1
REFORMA DE UNIDADE DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE - PROGRAMA/AÇÃO (1220.8535) - ORÇAMENTO PROGRAMA - ENTIDADE PRIVADA - CP 0%	2	1
REFORMA DE UNIDADE DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE - PROGRAMA/AÇÃO (1220/8535) - ORÇAMENTO PROGRAMA - ENTIDADE PRIVADA - CP 0%	2	1
REFORMA DE UNIDADE DE SA?DE PARA ESTRUTURA??O DA REDE DE SERVIÇOS DE ATEN??O ESPECIALIZADA EM SA?DE - PROGRAMA/A??O (1220.8535) - EMENDA PARLAMENTAR - ENTIDADE PRIVADA - CP 0%	2	4
REFORMA DE UNIDADE DE SAÚDE PARA ESTRUTURAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE - PROGRAMA/AÇÃO (1220.8535) - FILANTRÓPICA - ORÇAMENTO PROGRAMA - CP 0%	2	1
SANGUE / ESTRUTURACAO DOS SERVICOS DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA - EQUIPAMENTO E MATERIAL PERMANENTE PARA UNIDADE DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA - PROGRAMA/AÇÃO (2015.7690) - ENTIDADE PRIVADA SFL - ORCAMENTO PROGRAMA - CP 0%	2	2
SANGUE E HEMODERIVADOS ? ESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA ? AÇÃO (2015.7690) ESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA / CONVÊNIO / ORÇAMENTO PROGRAMA.	2	3
SANGUE E HEMODERIVADOS ? IMPLANTA??O DA POL?TICA NACIONAL DO SANGUE E HEMODERIVADOS E CONSOLIDA??O DA HEMORREDE ? A??O (2015.4295) ATEN??O AOS PACIENTES PORTADORES DE DOEN?AS HEMATOL?GICAS / CONV?NIO / OR?AMENTO PROGRAMA.	2	4
TRANSPLANTE / INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO DAS ACOES DE TRANSPLANTES REALIZADOS PELA SAUDE - CURSO, TREINAMENTO, ESTUDO E PESQUISA, SEMINARIO,	2	1

CAPACITACAO E CONGRESSO - PROGRAMA/AÇÃO (2015.20SP) - ORGAO ESTADUAL - ORÇAMENTO PROGRAMA - CP 10%		
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA - AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO E MATERIAL PERMANENTE PARA AS PORTAS DE ENTRADA HOSPITALARES DA URGENCIA (1220.8535) - ORÇAMENTO PROGRAMA / FILANTRÓPICAS - CP 0%	2	2
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA - REFORMA DAS PORTAS DE ENTRADA HOSPITALARES DA URGENCIA (1220.8535) - ORÇAMENTO PROGRAMA / FILANTRÓPICAS - CP 0%	2	1
URGENCIA E EMERGENCIA / LEITOS DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA / PO 0000 - ACAO 2015.8535 - ESTRUTURACAO DE UNIDADES DE ATENCAO ESPECIALIZADA EM SAUDE / CONVENIO / EMENDA PARLAMENTAR	6	2
Vigilância Sanitária de Produtos, Serviços e Ambientes, Tecidos, Células e Órgãos Humanos	3	1
Total	-	523
Programa	Bloco	Quantidade
00168707 - Gestão da Política em Saúde/Ampliação e fortalecimento da Participação e Mobilização Social em Defesa do SUS	5	1
0122 ? Serviços Urbanos de Água e Esgoto	6	3
0122 ? Serviços Urbanos de Água e Esgoto (Cooperação Técnica em Saneamento)	6	1
0150 ? Proteção e Promoção dos Povos Indígenas - Promoção, Vigilância, Proteção e Recuperação	3	1
10303129320AE0035 - Promoção da Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos na Atenção Básica em Saúde - No Estado de São Paulo – 13340020	4	1
10303129343680035 - Promoção da Assistência Farmacêutica e Insumos para Programas de Saúde Estratégicos - No Estado de São Paulo - EMENDA 10510004	4	1
10303129343680035 - Promoção da Assistência Farmacêutica e Insumos para Programas de Saúde Estratégicos - No Estado de São Paulo - EMENDA 15930007	4	1
10303129343680056 - Promoção da Assistência Farmacêutica e Insumos para Programas de Saúde Estratégicos - Grupo de Apoio ao Adolescente e à Criança com Câncer (Instituto de Oncologia Pediátrica) - São Paulo - SP - EMENDA 36110021	4	1
10303129343680110 - Promoção da Assistência Farmacêutica e Insumos para Programas de Saúde Estratégicos - Instituto de Oncologia Pediátrica de São Paulo (Grupo de Apoio ao Adolescente e à Criança com Câncer) - No Estado de São Paulo - EMENDA 13670004	4	1
10303129343680110 - Promoção da Assistência Farmacêutica e Insumos para Programas de Saúde Estratégicos - Instituto de Oncologia Pediátrica de São Paulo (Grupo de Apoio ao Adolescente e à Criança com Câncer) - No Estado de São Paulo - EMENDA 25460015	4	1
10303129343680114 - Promoção da Assistência Farmacêutica e Insumos para Programas de Saúde Estratégicos - São Paulo - SP - EMENDA 13940014	4	1
10303129343680118 - Promoção da Assistência Farmacêutica e Insumos para Programas de Saúde Estratégicos - Grupo de Apoio ao Adolescente e à Criança com Câncer - São Paulo - SP - EMENDA 15810004	4	1
12016146 - PESQUISA EM SAUDE AVALIACAO DE NOVAS TECNOLOGIAS PARA O SUS	6	2
1220.8535.0000 - Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde - Emenda Parlamentar – 14100007	2	1
1220.8535.0035 - Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde - Estado de São Paulo - Emenda Parlamentar – 25340016	2	1
1220.8535.0035 - Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde - Estado de São Paulo - Emenda Parlamentar – 36100006	2	1
1220.8535.0035 - Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde - Estado de São Paulo / SP - Emenda Parlamentar – 25230008	2	1
1220.8535.0035 - Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde - No Estado de São Paulo - Emenda Parlamentar – 25370005	2	1
1220.8535.0035 - Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde - No Estado de São Paulo - Emenda Parlamentar – 31600007	2	2
1220.8535.0035 - Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde - No Estado de São Paulo - Emenda Parlamentar – 10480004	2	1
1220.8535.0196 - Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde - Unidade de Saúde da Associação de Apoio à Criança Deficiente (AACD) - São Paulo / SP - Emenda Parlamentar - 16050014	2	1
1220.8535.0430 - Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde - Aparelhamento do Hospital A. C. Camargo (Fundação Antônio Prudente) - São Paulo / SP - Emenda Parlamentar - 16050018	2	1
1220.8535.0724 - Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Paulo / SP - Emenda Parlamentar - 25310004	2	1
1220.8535.1212 - Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde - Hospital A. C. Camargo (Fundação Antônio Prudente) - São Paulo / SP - Emenda Parlamentar - 22110009	2	1
1220.8736 - ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAUDE - ORÇAMENTO PROGRAMA	2	1
12208736 - ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAUDE - FILANTRÓPICA - OP - 0%	2	1
1291.6516 - Aperfeiçoamento e Avaliação dos Serviços de Hemoterapia e Hematologia - ORÇAMENTO PROGRAMA	2	1
1291.7690 -Estruturação do Serviços de Hematologiae Hemoterapia - ORÇAMENTO PROGRAMA	5	4

129320AE - AQUISICAO DE MEDICAMENTOS PARA PROMOCAO DA ASSISTENCIA FARMACEUTICA E INSUMOS ESTRATEGICOS NA ATENCAO BASICA DE SAUDE	4	1
12934368 - AQUISICAO DE MEDICAMENTOS PARA PROMOCAO DA ASSISTENCIA FARMACEUTICA E INSUMOS PARA PROGRAMAS DE SAUDE ESTRATEGICOS	4	6
13126175 - Implementação de Políticas de Atenção a Saúde da Mulher - Central Geral dos Trabalhadores do Brasil/SP - CNPJ 66.868.118/0001-44	1	1
13126175 - Implementação de Políticas de Atenção a Saúde da Mulher - Confederação das Mulheres do Brasil - CMB - CNPJ 59.832.683/0001-96	1	1
13126175 - Implementação de Políticas de Atenção a Saúde da Mulher - Instituto Patrícia Galvão - CNPJ 05.408.004/0001-27	1	1
13126177 - Implementação de Políticas de Atenção a Saúde do Adolescente e Jovem - Confederação das Mulheres do Brasil/SP - CNPJ 59.832.683/0001-96	1	1
13126177 - Implementação de Políticas de Atenção a Saúde do Adolescente e Jovem - União Metropolitana de Estudantes Secundaristas de São Paulo/SP - CNPJ: 57.277.113/0001-05	1	1
13126177 - Implementação de Políticas de Atenção a Saúde do Adolescente e Jovem - União Metropolitana dos Estudantes Secundaristas de São Paulo/SP - CNPJ 57.277.113/0001-56	1	1
13126178 - Implementação de Políticas de Atenção a Saúde da Pessoa Idosa	1	1
13126181 - Implementação de Políticas de Atenção a Saúde da Pessoa com Deficiência	1	1
13128527 - Implementação de Políticas de Atenção à Saúde da População Penitenciária - Centro de Educação Permanente em Saúde Pública/SP - CNPJ 02.574.122/0001-17	1	1
13128762 - Implementação de Ações e Serviços as Populações em Localidades Estratégicas e Vulneráveis de Agravo	1	1
13128762 - Implementação de Ações e Serviços as Populações Estratégicas e Vulneráveis de Agravo - Confederação das Mulheres do Brasil/SP - CMB - CNPJ 59.832.683/0001-96	1	1
1436.8628.0001 - Aperfeiçoamento do Trabalho e Educação na Saúde - Apoio ao Desenvolvimento da Graduação, Pós-Graduação Stricto e Latu Sensu em Áreas Estratégicas para o SUS	5	3
1436.8631.0001 - Regulação do trabalho em saúde e a modernização e qualificação do trabalho no SUS	5	1
1444 - 8701 Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública	3	1
1444.6160 - Programa, Prevenção e Controle de Doenças e Agravos - Controle de Surtos Calamidades	3	1
1444.8670 Programa, Prevenção e Controle de Doenças e Agravos HIV/ Outras Doenças Sexualmente Transmissíveis	3	1
1444.8701 - Programa, Prevenção e Controle de Doenças e Agravos - Laboratórios Saúde Pública	3	1
14446170 - Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças e Agravos - Não transmissíveis	3	3
1444-6184 Vigilância Prevenção e Controle de Doenças e Agravos	3	1
14446185 - Vigilância Prevenção e Controle de Doenças e Agravos - Controle da Hanseníase	3	2
1446-8720 - Implementação da Política de Promoção da Saúde - Saúde Ambiental	3	1
2015 - 20YJ - PO 000F - Coordenação Nacional da Política de Saúde do Trabalhador	3	2
2015 - Ação 20YJ - PO 0009 - Coordenação Nacional da Vigilância e Controle da Dengue	3	1
2015 ? Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde -SUS (Fomento à Pesquisa e Desenvolvimento de Tecnologias Alternativas)	6	1
2015.20QD - Coordenação Nacional da Vigilância, Prevenção e Controle em HIV/AIDS, Hepatites.	3	3
2015.20YD.0001 PO 003 - PRÓ-Saúde	3	1
2015.20YD.0001 PO 004 - TELESSAÚDE	3	3
2015.20YJ - Sistema Nacional de Vigilância em Saúde	3	3
2015.20YJ Sistema Nacional de Vigilância em Sa?	3	5
2015.20YJ Sistema Nacional de Vigilância em Saúde	3	5
2015.4382 ? Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e Controle de Doenças.	3	1
2015.6170 - Coordenação Nac. da Vigilância Prevenção Controle de Agravos não Transmissíveis.	3	1
2015.6842 - Informação e Análise de Situação de Saúde.	3	1
2015.8612.0001 ? Formação de Profissionais Técnicos de Saúde e Fortalecimento das Escolas Técnicas / Centros Formadores do SUS ? Adm Pub Municipal: Municípios com mais de 50 mil habitantes: Regiões: SE e SUL.	5	1
2015.8612.0001 ? Formação de Profissionais Técnicos de Saúde e Fortalecimento das Escolas Técnicas / Centros Formadores do SUS ? Entidades Privadas sem Fins Lucrativos.	5	3
2015.8628.0001 ? Apoio ao Desenvolvimento da Graduação, Pós-Graduação Stricto e Latu Sensu em Áreas Estratégicas para o SUS - Adm Pub Estadual selecionada pelo Edital nº 24 de 15/12/2011 ? PRÓ-Saúde e PET-Saúde.	5	3
2015.8628.0001 ? Apoio ao Desenvolvimento da Graduação, Pós-Graduação Stricto e Latu Sensu em Áreas Estratégicas para o SUS - Entidades Privadas sem Fins Lucrativos	5	6
2015.8629.0001 - Apoio à Educação Permanente dos Trabalhadores do SUS - Administração Pública Estadual: Estados localizados nas regiões SE e SUL	5	1
2015-20YJ - PO 0006 - Coordenação Nacional da Vigilância Prevenção e Controle da Tuberculose	3	2
2015-20YJ - PO 0008 - Coordenação Nacional da Vigilância Prevenção e Controle da Malária	3	1
2015-6184 - Coordenação Nacional de Vigilância Prevenção e Controle da Tuberculose.	3	1
2055.20k7- Política de Desenvolvimento Produtivo	6	1

2055.8636- 2055- Política de Desenvolvimento Produtivo	4	1
8007 - Resíduos Sólidos (Coleta e Reciclagem de Materiais)	6	5
AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS ? IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO ? AÇÃO (2015.8739) / CONVÊNIO / ORÇAMENTO PROGRAMA.	1	1
AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS ? SAÚDE DA MULHER ? AÇÃO (2015.6175) IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER / CONVÊNIO / ORÇAMENTO PROGRAMA.	1	1
AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS ? SAÚDE DO IDOSO ? AÇÃO (2015.6178) IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA / CONVÊNIO / ORÇAMENTO PROGRAMA.	1	3
ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO PARA A SAÚDE / ACAO 2015.8735 / PO - 0000 / ATENCAO BASICA - SAUDE MAIS PERTO DE VOCE / CONVÊNIO / ORÇAMENTO PROGRAMA	1	5
AMPLIAÇÃO DAS PRÁTICAS DE GESTÃO PARTICIPATIVA, DE CONTROLE SOCIAL E DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE E DE MOBILIZAÇÃO SOCIAL- 2015.20YM	5	7
Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde - Pesquisa em Saúde e Avaliação de Novas Tecnologias para o SUS.	6	3
Apoio ? manuten??o de Unidade de Sa?de para o programa 10.302.1220.4525	6	7
AQUISI??O DE EQUIPAMENTO E MATERIAL PERMANENTE PARA ESTRUTURA??O DE UNIDADE DE ATEN??O ESPECIALIZADA EM SA?DE (1220 8535) - OR?AMENTO PROGRAMA - FILANTR?PICAS - CP 0%	2	2
AQUISICAO DE EQUIPAMENTO E MATERIAL PERMANENTE PARA ESTRUTURACAO DE UNIDADES DE ATENCAO ESPECIALIZADA EM SAUDE (1220 8535)	2	14
AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO E MATERIAL PERMANENTE PARA ESTRUTURAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE - PROGRAMA/AÇÃO (1220.8535) - ESTADOS / DF EP CP 20%	2	1
AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO E MATERIAL PERMANENTE PARA ESTRUTURAÇÃO DE UNIDADE DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE (1220 8535) - ORÇAMENTO PROGRAMA - FILANTRÓPICAS - CP 0%	2	1
AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO E MATERIAL PERMANENTE PARA UNIDADE DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE (1220.8535) - ESTADOS E DF - OP - CP 10%	2	1
AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO E MATERIAL PERMANENTE PARA UNIDADE DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA PARA ESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA / SEGURANÇA TRANSFUSIONAL E QUALIDADE DO SANGUE E HEMODERIVADOS - PROGRAMA / AÇÃO (1291.7690)	2	2
AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO E MATERIAL PERMANENTE VISANDO O APERFEIÇOAMENTO E AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA / SEGURANÇA TRANSFUSIONAL E QUALIDADE DO SANGUE E HEMODERIVADOS - PROGRAMA / AÇÃO (1291.6516)	2	1
ATEN??O ESPECIALIZADA EM SA?DE / ESTRUTURA??O DE UNIDADES DE ATEN??O ESPECIALIZADA EM SA?DE ? A??O (2015.8535) ESTRUTURA??O DE UNIDADES DE ATEN??O ESPECIALIZADA EM SA?DE / CONTRATO DE REPASSE / EMENDA PARLAMENTAR.	2	1
ATEN??O ESPECIALIZADA EM SA?DE / ESTRUTURA??O DE UNIDADES DE ATEN??O ESPECIALIZADA EM SA?DE ? A??O (2015.8535) ESTRUTURA??O DE UNIDADES DE ATEN??O ESPECIALIZADA EM SA?DE / CONTRATO DE REPASSE / OR?AMENTO PROGRAMA.	2	4
ATEN??O ESPECIALIZADA EM SA?DE / ESTRUTURA??O DE UNIDADES DE ATEN??O ESPECIALIZADA EM SA?DE ? A??O (2015.8535) ESTRUTURA??O DE UNIDADES DE ATEN??O ESPECIALIZADA EM SA?DE / CONV?NIO / EMENDA PARLAMENTAR.	2	10
ATEN??O ESPECILAZADA EM SA?DE / ESTRUTURA??O DE UNIDADES DE ATEN??O ESPECIALIZADA EM SA?DE ? A??O (2015.8535) ESTRUTURA??O DE UNIDADES DE ATEN??O ESPECIALIZADA EM SA?DE / CONV?NIO / OR?AMENTO PROGRAMA.	2	5
ATENCAO ESPECIALIZADA EM SAUDE / ESTRUTURACAO DE UNIDADE DE ATENCAO ESPECIALIZADA EM SAUDE - PO 0000 / ACAO 2015.8535 - ESTRUTURACAO DE UNIDADES DE ATENCAO ESPECIALIZADA EM SAUDE / CONVENIO / EMENDA PARLAMENTAR	2	73
ATENCAO ESPECIALIZADA EM SAUDE / ESTRUTURACAO DE UNIDADES DE ATENCAO ESPECIALIZADA EM SAUDE / ACAO (2015.8535) ESTRUTURACAO DE UNIDADES DE ATENCAO ESPECIALIZADA EM SAUDE / PO 0000 / CONTRATO DE REPASSE / EMENDA PARLAMENTAR.	2	6
CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS QUE ATUEM NA ATENÇÃO AOS PACIENTES PORTADORES DE DOENÇAS HEMATOLÓGICAS/SEGURANÇA TRANSFUSIONAL E QUALIDADE DO SANGUE E HEMODERIVADOS - PROGRAMA / AÇÃO (1291.4295)	5	1
ESTRUTURACAO DA REDE DE SERVICOS DE ATEN??O ESPECIALIZADA - EQUIPAMENTO E MATERIAL PERMANENTE PARA UNIDADE DE SAUDE - PROGRAMA/A??O (2015.8535) - ENTIDADE PRIVADA SFL - EMENDA PARLAMENTAR - CP 0%	2	1
ESTRUTURACAO DA REDE DE SERVICOS DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA - REFORMA DE UNIDADE DE SAUDE - PROGRAMA/AÇÃO (2015.8535) - ENTIDADE PRIVADA SFL - EMENDA PARLAMENTAR - CP 0%	2	1

ESTRUTURAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA - REFORMA DE UNIDADE DE SAÚDE - PROGRAMA/AÇÃO (2015.8535) - ORGAO ESTADUAL - ORCAMENTO PROGRAMA - CP 10%	2	1
ESTRUTURACAO DE UNIDADES DE ATENCAO ESPECIALIZADA EM SAUDE / ACAO 2015.8535 / PO - 0000 / REDE DE ESTRUTURACAO - UNIDADES HOSPITALARES / CONTRATO DE REPASSE / EMENDA PARLAMENTAR	2	16
ESTRUTURACAO DE UNIDADES DE ATENCAO ESPECIALIZADA EM SAUDE / ACAO 2015.8535 / PO - 0000 / REDE DE ESTRUTURACAO - UNIDADES HOSPITALARES / CONVENIO EQUIPAMENTO / EMENDA PARLAMENTAR	2	64
ESTRUTURACAO DE UNIDADES DE ATENCAO ESPECIALIZADA EM SAUDE / ACAO 2015.8535 / PO - 0000 / REDE DE ESTRUTURACAO - VIVER SEM LIMITE / CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITACAO / CONVENIO EQUIPAMENTO / EMENDA PARLAMENTAR	2	4
FORMAÇÃO DE JOVENS PROMOTORES DE SAÚDE E AÇÕES PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE, PREVENÇÃO DO USO DE CRACK, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS, REDUÇÃO DE DANOS E PREVENÇÃO DE VIOLÊNCIAS ENTRE ADOLESCENTES E JOVENS ? PROGRAMA/AÇÃO 2015.20B0 ? ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS ?	5	1
IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE ? SAÚDE DA CRIANÇA ? AÇÃO 2015.20YI - PO 0003 IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA / CONVÊNIO / ORÇAMENTO PROGRAMA.	1	2
INOVAÇÃO E PRODUÇÃO DE INSUMOS ESTRATÉGICOS PARA A SAÚDE - PROGRAMA/AÇÃO (1201.8636)	6	1
MANUTENÇÃO DE UNIDADES DE SAÚDE ? APOIO ? MANUTENÇÃO DE UNIDADES DE SAÚDE / CONVÊNIO / EMENDA PARLAMENTAR.	1	7
MANUTENCAO DE UNIDADE DE SAUDE / MANUTENCAO - PROGRAMA/ACAO (2015.4525) - ENTIDADE PRIVADA SFL - EMENDA PARLAMENTAR - CP 0%	1	4
MANUTENCAO DE UNIDADES DE ATENCAO EM SAUDE / ACAO 2015.4525 / PO - 0000 / APOIO A MANUTENÇÃO DE UNIDADES DE SAUDE / CONVENIO / EMENDA PARLAMENTAR	1	1
MANUTENCAO DE UNIDADES DE SAUDE / PO 0000 / ACAO (2015.4525) APOIO A MANUTENCAO DE UNIDADES DE SAUDE / CONVENIO / EMENDA PARLAMENTAR	1	12
OPERACIONALIZAÇÃO DO SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTES ? ESTRUTURAÇÃO DE CENTROS DE REFERÊNCIA EM TRANSPLANTE E BANCO DE SANGUE DE CORDÃO ? AÇÃO (2015.20SP) OPERACIONALIZAÇÃO DO SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTES / CONTRATO DE REPASSE / ORÇAMENTO PROGRAMA.	2	1
OPERACIONALIZAÇÃO DO SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTES ? OPERACIONALIZAÇÃO DO SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTES ? AÇÃO (2015.20SP) OPERACIONALIZAÇÃO DO SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTES / CONVÊNIO / ORÇAMENTO PROGRAMA.	2	6
PESQUISA EM SAÚDE E AVALIAÇÃO DE NOVAS TECNOLOGIAS PARA O SUS - (12016146)	6	1
PESQUISA EM SAÚDE E AVALIAÇÃO DE NOVAS TECNOLOGIAS PARA O SUS (12016146)	6	1
Política de Desenvolvimento Produtivo - Apoio a Modernização do Parque Produtivo industrial da Saúde	6	1
Programa 4958 - Qualificação da Regulação e Fiscalização da Saúde Suplementar	5	1
PROGRAMAS ESTRATEGICOS / PESSOA COM DEFICIENCIA - VIVER SEM LIMITE / OFICINA ORTOPEDICA / PO 0000 / ACAO 2015.8535 - ESTRUTURACAO DE UNIDADES DE ATENCAO ESPECIALIZADA EM SAUDE / CONVENIO / EMENDA PARLAMENTAR	2	1
PROJETO DE APOIO ? MANUTENÇÃO DE UNIDADE DE SAÚDE/ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL E HOSPITALAR ESPECIALIZADA - PROGRAMA / AÇÃO (1220.4525) - ENTIDADE PRIVADA - EP - CP 0%	2	8
PROJETO DE AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO E MATERIAL PERMANENTE PARA ESTRUTURAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE - PROGRAMA/AÇÃO (1220.8535) - EMENDA PARLAMENTAR - ENTIDADE PRIVADA - CP 0%	2	30
PROJETO DE OBRA - REFORMA DE UNIDADE DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA PARA ESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA / SEGURANÇA TRANSFUSIONAL E QUALIDADE DO SANGUE E HEMODERIVADOS - PROGRAMA / AÇÃO (1291.7690)	5	1
PROJETO DE OBRA (CONSTRUÇÃO, AMPLIAÇÃO, CONCLUSÃO E REFORMA DE UNIDADE DE SAÚDE) PARA ESTRUTURACAO DE UNIDADES DE ATENCAO ESPECIALIZADA EM SAUDE - PROGRAMA/ACAO (1220.8535)	2	5
Projeto Formação, Capacitação e Pesquisa para atender Programa de Saúde Bucal - PROGRAMA/AÇÃO (12148730)	2	4
Projetos de Custeio para atender programa e ação - 1444-6184- Vigilância Prevenção e Controle de Doenças e Agravos- Controle da Tuberculose	3	1
Projetos de Custeio para atender programa e ação - 1444.6170 - Vigilância Prevenção e Controle de Doenças e Agravos - Vigilância Prevenção e Controle de Doenças e Agravos Não Transmissíveis	3	1
Projetos de Custeio para atender programa e ação 1444.6842-Produção de Informação em Estatísticas Vitais Análise da Situação de Saúde	3	1
Projetos de Custeio para atender programa e ação- 1444-8670 - Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças e Agravos ? Vigilância Prevenção e Controle em HIV/Aids e Outras Doenças Sexualmente Transm.	3	1

Promoção, Vigilância Proteção e Recuperação da Saúde Indígena	3	14
Proteção e Promoção dos Direitos dos Povos Indígenas	3	9
REDE DE ATENCAO ?S URGENCIAS / UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA - EQUIPAMENTO E MATERIAL PERMANENTE PARA UNIDADES DE URG?NCIA E EMERG?NCIA - PROGRAMA/A??O (2015.8535) - ENTIDADE PRIVADA SFL - EMENDA PARLAMENTAR - CP 0%	2	1
REDE DE ATENÇÃO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA ? VIVER SEM LIMITE / IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA ? AÇÃO 2015.20YI ? PO 0006 / CONVÊNIO / ORÇAMENTO PROGRAMA.	1	1
REDE DE ATENCAO AS PESSOAS COM DOENCAS CRONICAS - ONCOLOGIA / CENTRO DE REFERENCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA / PO 0000 / ACAO 2015.8535 - ESTRUTURACAO DE UNIDADES DE ATENCAO ESPECIALIZADA EM SAUDE / CONVENIO / EMENDA PARLAMENTAR	2	2
REDE DE ATENCAO ÀS URGENCIAS / SOS EMERGENCIA - REFORMA DE UNIDADES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA - PROGRAMA/AÇÃO (2015.8933) - ENTIDADE PRIVADA SFL - ORCAMENTO PROGRAMA - CP 0%	2	1
REDE DE ATENCAO AS URGENCIAS E EMERGENCIA / UNIDADES HOSPITALARES - REFORMA DE UNIDADE DE ATENCAO ESPECIALIZADA EM SAUDE - PROGRAMA/ACAO (2015.8535) - ENTIDADE PRIVADA - EMENDA PARLAMENTAR - CP 0%	2	1
REDE DE ATENCAO AS URGENCIAS E EMERGENCIAS / UNIDADES HOSPITALRES - AQUISICAO DE EQUIPAMENTO E MATERIAL PERMANENTE PARA UNIDADE DE URGENCIA E EMERGENCIA - PROGRAMA/ACAO (2015.8535) - ENTIDADE PRIVADA - EMENDA PARLAMENTAR - CP 0%	2	15
REDE DE ATENCAO ONCOLOGICA / CENTRO DE ALTA COMPLEXIDADE E ONCOLOGIA - EQUIPAMENTO E MATERIAL PERMANENTE PARA UNIDADE DE ATENCAO ESPECIALIZADA EM SAUDE - PROGRAMA/A??O (2015.8535) - ENTIDADE PRIVADA SFL - EMENDA PARLAMENTAR - CP 0%	2	1
REDE DE ATENCAO ONCOLOGICA / CENTRO DE ALTA COMPLEXIDADE E ONCOLOGIA - EQUIPAMENTO E MATERIAL PERMANENTE PARA UNIDADE DE ATENCAO ESPECIALIZADA EM SAUDE - PROGRAMA/AÇÃO (2015.8535) - ENTIDADE PRIVADA SFL - ORCAMENTO PROGRAMA - CP 0%	2	1
REDE DE ATENCAO PSICOSSOCIAL / CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL / PO 0000 / ACAO 2015.20B0 - ATENCAO ESPECIALIZADA EM SAUDE MENTAL / CONVENIO / EMENDA PARLAMENTAR	2	1
REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL / IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL ? AÇÃO (2015.20B0) IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL / CONVÊNIO / ORÇAMENTO PROGRAMA.	2	1
REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL / IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL ? AÇÃO (2015.6233) IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL / CONVÊNIO / ORÇAMENTO PROGRAMA.	2	1
REDE DE ATENCAO PSICOSSOCIAL / IMPLEMENTACAO DA POLITICA DE SAUDE MENTAL - CURSO, TREINAMENTO, ESTUDO E PESQUISA, SEMINÁRIO, CAPACITAÇÃO E CONGRESSO - PROGRAMA/AÇÃO (2015.6233) - ENTIDADE PRIVADA SFL - ORCAMENTO PROGRAMA - CP 0%	2	1
REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA / PORTA DE ENTRADA HOSPITALAR / SOS EMERGÊNCIA ? AÇÃO (2015.8933) SERVIÇOS DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NA REDE HOSPITALAR / CONVÊNIO / ORÇAMENTO PROGRAMA.	2	1
REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA / PORTA DE ENTRADA HOSPITALAR ? AÇÃO (2015.8535) ESTRUTURAÇÃO DE UNIDADES DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE / CONVÊNIO / EMENDA PARLAMENTAR.	2	1
REFORMA DE UNIDADE DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE - PROGRAMA/AÇÃO (1220.8535) - ORÇAMENTO PROGRAMA - ENTIDADE PRIVADA - CP 0%	2	1
REFORMA DE UNIDADE DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE - PROGRAMA/AÇÃO (1220/8535) - ORÇAMENTO PROGRAMA - ENTIDADE PRIVADA - CP 0%	2	1
REFORMA DE UNIDADE DE SA?DE PARA ESTRUTURA??O DA REDE DE SERVIÇOS DE ATEN??O ESPECIALIZADA EM SA?DE - PROGRAMA/A??O (1220.8535) - EMENDA PARLAMENTAR - ENTIDADE PRIVADA - CP 0%	2	4
REFORMA DE UNIDADE DE SAÚDE PARA ESTRUTURAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE - PROGRAMA/AÇÃO (1220.8535) - FILANTRÓPICA - ORÇAMENTO PROGRAMA - CP 0%	2	1
SANGUE / ESTRUTURACAO DOS SERVICOS DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA - EQUIPAMENTO E MATERIAL PERMANENTE PARA UNIDADE DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA - PROGRAMA/AÇÃO (2015.7690) - ENTIDADE PRIVADA SFL - ORCAMENTO PROGRAMA - CP 0%	2	2
SANGUE E HEMODERIVADOS ? ESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA ? AÇÃO (2015.7690) ESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA / CONVÊNIO / ORÇAMENTO PROGRAMA.	2	3
SANGUE E HEMODERIVADOS ? IMPLANTA??O DA POL?TICA NACIONAL DO SANGUE E HEMODERIVADOS E CONSOLIDA??O DA HEMORREDE ? A??O (2015.4295) ATEN??O AOS	2	4

PACIENTES PORTADORES DE DOENÇAS HEMATOLÓGICAS / CONVÊNIO / ORÇAMENTO PROGRAMA.		
TRANSPLANTE / INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO DAS ACOES DE TRANSPLANTES REALIZADOS PELA SAUDE - CURSO, TREINAMENTO, ESTUDO E PESQUISA, SEMINARIO, CAPACITACAO E CONGRESSO - PROGRAMA/AÇÃO (2015.20SP) - ORGAO ESTADUAL - ORCAMENTO PROGRAMA - CP 10%	2	1
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA - AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO E MATERIAL PERMANENTE PARA AS PORTAS DE ENTRADA HOSPITALARES DA URGENCIA (1220.8535) - ORÇAMENTO PROGRAMA / FILANTRÓPICAS - CP 0%	2	2
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA - REFORMA DAS PORTAS DE ENTRADA HOSPITALARES DA URGENCIA (1220.8535) - ORÇAMENTO PROGRAMA / FILANTRÓPICAS - CP 0%	2	1
URGENCIA E EMERGENCIA / LEITOS DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA / PO 0000 - ACAO 2015.8535 - ESTRUTURACAO DE UNIDADES DE ATENCAO ESPECIALIZADA EM SAUDE / CONVENIO / EMENDA PARLAMENTAR	6	2
Vigilância Sanitária de Produtos, Serviços e Ambientes, Tecidos, Células e Órgãos Humanos	3	1
Total	-	523

SIAFEM Resumo:

Código	Blocos de financiamento correspondentes	Quantidade	Valores
1	Atenção Básica	129	R\$ 143.505.892,75
2	Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatori	155	R\$ 198.239.611,80
3	Vigilância em Saúde	204	R\$ 89.056.531,88
4	Assistência Farmacêutica	20	R\$ 76.452.599,21
5	Gestão do SUS	67	R\$ 195.791.488,38
6	Investimentos na Rede de Serviços de Saúde	65	R\$ 145.708.820,07

SIAFEM Classificação (limitada aos 30 primeiros caracteres das colunas):

Objeto	Razão Social	Bloco
2012REG02126 - FARMACIA DE ALT	CRUZADA BANDEIRANTE ASSISTÊNCI	4
AACD	ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA A CR	3
ACCMIIV - ASSOC.COMUNITARIA DE	CASA DE ASSISTENCIA FILADELFIA	1
ACCMIIV - ASSOC.COMUNITARIA DE	ASS.COMUN.DE CONSTR.DAS MULHER	1
AMANKAY INSTITUTO DE ESTUDOS E	AMANKAY INSTITUTO DE ESTUDOS E	6
APOIAR A CONVENIADA COM RECURS	CRUZADA BANDEIRANTE ASSISTÊNCI	1
AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTOS E E	FUNDAÇÃO ZERBINI	2
AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS E MA	CASA DE SAÚDE SANTA MARCELINA	4
AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO	FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA	6
AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTOS PARA	FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA	6
AQUISIÇÃO DE MOBILIARIO	FUNDAÇÃO ZERBINI	6
AQUISIÇÃO DE TOMOGRAFO	CASA DE SAÚDE SANTA MARCELINA	2
AQUISIÇÃO MT PARA FIBROSE NEON	CASA DE SAÚDE SANTA MARCELINA	2
AQUISIÇÃO DE OBRAS E EQPTOS RE	FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA	3
ARMAZENAMENTO DE BOLSAS DE PLA	FUNDACAO PRO SANGUE HEMOCENTRO	2
ASSOC.COMUNIT.CONSTR.MULHERES	ASS.COMUN.DE CONSTR.DAS MULHER	1
ASSOC.COMUNIT.CONSTR.DAS MULHE	ASS.COMUN.DE CONSTR.DAS MULHER	1
ASSOCIACAO FRANCOIS XAVIER B.D	ONG - ASSOCIACAO FRANCOIS XAVI	3
ASSOCIACAO INSTRUTORA DA JUVEN	ASSOCIACAO INSTRUTORA DA JUVEN	1
ATENDIEMNTO PACIENTES PORTADOR	CASA DE DAVID - TABERNÁCULO ES	3

ATENDIMENTO DE LIPODISTRIFIA	INSTITUTO DE ASSIST.SERVIDOR P	2
ATENDIMENTO DE PACIENTES COM D	LAR ESCOLA SÃO FRANCISCO	5
ATENDIMENTO PACIENTES COM DEFI	FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA	5
ATENDIMENTO PACIENTES COM DEFI	ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA A CR	5
ATENDIMENTO PACIENTES COM DEFI	LAR ESCOLA SÃO FRANCISCO	3
BIREME	BIREME-CENTRO LATINO-AMERICANO	6
BIREME	BIREME-CENTRO LATINO-AMERICANO	6
CAPCAITAção DE PROFISSIONAIS	FEDERACAO DAS STAS CASAS DE MI	5
CAPTAção DE ORGãos PARA TRANSP	FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA	2
CAPTAção ORGAOS	FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA	2
CAPTAção ORGAOS RESOLUÇÃO SS 1	FUNDAÇÃO ANTONIO PRUDENTE	2
CASA DE APOIO NOSSA SENHORA DA	CADA DE APOIO SOL NASCENTE II	3
CASA DE APOIO SOL NASCENTE II	CADA DE APOIO SOL NASCENTE II	3
CCUSTEIO PACIENTE AUTISTA - TE	CENTRO PRO-AUTISTA	3
CENTRO DE CONVIVENCIA JOANA DA	CENTRO DE CONVIVÊNCIA JOANA DA	3
CENTRO DE CONVIVENCIA JOANA D'	CENTRO DE CONVIVÊNCIA JOANA DA	3
CIM CENTRO INFORMACAO MULHER	ONG - CIM - CENTRO ONFORMACAO	1
CIRURGIA GABRIEL	ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA A CR	2
COMBATE A DISSEMINAÇÃO A VIRUS	FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA	3
COMUNICAÇÃO CIDADANIA E EMPODE	FORUM DAS ONG AIDS DO ESTADO D	3
CONSTRUção , REFORMA E AMPLIAç	CASA DE SAÚDE SANTA MARCELINA	6
CONSTRUção , REFORMA E AMPLIAç	FUNDAÇÃO ADIB JATENE	6
CONSTRUção DO IMREA VILA MARIA	FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA	6
CONSTRUção NA NOVA SEDE	ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE DISTR	2
CONT SOLIDARIEDADE	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS	1
CONT SOLIDARIEDADE	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS	1
CONTRIBUCAO DE SOLIDARIEDADE	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS	1
CONTRIBUIÇÃO SOLIDARIEDADE	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS	1
CONV. MS 88/02 CONTROLE CANCER	FUNDACAO ONCONCENTRO DE SAO PA	2
CONVENIO 1282/2014 - CUSTEIO P	SPDM - ASSOCIAÇÃO PAULISTA PAR	4
CSUTEIO EDUCAção PERMANENTE	FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA	5
CURSO	FUNDACAO CRIANCA SAO PAULO	5
CURSO MESTRADO PROFISSIONALIZA	CEALAG - CENTRO DE ESTUDOS LEO	5
CURSOE ESPECILAIZAÇÃO	SPDM - ASSOCIAÇÃO PAULISTA PAR	5
CURSOS DE TECNOLOGIA EM PROCES	FUNDACAO CRIANCA SAO PAULO	5
CUSRSO DE CAPACITAÇÃO PROFISSI	FEDERACAO DAS STAS CASAS DE MI	5
CUSTEIO	ASSOCIAÇÃO FUNDO DE INCENTIVO	4
CUSTEIO	BIREME-CENTRO LATINO-AMERICANO	6
CUSTEIO	CENTRO BRASILEIRO DE ANALISE P	6
Custeio	ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA A CR	3
CUSTEIO	ASSOCIAÇÃO CRUZ VERDE	3
CUSTEIO	BIREME-CENTRO LATINO-AMERICANO	6
CUSTEIO	ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA A CR	3
CUSTEIO	INSTITUTO DO CÂNCER ARNALDO VI	2
CUSTEIO	CENTRO BRASILEIRO DE ANALISE P	6
CUSTEIO	CENTRO DE APOIO A FACULDADE DE	6
CUSTEIO	CENTRO DOS HEMOFÍLICOS DO ESTA	2
CUSTEIO	ASSOCIAÇÃO DE AMIGOS DO AUTIST	3
CUSTEIO	SOCIEDADE BENEFICENTE DE COLET	3
CUSTEIO	BIREME-CENTRO LATINO-AMERICANO	6
CUSTEIO	REAL E BENEMÉRITA ASSOCIAÇÃO P	2
CUSTEIO	FUNDAÇÃO ADIB JATENE	2

CUSTEIO	CADA DE APOIO SOL NASCENTE II	3
CUSTEIO	LAR ESCOLA SÃO FRANCISCO	3
CUSTEIO	ASSOCIAÇÃO CRUZ VERDE	3
custeio	LAR ESCOLA SÃO FRANCISCO	3
CUSTEIO	CENTRO DOS HEMOFÍLICOS DO ESTA	2
CUSTEIO	CADA DE APOIO SOL NASCENTE II	3
CUSTEIO	CELAFISCS-CENTRO DE ESTUDOS DO	6
CUSTEIO	CASA DE DAVID - TABERNÁCULO ES	3
CUSTEIO	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS	3
CUSTEIO	INSTITUTO DO CÂNCER ARNALDO VI	2
CUSTEIO	LAR ESCOLA SÃO FRANCISCO	3
CUSTEIO	FUNDAÇÃO OSWALDO RAMOS	2
CUSTEIO	FUNDAÇÃO ZERBINI	2
CUSTEIO	FUNDAÇÃO ADIB JATENE	2
CUSTEIO	CENTRO DOS HEMOFÍLICOS DO ESTA	2
CUSTEIO	FUNDAÇÃO ANTONIO PRUDENTE	2
CUSTEIO	ASSOCIAÇÃO DE AMIGOS DO AUTIST	3
CUSTEIO	CEALAG - CENTRO DE ESTUDOS LEO	6
CUSTEIO	ASSOCIAÇÃO FUNDO DE INCENTIVO	4
CUSTEIO	CENTRO PRO-AUTISTA	3
CUSTEIO	CENTRO ESPÍRITA NOSSO LAR - CA	3
CUSTEIO	ASSISTENCIA VICENTINA DE SAO P	3
CUSTEIO	AMPARO MATERNAL DE SÃO PAULO	3
CUSTEIO	ASSOCIAÇÃO CRUZ VERDE	3
CUSTEIO	ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA A CR	3
CUSTEIO	APAE DE SÃO PAULO	3
CUSTEIO	CASA DA CRIANÇA BETINHO - LAR	3
CUSTEIO	CASA DE DAVID - TABERNÁCULO ES	3
CUSTEIO	CLÍNICA INFANTIL DO IPIRANGA -	1
CUSTEIO	FUNDAÇÃO ANTONIO PRUDENTE	2
CUSTEIO	FUNDAÇÃO OSWALDO RAMOS	2
CUSTEIO	INSTITUTO BRASILEIRO DE CONTRO	2
CUSTEIO	INSTITUTO DO CÂNCER ARNALDO VI	2
CUSTEIO	LAR ESCOLA SÃO FRANCISCO	3
CUSTEIO	SANATÓRIO JOÃO EVANGELISTA	2
CUSTEIO	CADA DE APOIO SOL NASCENTE II	3
CUSTEIO	CADA DE APOIO SOL NASCENTE II	3
CUSTEIO - ATIVIDADES CONCERNEN	REAL E BENEMÉRITA ASSOCIAÇÃO P	2
CUSTEIO - CURSO DE GESTÃO EMPR	FUNDAÇÃO CRIANÇA SAO PAULO	5
CUSTEIO - DESENV. PROJETO DE A	BIREME-CENTRO LATINO-AMERICANO	5
CUSTEIO - FOLHA DE PAGAMENTO ,	FUNDAÇÃO OSWALDO RAMOS	2
CUSTEIO - INST. CANCER EST. Sã	FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA	2
CUSTEIO - MATERIAIS DE CONSUMO	PREFEITURA MUNICIPAL SAO PAULO	4
CUSTEIO - MATERIAL DE CONSUMO	CENTRO ESPÍRITA NOSSO LAR - CA	1
CUSTEIO - MATERIAL DE CONSUMO,	ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE DISTR	3
CUSTEIO - MATERIAL DE CONSUMO,	CENTRO ESPÍRITA NOSSO LAR - CA	1
CUSTEIO - MESTRADO PROFISSIONA	CEALAG - CENTRO DE ESTUDOS LEO	6
CUSTEIO - ORTESE E PROTESE, FR	LAR ESCOLA SÃO FRANCISCO	3
CUSTEIO - PARA ATENDER DESPESA	INSTITUTO DO CÂNCER ARNALDO VI	2
CUSTEIO - PROGRAMA DE FORMAÇÃO	FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA	5
CUSTEIO - PROGRAMA EXERCICIO E	CELAFISCS-CENTRO DE ESTUDOS DO	3
CUSTEIO - PROJ. INNQUERITO EPI	FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA	1

CUSTEIO - PROJ. INNQUERITO EPI	FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA	1
CUSTEIO - REALIZAÇÃO DE TOMOGR	FUNDAÇÃO ZERBINI	1
CUSTEIO - SEMINARIO PARA CAPAC	CEALAG - CENTRO DE ESTUDOS LEO	6
CUSTEIO (MATERIAL DE CONSUMO,	CENTRO DE ESTUDOS DA SEXUALIDA	3
CUSTEIO AÇÕES EM HIV/AIDS	FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA	3
CUSTEIO APOIO A AREA DE HEMOTE	SOCIEDADE BENEFICENTE DE COLET	2
CUSTEIO AQUISIÇÃO DE MEDICAMEN	INSTITUTO DO CÂNCER ARNALDO VI	2
CUSTEIO ASSSITENCIA INTEGRAL S	SOCIEDADE BENEF ISRAELITABRAS	1
CUSTEIO ATENDIMENTO PACIENTE C	ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA A CR	3
CUSTEIO CELAFISC	CELAFISCS-CENTRO DE ESTUDOS DO	6
CUSTEIO CENTRO DE REABILITACAO	ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA A CR	3
CUSTEIO CENTRO DE REABILITACAO	FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA	3
CUSTEIO CONSUMO , PREST. SERV,	FUNDAÇÃO ADIB JATENE	2
CUSTEIO CONSUMO E SERVIÇOS	FUNDAÇÃO ADIB JATENE	2
CUSTEIO CONTINUIDADE PRGRAMA A	CELAFISCS-CENTRO DE ESTUDOS DO	3
CUSTEIO COOPERAÇÃO TECNICA PAR	USP - C/ INT. FACULDADE DE SAU	5
CUSTEIO COSEMS/SP	COSEMS CONS. SECRET. MUNICIP.	5
CUSTEIO CURSO ATUALIZAÇÃO EM H	CEALAG - CENTRO DE ESTUDOS LEO	5
CUSTEIO CURSO ESPECIALIZAÇÃO G	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS	5
CUSTEIO CURSOS DE GESTAO RECUS	FUNDAÇÃO CRIANCA SAO PAULO	5
CUSTEIO DAS ATIVIDADES DE ASSS	CENTRO DOS HEMOFÍLICOS DO ESTA	2
CUSTEIO DESPESAS COM PACIENTES	CENTRO DOS HEMOFÍLICOS DO ESTA	2
CUSTEIO DESPESAS COM SINDROME	ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA A CR	3
CUSTEIO DESTINADO A DESPESAS C	CENTRO DOS HEMOFÍLICOS DO ESTA	2
CUSTEIO DESTINADO A DESPESAS C	CENTRO DOS HEMOFÍLICOS DO ESTA	2
CUSTEIO DESTINADO A DESPESAS C	CENTRO DOS HEMOFÍLICOS DO ESTA	2
CUSTEIO DESTINADO A DESPESAS C	CENTRO DOS HEMOFÍLICOS DO ESTA	2
CUSTEIO DESTINADO A DESPESAS C	CENTRO DOS HEMOFÍLICOS DO ESTA	2
CUSTEIO DESTINADOS A TRANSPORT	REAL E BENEMÉRITA ASSOCIAÇÃO P	2
CUSTEIO DIFERENCIASI ETNICO-RA	FUNDAÇÃO ZERBINI	2
CUSTEIO DISOPENSAÇÃO MEDIC ALT	FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA	2
CUSTEIO DO PROG.ATEND. P.DEF.	FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA	2
CUSTEIO DO PROGRAMA ESTADUAL D	FURP FUNDAÇÃO PARA O REMEDIO P	4
CUSTEIO E INVESTIMENTO	CRUZADA BANDEIRANTE ASSISTÊNCI	6
CUSTEIO E MANUTENÇÃO DA OPAS/B	BIREME-CENTRO LATINO-AMERICANO	6
CUSTEIO EDUCAÇÃO CONTINUADA	AMB-ASSOCIACAO MEDICA BRASILEI	5
CUSTEIO EDUCAÇÃO CONTINUADA	CEALAG - CENTRO DE ESTUDOS LEO	5
CUSTEIO EXAMES DE MAMOGRAFIA P	SPDM - ASSOCIAÇÃO PAULISTA PAR	1
CUSTEIO EXAMES FIBROSE CISTICA	CASA DE SAÚDE SANTA MARCELINA	2
CUSTEIO FOLHA DE PAGAMENETO, M	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS	4
CUSTEIO FOLHA E 13°. PARCIAL	CASA DE DAVID - TABERNÁCULO ES	3
CUSTEIO FOLHA INSUMOS E SERVIÇ	SOCIEDADE BENEFICENTE DE COLET	3
CUSTEIO GRIPE A(H1N1)	FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA	3
CUSTEIO IMPLANTAÇÃO DE PROGRAM	CENTRO ESPÍRITA NOSSO LAR - CA	1
CUSTEIO IMPLEMENTAÇÃO GESTAO H	FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA	5
CUSTEIO INCREMENTO PROG SAUDE	FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA	3
CUSTEIO JOVENS ACOLHEDORES	GRUPO IBMEC EDUCACIONAL S.A	1
CUSTEIO MATERAIL DE CONSUMO, F	INSTITUTO DO CÂNCER ARNALDO VI	2
CUSTEIO MATERIAL DE CONSUMO	CENTRO ESPÍRITA NOSSO LAR - CA	1
CUSTEIO MATERIAL DE CONSUMO ,P	ONG - FAC - FRENTE DE APOIO CO	3
CUSTEIO MATERIAL DE CONSUMO E	CENTRO BRASILEIRO DE ANALISE P	6
CUSTEIO MATERIAL DE CONSUMO E	CENTRO ESPÍRITA NOSSO LAR - CA	1

CUSTEIO MATERIAL DE CONSUMO E	CEALAG - CENTRO DE ESTUDOS LEO	6
CUSTEIO MATERIAL DE CONSUMO NA	FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA	2
CUSTEIO -MATERIAL DE CONSUMO O	GIV - GRUPO DE INCETIVO Á VIDA	3
CUSTEIO MATERIAL DE CONSUMO, F	FUNDAÇÃO OSWALDO RAMOS	3
CUSTEIO MATERIAL EM TRIAGEM NE	APAE DE SÃO PAULO	3
CUSTEIO MEDICAMENTO, PREST. SE	INSTITUTO DO CÂNCER ARNALDO VI	2
CUSTEIO MEDICAMENTOS	INSTITUTO DO CÂNCER ARNALDO VI	2
CUSTEIO MT CONSUMO, FOLHA E PR	ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE ASSISTÊ	2
CUSTEIO NA AREA DA SAUDE	REAL E BENEMÉRITA ASSOCIAÇÃO P	2
CUSTEIO NA AREA DA SAUDE	CASA DE DAVID - TABERNÁCULO ES	3
CUSTEIO NA AREA DA SAUDE	CASA DE DAVID - TABERNÁCULO ES	3
CUSTEIO NA AREA DA SAUDE	ASSOCIAÇÃO DE AMIGOS DO AUTIST	3
CUSTEIO NA AREA DA SAUDE	REAL E BENEMÉRITA ASSOCIAÇÃO P	2
CUSTEIO NA AREA DA SAúDE	CASA DE DAVID - TABERNÁCULO ES	1
CUSTEIO NUCLEO PRODUção PRODUT	FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA	2
CUSTEIO -PAGTO DE PESSOAL , MA	ASSOCIAÇÃO PRO-HOPE APOIO À CR	2
CUSTEIO PARA ATENDER DESPESAS C	ONG - FAC - FRENTE DE APOIO CO	3
CUSTEIO PARA ATENDER DESPESAS	SOCIEDADE BENEFICENTE DE COLET	2
CUSTEIO PARA ATENDER DESPESAS	CADA DE APOIO SOL NASCENTE II	3
CUSTEIO PARA ATENDER DESPESAS	ASSOCIACAO INSTRUTORA DA JUVEN	3
CUSTEIO PARA ATENDER DESPESAS	ONG - SOCIEDADE PADRE COSTANZO	3
CUSTEIO PARA ATENDER DESPESAS	SOCIEDADE PADRE CONSTANZO DALB	3
CUSTEIO PARA ATENDER DESPESAS	FORUM DAS ONG AIDS DO ESTADO D	3
CUSTEIO PARA ATENDER DESPESAS	CADA DE APOIO SOL NASCENTE II	3
CUSTEIO PARA ATENDER DESPESAS	CADA DE APOIO SOL NASCENTE II	3
CUSTEIO PARA ATENDER DESPESAS	CENTRO DE CONVIVÊNCIA JOANA DA	3
CUSTEIO PARA ATENDER DESPESAS	CENTRO DE CONVIVÊNCIA JOANA DA	3
CUSTEIO PARA ATENDER DESPESAS	ONG - FAC - FRENTE DE APOIO CO	3
CUSTEIO PARA ATENDER DESPESAS	FORUM DAS ONG AIDS DO ESTADO D	3
CUSTEIO PARA ATENDER DESPESAS	IDESC-INSTIT. DESENV. CIDAD. V	3
CUSTEIO PARA ATENDER EXAMES DE	SPDM - ASSOCIAÇÃO PAULISTA PAR	1
CUSTEIO PARA ATENDER INST.ONCO	FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA	2
CUSTEIO PARA ATENDER PROGRAMA	INSTITUTO DO CÂNCER ARNALDO VI	2
CUSTEIO PARA ATERNDIMENTO NA E	FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA	1
CUSTEIO PARA DESPESAS COM A ON	GIV - GRUPO DE INCETIVO Á VIDA	3
CUSTEIO PARA DESPESAS COM O PR	CENTRO DE CONVIVÊNCIA JOANA DA	3
CUSTEIO PARA IMPLANTAÇÃO DE SE	FUNDAÇÃO ADIB JATENE	2
CUSTEIO PARA O CENTRO DE REABI	FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA	1
CUSTEIO PARA ONCOLOGIA - MT CO	FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA	2
CUSTEIO PARA ONG CENTRO DE CON	CENTRO DE CONVIVÊNCIA JOANA DA	3
CUSTEIO PARA TRANSF. TECNOLOGI	ASSOCIAÇÃO CRUZ VERDE	6
CUSTEIO PLANEJA SUS	CEALAG - CENTRO DE ESTUDOS LEO	6
CUSTEIO PORTADORES DE DISTROFI	ASSOCIAÇÃO FUNDO DE INCENTIVO	3
CUSTEIO PORTARIA GM/MS 3.177 P	COSEMS CONS. SECRET. MUNICIPAL.	5
CUSTEIO POS GRADUAção ADM HOSP	FEDERACAO DAS STAS CASAS DE MI	5
CUSTEIO PRESTAção DE SERV, DA	COSEMS CONS. SECRET. MUNICIPAL.	5
CUSTEIO PROGAMA DE AVALIAção E	FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA	2
CUSTEIO PROGRAMA DE OTIMIZAção	LAR ESCOLA SÃO FRANCISCO	3
CUSTEIO PROGRAMA DE TRIAGEM NE	APAE DE SÃO PAULO	3
CUSTEIO PROGRAMA EXERCICIO E S	CELAFISCS-CENTRO DE ESTUDOS DO	3
CUSTEIO PROGRAMA NACIONAL DE T	CASA DE SAÚDE SANTA MARCELINA	3
CUSTEIO PROGRAMA OPERACIONAL R	FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA	3

Custeio?	SOCIEDADE BENEFICENTE DE COLET	2
Custeio?	SOCIEDADE BENEFICENTE DE COLET	2
CUSTEIO?	FUNDAÇÃO ZERBINI	2
CUSTEIO-AÇÃO JUDICIAL CAUÂ LIM	CENTRO PRO-AUTISTA	3
CUSTEIO-FARMÁCIA MED.ESPECIALI	CRUZADA BANDEIRANTE ASSISTÊNCI	4
CUSTEIO-PROGRAMA VISão DO FUTU	CASA DE SAÚDE SANTA MARCELINA	1
DC	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE FMS	4
DESPESAS COM CUSTEIO - FORUM D	FORUM DAS ONG AIDS DO ESTADO D	3
DESPESAS COM CUSTEIO ONG ACAAV	ASSOC. CASA DE APOIO AMIGOS DA	3
DESPESAS COM CUSTEIO.	ONG - CENTRO DE CONVIVENCIA E	3
DESPESAS COM FORUM DAS ONG	FORUM DAS ONG AIDS DO ESTADO D	5
DESPESAS COM INVESTIMENTO.	CENTRO SOCIAL NOSSA SENHORA DO	6
DESPESAS COM PACIENTES AFETADO	ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE DISTR	3
DESPESAS DE CUSTEIO	IDESC-INSTIT. DESENV. CIDAD. V	3
DESPESAS DE CUSTEIO CASA DE AP	OBRAF-ORGAN. BRASILEIRA DE APO	3
ECOS - COMUNICAÇÃO EM SEXUALID	ONG - ECOS - COMUNICACAO EM SE	3
ECOS COMUNICACAO EM SEXUALIDAD	ONG - ECOS - COMUNICACAO EM SE	3
ECOS- COMUNICAÇÃO EM SEXUALIDA	ONG - ECOS - COMUNICACAO EM SE	3
ECOS COMUNICAÇÃO EM SEXUALIDAD	ONG - ECOS - COMUNICACAO EM SE	3
ECOS COMUNICAÇÃO EM SEXUALIDAD	PROJETO SAMARITANO SAO FRANCIS	3
ECOS COMUNICAÇÃO EM SEXUALIDAD	ONG - ECOS - COMUNICACAO EM SE	3
EQUIPTO AUTOPSIA	FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA	2
EVENTO SANTA CASA	CENTRO ESPÍRITA NOSSO LAR - CA	1
EVENTO SANTA CASA	INSTITUTO CEMA OFTALMOLOGIA E	1
EVENTO SANTA CASA	FUNDAÇÃO OSWALDO RAMOS	2
EVENTO SANTA CASA	APAE DE SÃO PAULO	3
EVENTO SANTA CASA	ASSOCIAÇÃO CRUZ VERDE	3
EVENTO SANTA CASA	FUNDAÇÃO ANTONIO PRUDENTE	2
EVENTO SANTA CASA	CLÍNICA INFANTIL DO IPIRANGA -	1
EVENTO SANTA CASA	ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA A CR	3
EVENTO SANTA CASA	SANATÓRIO JOÃO EVANGELISTA	2
EVENTO SANTA CASA	LAR ESCOLA SÃO FRANCISCO	3
EVENTO SANTA CASA	CASA DE DAVID - TABERNÁCULO ES	3
EVENTO SANTA CASA	CASA DA CRIANÇA BETINHO - LAR	3
EVENTO SANTA CASA	INSTITUTO BRASILEIRO DE CONTRO	2
EVENTO SANTAS CASAS	CENTRO ESPÍRITA NOSSO LAR - CA	1
EVENTO SANTAS CASAS	ASSOCIAÇÃO CRUZ VERDE	3
EVENTO SANTAS CASAS	CLÍNICA INFANTIL DO IPIRANGA -	1
EVENTO SANTAS CASAS	CASA DA CRIANÇA BETINHO - LAR	3
EVENTO SANTAS CASAS	CASA DE DAVID - TABERNÁCULO ES	3
EVENTO SANTAS CASAS	GRUPO DE APOIO AO ADOLESCENTE	2
EVENTO SANTAS CASAS	INSTITUTO CEMA OFTALMOLOGIA E	1
EVENTO SANTAS CASAS	INSTITUTO BRASILEIRO DE CONTRO	2
EVENTO SANTAS CASAS	INSTITUTO DO CÂNCER ARNALDO VI	2
EVENTO SANTAS CASAS	LAR ESCOLA SÃO FRANCISCO	3
EVENTO SANTAS CASAS	SANATÓRIO JOÃO EVANGELISTA	2
EXAMES DE MAMOGRAFIA	SPDM - ASSOCIAÇÃO PAULISTA PAR	1
EXEC. DE ATIV. CONCERNENTES AO	FUNDAÇÃO OSWALDO RAMOS	2

EXECUÇÃO DO CURSOS DE ESPECIAL	FUNDAÇÃO DE APOIO A UNIVERS. F	5
FINANCIAMENTO DO PROJ: NOSSO A	CASA DE ASSISTENCIA FILADELFIA	3
FINANCIAMENTO DO PROJ: SERVIÇO	GRUPO DE APOIO A PREVENÇÃO A A	3
FINANCIAR PROJETO: CINEMA MOST	GRUPO PELA VALORIZAÇÃO ,INTEGR	3
FOLHA , MATERAIL DE CONSUMO E	FUNDAÇÃO ZERBINI	2
FOLHA DE PAGAMENTO E DEMAIS DE	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS	2
FOLHA DE PAGAMENTO, PRESTAÇÃO	CENTRO DE APOIO A FACULDADE DE	6
FOLHA E MATERIAL DE CONSUMIO	SANATÓRIO JOÃO EVANGELISTA	2
FOLHA ENCARGOS, PREST. SERV. S	PASTORAL DA CRIANÇA	3
FORMAS TÍPICAS E ATÍPICAS DA F	FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA	3
FORUM DAS ONG	FORUM DAS ONG AIDS DO ESTADO D	5
FORUM DAS ONG AIDS	FORUM DAS ONG AIDS DO ESTADO D	5
FORUM DAS ONG AIDS	ASSOCIAÇÃO COMUNITÁRIA INTEGRA	5
FORUM DAS ONG AIDS DO ESTADO D	FORUM DAS ONG AIDS DO ESTADO D	5
FORUM DAS ONG AIDS DO ESTADO D	FORUM DAS ONG AIDS DO ESTADO D	5
FORUM DAS ONG AIDS DO ESTADO D	FORUM DAS ONG AIDS DO ESTADO D	5
FORUM DAS ONG AIDS DO ESTADO D	FORUM DAS ONG AIDS DO ESTADO D	5
FORUM DAS ONG AIDS DO ESTADO D	FORUM DAS ONG AIDS DO ESTADO D	5
FORUM DAS ONG AIDS DO ESTADO D	FORUM DAS ONG AIDS DO ESTADO D	3
FORUM DAS ONG AIDS DO ESTADO D	FORUM DAS ONG AIDS DO ESTADO D	5
FORUM DAS ONG AIDS DO ESTADO D	FORUM DAS ONG AIDS DO ESTADO D	5
FORUM DE ONG/AIDS	FORUM DAS ONG AIDS DO ESTADO D	5
GAPA GRUPO DE APOIO A PREVENCA	GRUPO DE APOIO A PREVENÇÃO A A	3
GAVI GRUPO DE APOIO A VIDA	GAVI-GRUPO DE APOIO A VIDA	3
GAVI GRUPO DE APOIO A VIDA	GAVI-GRUPO DE APOIO A VIDA	3
GESTÃO HOSP., EXPANSÃO DA CAPA	FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA	5
GESTAO HOSPITALAR	FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA	5
GESTAO HOSPITALAR	FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA	5
GESTOA DE PESSOAS	FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA	5
GIV GRUPO DE INCENTIVO A VIDA	GIV - GRUPO DE INCETIVO Á VIDA	3
GLICEMIA	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE FMS	4
GPH ASSOC.BRASILEIRA DE PAIS E	GPH - ASSOC. BRASILEIRA PAIS E	3
GRUPO PELA VALOR.INTEGR.E DIGN	GRUPO PELA VALORIZAÇÃO ,INTEGR	3
GRUPO PELA VALORIZ.INTEGR.DIGN	GRUPO PELA VALORIZAÇÃO ,INTEGR	3
GRUPO PELA VALORIZACAO INTEGR.	GRUPO PELA VALORIZAÇÃO ,INTEGR	3
GRUPO PELA VALORIZAÇÃO INTEGRA	GRUPO PELA VALORIZAÇÃO ,INTEGR	3
GRUPO PELA VIDDA / SP	INSTITUTO DO CÂNCER ARNALDO VI	2
GRUPO PELA VIDDA / SP	GRUPO PELA VALORIZAÇÃO ,INTEGR	3
I ENCONTRO REGIONAL DE CRIANÇA	ASSOCIACAO CULTURAL CORRENTE L	5
IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO ATENDIM	ASSOCIAÇÃO MISSÃO BELEM	3
IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE	FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA	5
IMPLANTAÇÃO EMILIO RIBAS II	FUNDAÇÃO ZERBINI	2
INSTITUTO CULTURAL BARONG	INSTITUTO CULTURAL BARONG	3
INSTITUTO PRO-DIVERSIDADE	INSTITUTO PRO-DIVERSIDADE	3
INSTITUTO VIDA NOVA INTEGRACAO	INSTITUTO VIDA NOVA INTEGR.SOC	3
INSUMOS PARA DIABETES	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE FMS	4
INTEG.COOP.INTER.DESENVOLVIMEN	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS	5
INTEG.COOP.INTER.DESENVOLVIMEN	SPDM - ASSOCIAÇÃO PAULISTA PAR	5
INVEST. PROJ CRACK	FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA	3
INVESTIMENTO	FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA	6
INVESTIMENTO	CRUZADA BANDEIRANTE ASSISTÊNCI	6
INVESTIMENTO - CENTRO OFTALMOL	SPDM - ASSOCIAÇÃO PAULISTA PAR	6
INVESTIMENTO - ESCOLA BARRA FU	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS	6

INVESTIMENTO - GRIPE A(H1N1)	FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA	3
INVESTIMENTO - INST. CANCER ES	FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA	2
INVESTIMENTO - MANUTENÇÃO SERV	ASSOCIAÇÃO MISSÃO BELEM	6
INVESTIMENTO - OBRAS DA UNIDAD	FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA	6
INVESTIMENTO AQUISIÇÃO DE EQPT	FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA	6
INVESTIMENTO AQUISIÇÃO DE EQUI	FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA	2
INVESTIMENTO AQUISIÇÃO DE EQUI	FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA	2
INVESTIMENTO AQUISIÇÃO DE EQUI	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS	2
INVESTIMENTO AQUISIÇÃO DE NEUR	FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA	2
INVESTIMENTO AQUISIÇÃO EQUIPAM	PREFEITURA MUNICIPAL SAO PAULO	6
INVESTIMENTO CONSTRUÇÃO E INST	PREFEITURA MUNICIPAL SAO PAULO	6
INVESTIMENTO NA AREA DA SAUDE	ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE DISTR	6
INVESTIMENTO OBRA PS HCFMUSP	FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA	6
INVESTIMENTO OBRA PS HCFMUSP	CASA DA CRIANÇA BETINHO - LAR	6
INVESTIMENTO OBRAS E REFORMA D	SPDM - ASSOCIAÇÃO PAULISTA PAR	6
INVESTIMENTO P/ DESPESAS COM O	CENTRO DE CONVIVÊNCIA JOANA DA	3
INVESTIMENTO PARA AQUISIÇÃO DE	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS	2
INVESTIMENTO PARA ATENDER DESP	ASSOCIACAO INSTRUTORA DA JUVEN	1
INVESTIMENTO PARA ATENDER DESP	FORUM DAS ONG AIDS DO ESTADO D	3
INVESTIMENTO PARA ATENDER DESP	SOCIEDADE PADRE CONSTANZO DALB	5
INVESTIMENTO PARA ATENDER DESP	ONG - SOCIEDADE PADRE COSTANZO	5
INVESTIMENTO PARA ATENDER DESP	FORUM DAS ONG AIDS DO ESTADO D	3
INVESTIMENTO PARA DESPESAS COM	CENTRO DE CONVIVÊNCIA JOANA DA	3
INVESTIMENTO PARA O INSTITUTO	FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA	2
INVESTIMENTO PARA ONG PELA VAL	GRUPO PELA VALORIZAÇÃO ,INTEGR	3
INVESTIMENTO PROGRAMA MEDICAME	SPDM - ASSOCIAÇÃO PAULISTA PAR	4
INVEST-IMP. INST.ORTOPEDIA E T	FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA	2
MANUTENÇÃO DO CRIA - CENTRO R	SPDM - ASSOCIAÇÃO PAULISTA PAR	1
MANUTENÇÃO DAS ATIVIDADES DA I	SANATÓRIO JOÃO EVANGELISTA	3
MANUTENÇÃO DAS ATIVIDADES DA I	CENTRO DE APOIO A FACULDADE DE	6
MANUTENÇÃO E CUSTEIO DA OPAS/B	BIREME-CENTRO LATINO-AMERICANO	6
MANUTENÇÃO SERVIÇOS DE SA?DE	INSTITUTO DO CÂNCER ARNALDO VI	2
MAT.CONSUMO, FOLHA, PREST. SER	SANATÓRIO JOÃO EVANGELISTA	2
MATERIAL CONSUMO, FOLHA DE PGT	CENTRO ESPÍRITA NOSSO LAR - CA	1
MATERIAL CONSUMO, PESSSOAL E P	ASSOCIAÇÃO PRO-HOPE APOIO À CR	2
MATERIAL DE CONSUMO	FUNDAÇÃO OSWALDO RAMOS	2
MATERIAL DE CONSUMO , PGTO PES	ASSOCIAÇÃO PRO-HOPE APOIO À CR	2
MATERIAL DE CONSUMO, FOLHA DE	FUNDAÇÃO OSWALDO RAMOS	2
MATERIAL DE CONSUMO, FOLHA DE	CENTRO ESPÍRITA NOSSO LAR - CA	1
MATERIAL DE CONSUMO, FOLHA E P	CASA DE SAÚDE SANTA MARCELINA	2
MATERIAL DE CONSUMO, FOLHA PGT	CENTRO ESPÍRITA NOSSO LAR - CA	1
MATERIAL DE CONSUMO,FOLHA DE P	ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE ASSISTÊ	2
MATERIAL TRIAGEM NEONATAL FIBR	APAE DE SÃO PAULO	3
MEDICAMENTOS E MATERIAL DE CON	INSTITUTO DO CÂNCER ARNALDO VI	2
MEDICAMENTOS ONCOLOGICOS	INSTITUTO DO CÂNCER ARNALDO VI	2
MT CONSUMO, FOLHA PGTO E PREST	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS	5
NOMEDE EVENTO III SOLIDARIEDAD	ONG - FAC - FRENTE DE APOIO CO	3
OBRA SOCIAL NOSSA SENHORA DA G	OBRA SOC.NOSSA SRA. DA GLÓRIA-	1
OBRA SOCIAL NOSSA SENHORA DA G	OBRA SOC.NOSSA SRA. DA GLÓRIA-	1
OBRAS DE REFORMA E AMPLIAÇÃO D	FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA	6
OBRAS DE REFORMA E AMPLIAÇÃO S	FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA	2
ONG APTA/SP_ 12º EDUCAIDS	ASSOCIACAO PARA PREVENCAO E TR	5

ONG ASSOCIAÇÃO CIVIL ANIMA PRO	ASSOCIAÇÃO CIVIL ANIMA	1
ONG ASSOCIAÇÃO COMUNITARIA DE	ASS.COMUN.DE CONSTR.DAS MULHER	1
ONG ASSOCIAÇÃO DO ORGULHO GLBT	ONG - ASSOCIACAO DO ORGULHO GL	3
ONG ASSOCIAÇÃO MAIS DIFERENÇAS	MAIS DIFERENCAS	3
ONG CAF- CASA DE ASSISTENCIA F	CASA DE ASSISTENCIA FILADELFIA	3
ONG CAF- CASA DE ASSISTENCIA F	CASA DE ASSISTENCIA FILADELFIA	3
ONG CENTRO DE CONVIVENCIA JOAN	CENTRO DE CONVIVÊNCIA JOANA DA	3
ONG CIM - CENTRO DE INFORMAÇÃO	ONG - CIM - CENTRO ONFORMACAO	1
ONG ECOS COMUNICACAO EM SEXUAL	ONG - ECOS - COMUNICACAO EM SE	3
ONG GAPA - GRUPO DE APOIO A PR	GRUPO DE APOIO A PREVENÇÃO A A	3
ONG GAVI - PROJ: HOMENS E MULH	GAVI-GRUPO DE APOIO A VIDA	3
ONG GAVI - PROJ: HOMENS E MULH	GIV - GRUPO DE INCETIVO Á VIDA	3
ONG GIV- GRUPO DE INCETIVO A V	GIV - GRUPO DE INCETIVO Á VIDA	3
ONG GRUPO DE INCETIVO A VIDA T	GIV - GRUPO DE INCETIVO Á VIDA	3
ONG INSTITUTO CULTURAL BARONG	INSTITUTO CULTURAL BARONG	3
ONG INSTITUTO VIDA NOVA INTEGR	INSTITUTO VIDA NOVA INTEGR.SOC	3
ONG MAPA - MOVIMENTO DE APOIO	MOVIMENTO DE APOIO AO PACIENTE	3
ONG MAPA MOVIMENTO DE APOIO AO	MOVIMENTO DE APOIO AO PACIENTE	3
ONG OBRA SOCIAL NOSSA SENHORA	CADA DE APOIO SOL NASCENTE II	3
ONG/OSC FORUM DAS ONG/AIDS DO	FORUM DAS ONG AIDS DO ESTADO D	3
ORTESE E PROTESE	FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA	2
ORTESSES E PROTESE	LAR ESCOLA SÃO FRANCISCO	2
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA	2
PARA APARA ATENDER DESPESAS CO	CENTRO DE CONVIVÊNCIA JOANA DA	3
PARA APARA ATENDER DESPESAS CO	CENTRO DE CONVIVÊNCIA JOANA DA	3
PARA ATENDER DESPESAS COM CUST	ASSOCIAÇÃO ALIANÇA PELA VIDA	3
PARA ATENDER DESPESAS COM CUST	CTO SOCIAL NOSSA SRA DO BOM PA	3
PARA ATENDER DESPESAS COM CUST	FORUM DAS ONG AIDS DO ESTADO D	3
PARA ATENDER DESPESAS COM INVE	ASSOCIAÇÃO ALIANÇA PELA VIDA	3
PARA ATENDER DESPESAS DE CUSTE	IDESC-INSTIT. DESENV. CIDAD. V	3
PARA ATENDER DESPESAS DE CUSTE	GRUPO PELA VALORIZAÇÃO ,INTEGR	3
PARA ATENDER DESPESAS DE CUSTE	CADA DE APOIO SOL NASCENTE II	3
PARA ATENDER DESPESAS DE CUSTE	CENTRO SOCIAL NOSSA SENHORA DO	3
PARA ATENDER DESPESAS DE INVES	GRUPO PELA VALORIZAÇÃO ,INTEGR	3
PARCELA UNICA - INVESTIMENTO -	CRUZADA BANDEIRANTE ASSISTÊNCI	6
PARECERES TECNICOS ESPECIALIZA	FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA	5
PESSOAL, ENCARGOS E BENEFICIOS	SOCIEDADE BENEFICENTE DE COLET	2
PO. ASSISTENCIA FARMACEUTICA	FURP FUNDACAO PARA O REMEDIO P	4
POLICIA MILITAR , PROJETO SENT	FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA	1
PORTARIA GM 1944	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS	3
PORTARIA GM 1944	FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA	2
PORTARIA GM 1944 CUSTEIO	FUNDAÇÃO ADIB JATENE	2
PREST. SERV. ENFERMAGEM EM PSI	FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA	2
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS , TRANSP	CEALAG - CENTRO DE ESTUDOS LEO	6
PROCESSADORES FALA IMPLANTE CO	FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA	2
PROCURA DE ORGAOS	FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA	2
PROCURA DE ORGAOS	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS	2
PROCURA DE ORGAOS - PORTARIA 1	SPDM - ASSOCIAÇÃO PAULISTA PAR	2
PROESF	CEALAG - CENTRO DE ESTUDOS LEO	6
PROG. ASSSITENCIA FARMACEUTICA	FURP FUNDACAO PARA O REMEDIO P	4
PROGRAMA AGITA São PAULO EXERC	CELAFISCS-CENTRO DE ESTUDOS DO	3
PROGRAMA ASSISTENCIA FARMACEUT	FURP FUNDACAO PARA O REMEDIO P	4

PROGRAMA DE GLICEMIA E INSUMOS	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE FMS	4
PROGRAMA DE OTIMIZAçãO DE OFIC	LAR ESCOLA SÃO FRANCISCO	2
PROGRAMA DE TRATAMENTO E CONSU	FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA	3
PROGRAMA DOSE CERTA	PREFEITURA MUNICIPAL SAO PAULO	4
PROGRAMA JOVENS ACOLHEDORES	SOC. CIVIL DE EDUCACAO SANTA R	1
PROGRAMA JOVENS ACOLHEDORES	FACULDADE SUMARE	1
PROGRAMA JOVENS ACOLHEDORES	FLAMINGO 2001 - CURSO FUNDAMEN	1
PROGRAMA JOVENS ACOLHEDORES	SOC. DE SERVICO SOCIAL	1
PROGRAMA JOVENS ACOLHEDORES	ASSOC. DE ENSINO GUAIANAS	1
PROGRAMA JOVENS ACOLHEDORES	INSTITUTO EDUCACIONAL ALVORADA	1
PROGRAMA JOVENS ACOLHEDORES	UNINOVE ASSOCIACAO EDUCACIONAL	1
PROGRAMA JOVENS ACOLHEDORES	FUNDAÇÃO ARNALDO VIEIRA DE CAR	1
PROGRAMA JOVENS ACOLHEDORES	INSTITUTO HOYLER	1
PROGRAMA JOVENS ACOLHEDORES	RENASCENCA	1
PROGRAMA JOVENS ACOLHEDORES	ASSOC. SANTA MARCELINA	1
PROGRAMA JOVENS ACOLHEDORES	ASSOC. DE ENSINO GUAIANAS	1
PROGRAMA JOVENS ACOLHEDORES	UNINOVE ASSOCIACAO EDUCACIONAL	1
PROGRAMA JOVENS ACOLHEDORES	IPEP	1
PROGRAMA JOVENS ACOLHEDORES	INSTITUTO AFRO-BRASILEIRO DE E	1
PROGRAMA JOVENS ACOLHEDORES	ASSOC. INTERLAGOS DE EDUCACAO	1
PROGRAMA JOVENS ACOLHEDORES	SOC. DE SERVICO SOCIAL	1
PROGRAMA JOVENS ACOLHEDORES	ASSOC. SANTA MARCELINA	1
PROGRAMA JOVENS ACOLHEDORES	FLAMINGO 2001 - CURSO FUNDAMEN	1
PROGRAMA JOVENS ACOLHEDORES	CENTRO UNIVERSITARIO ITALO BRA	1
PROGRAMA JOVENS ACOLHEDORES	FACULDADE SUMARE	1
PROGRAMA JOVENS ACOLHEDORES	FUNDAÇÃO ARNALDO VIEIRA DE CAR	1
PROGRAMA JOVENS ACOLHEDORES	INSTITUTO SANTANENSE DE ENSINO	1
PROGRAMA JOVENS ACOLHEDORES	UNIÃO SOCIAL CAMILIANA	1
PROGRAMA JOVENS ACOLHEDORES	SOC. CIVIL DE EDUCACAO SANTA R	1
PROGRAMA JOVENS ACOLHEDORES	RENASCENCA	1
PROGRAMA JOVENS ACOLHEDORES	INSTITUTO EDUCACIONAL ALVORADA	1
PROGRAMA JOVENS ACOLHEDORES	ASSOCIAÇÃO AMPARO AOS PRAIANOS	1
PROGRAMA JOVENS ACOLHEDORES	CENTRO DE ENSINO METODO LTDA	1
PROGRAMA JOVENS ACOLHEDORES	UNIÃO SOCIAL CAMILIANA	1
PROGRAMA JOVENS ACOLHEDORES	FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA	1
PROGRAMA JOVENS ACOLHEDORES	ASSOC. PAULISTA DE ENSINO LTDA	1
PROGRAMA JOVENS ACOLHEDORES	ASSOC. DE ENSINO GUAIANAS	1
PROGRAMA JOVENS ACOLHEDORES	UNINOVE ASSOCIACAO EDUCACIONAL	1
PROGRAMA JOVENS ACOLHEDORES	IPEP	1
PROGRAMA JOVENS ACOLHEDORES	INSTITUTO AFRO-BRASILEIRO DE E	1
PROGRAMA JOVENS ACOLHEDORES	ASSOC. INTERLAGOS DE EDUCACAO	1
PROGRAMA JOVENS ACOLHEDORES	SOC. DE SERVICO SOCIAL	1
PROGRAMA JOVENS ACOLHEDORES	ASSOC. SANTA MARCELINA	1
PROGRAMA JOVENS ACOLHEDORES	FLAMINGO 2001 - CURSO FUNDAMEN	1
PROGRAMA JOVENS ACOLHEDORES	CENTRO UNIVERSITARIO ITALO BRA	1
PROGRAMA JOVENS ACOLHEDORES	FACULDADE SUMARE	1
PROGRAMA JOVENS ACOLHEDORES	ASSOC. PAULISTA DE ENSINO LTDA	1
PROGRAMA JOVENS ACOLHEDORES	FUNDAÇÃO ARNALDO VIEIRA DE CAR	1
PROGRAMA JOVENS ACOLHEDORES	INSTITUTO SANTANENSE DE ENSINO	1
PROGRAMA JOVENS ACOLHEDORES	UNIÃO SOCIAL CAMILIANA	1
PROGRAMA JOVENS ACOLHEDORES	SOC. CIVIL DE EDUCACAO SANTA R	1
PROGRAMA JOVENS ACOLHEDORES	RENASCENCA	1

PROGRAMA JOVENS ACOLHEDORES	INSTITUTO EDUCACIONAL ALVORADA	1
PROGRAMA JOVENS ACOLHEDORES	ASSOCIAÇÃO AMPARO AOS PRAIANOS	1
PROGRAMA OTIMIZAÇÃO OFICINA OR	LAR ESCOLA SÃO FRANCISCO	2
PROGRAMA SAUDE BUCAL	ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE CIRURGI	1
PROGRAMA SAUDE DA CRIANÇA	FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA	1
PROGRAMA VISÃO DO FUTURO	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS	1
PROGRAMA VISAO DO FUTURO DECRE	INSTITUTO CEMA OFTALMOLOGIA E	1
PROGRAMA VISAO DO FUTURO DECRE	CASA DE SAÚDE SANTA MARCELINA	2
PROGRAMA VISAO DO FUTURO DECRE	INSTITUTO SUEL ABUJAMRA	1
PROGRAMA VISAO DO FUTURO DECRE	INSTITUTO CEMA OFTALMOLOGIA E	1
PROGRAMA VISAO DO FUTURO DECRE	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS	2
PROGRAMA VISAO DO FUTURO DECRE	SPDM - ASSOCIAÇÃO PAULISTA PAR	1
PROJ. ADULTOS COM HIV AIDS	INSTITUTO BENEFICIENTE VIVA A	3
PROJ. CENTRO REF. NACIONAL PRO	FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA	1
PROJETO 2º ENCONTRO A A Z : O	ONG - ASSOCIACAO FRANCOIS XAVI	3
PROJETO APOIO COMISSOES INTERG	COSEMS CONS. SECRET. MUNICIP.	5
PROJETO APOIO INST.	FUNDACAO GETULIO VARGAS	6
PROJETO APOIO INSTITUCIONAL	FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA	6
PROJETO APOIO PARA FORTALECIME	COSEMS CONS. SECRET. MUNICIP.	5
PROJETO ASSITENCIAL ESPECIALIZ	FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA	1
PROJETO ATUALIZACAO EM CONTRAC	INSTITUTO CULTURAL BARONG	3
PROJETO CENTRO PESQUISA DESENV	FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA	6
PROJETO DE TRANSF. TECNOLOGIA	FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA	5
PROJETO ENFERM,AGEM	FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA	1
PROJETO ENFERMAGEM	FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA	1
PROJETO FORTALECIMENTO COLEGIA	COSEMS CONS. SECRET. MUNICIP.	5
PROJETO GESTAO HOSPITALAR	FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA	5
PROJETO LESBICAS NA PARADA 200	REDE DE INFORMAÇÃO UM OUTRO OL	3
PROJETO NO CENTRO DA PREVENCAO	GRUPO PELA VALORIZAÇÃO ,INTEGR	3
PROJETO PREV USO NOCISO ALCOLL	FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA	3
PROJETO RECUPERAÇÃO ATULAIZAÇÃ	FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA	6
PROJETO SSITEMA GESTAO HOSPITA	FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA	5
PROJETO SUPORTE , MANUTENção	FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA	5
PROJETO SUPORTE , MANUTENção E	FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA	5
PROJETO:COMERCIANTE CONSCIENTE	INSTITUTO CULTURAL BARONG	3
PROJETOS ARQUITETONICOS 7 E 8	FUNDAÇÃO ZERBINI	6
REALIZAÇÃO DE CIRURGIA DE CORR	ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA A CR	3
RECURSOS PARA ATENDER DESPESAS	SPDM - ASSOCIAÇÃO PAULISTA PAR	3
REFORMA CENTRO CIRURGICO CENTR	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS	6
REFORMA E AQUISIÇÃO DE EQUIPAM	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS	2
REFORMA E OTIMIZAÇÃO DO ESPAÇO	ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA A CR	6
REFRORFMAS	FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA	6
REGISTRO DE CANCER	CENTRO DE APOIO A FACULDADE DE	2
REGISTRO DE CâNCER PORTARIA 2.	CENTRO DE APOIO A FACULDADE DE	2
REPASSE A FUNDAÇÃO FACULDADE D	FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA	3
REPASSE DE RECURSO ATRAVÉS DE	INSTITUTO CULTURAL BARONG	3
REPASSE DE RECURSO DE TC PARA	INSTITUTO CULTURAL BARONG	3
REPASSE DE RECURSOS - CONSUMO	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS	6
REPASSE DE RECURSOS - INVESTIM	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS	6
REPASSE DE RECURSOS ATRAVES DE	ONG - FAC - FRENTE DE APOIO CO	3
REPASSE DE RECURSOS ATRAVES DE	ASSOCIAÇÃO COMUNITÁRIA INTEGRA	6
REPASSE DE RECURSOS ATRAVES DE	CENTRO DE CONVIVÊNCIA JOANA DA	3

Código	Blocos de Financiamento	Quantidade	Valores
1	Atenção Básica	162	R\$ 1.736.115.022,88
2	Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar	217	R\$ 7.693.930.173,32
3	Vigilância em Saúde	125	R\$ 1.028.893.118,83
4	Assistência Farmacêutica	1	R\$ 485.232.285,27
5	Gestão do SUS	15	R\$ 874.171.317,27
6	Investimentos na Rede de Serviços de Saúde	45	R\$ 885.709.771,06

Classificação Transparência SP (limitada aos 30 primeiros caracteres das colunas):

Convenente	Ocorrências	Classificação
ABRASCO - ASSOCIAÇÃO BRASILEIR	1	5
ACSC ? AMPARO MATERN	1	1
ADVENTISTA DE ENSINO	1	1
Amparo Maternal	1	1
ANCLIVEPA-SP Ass. Na	1	3
ANCLIVEPA-SP Ass. Na	1	3
ANDREZA REGINA SALIN	1	3
Andreza Regina Salin	2	3
Arrastão Movimento d	1	3
AS INSTRUTORA JUV FE	1	1
Ass Bras Assistência	1	1
ASS. NAC. DE CLÍN. V	1	3
Ass. Pais e Amigos d	1	3
Ass. Resplendor Casa	1	3
ASS.ESTÂNCIA PRIMAVE	1	1
ASSOC BENEF DE ASSIS	1	1
Assoc Bras de Assist	1	1
Assoc Pais Amigos do	1	3
Assoc. Benef. Soc. N	1	1
Assoc. Bras. Assist.	1	1
Assoc. Bras. de Assi	1	1
Assoc. Bras. de Assi	1	1
ASSOC. BRAS. DE ASSI	4	1
ASSOC. PROT. DOS ANI	1	3
ASSOC. PROTETORA ANI	1	3
ASSOCIAÇÃO ALIANÇA P	1	3
Associação Aliança P	1	3
ASSOCIAÇÃO ASSISTENC	1	3
ASSOCIAÇÃO ASSISTÊNC	1	3
ASSOCIAÇÃO BENEFICEN	5	1
ASSOCIAÇÃO BENEFIVEN	1	1
ASSOCIAÇÃO BRASILEIR	5	1
Associação Brasileir	2	1
ASSOCIAÇÃO BRASILEIR	2	1
Associação Casa de A	1	1
ASSOCIAÇÃO CASA DE A	2	3

ASSOCIAÇÃO CASA DE A	3	3
ASSOCIAÇÃO CONGREG S	1	1
ASSOCIAÇÃO CRUZ VERD	5	3
ASSOCIAÇÃO DA CASA D	1	3
ASSOCIAÇÃO DE ASS. A	1	3
ASSOCIAÇÃO DE ASSIST	1	3
ASSOCIAÇÃO DE ASSIST	1	3
Associação de Assist	1	3
Associação de Pais e	1	3
ASSOCIAÇÃO DO SANATÓ	1	2
Associação Espaço de	1	1
ASSOCIAÇÃO ESTÂNCIA	1	1
ASSOCIAÇÃO ESTÂNCIA	1	1
ASSOCIAÇÃO FUNDO DE	1	6
ASSOCIAÇÃO FUNDO DE	4	6
ASSOCIAÇÃO FUNDO DE	1	6
ASSOCIAÇÃO FUNDO INC	1	4
Associação Instrutor	1	1
ASSOCIAÇÃO LIBERDADE	1	3
ASSOCIAÇÃO PRÓ-HOPE	3	2
ASSOCIAÇÃO PROMOCION	1	1
Associação Resplendo	1	3
ASSOCIAÇÃO SAUDE DA	1	1
Associação Saúde da	53	1
ASSOCIAÇÃO SAÛDE DA	2	1
ASSOCIAÇÃO SAUDE DA	1	1
Associação Saúde da	3	1
ASSOCIAÇÃO SÚDE DA F	3	1
AUDIRE ? SERVIÇOS ES	4	1
AUDIRE SERVIÇOS ESPE	1	1
C.I.M Centro de Info	1	1
CASA CRIANÇA BETINHO	2	3
Casa da Criança Beti	1	3
Casa da Criança Beti	1	3
CASA DE APOIO A PORT	2	3
Casa de Apoio Associ	1	3
Casa de Apoio Associ	2	3
CASA DE APOIO ASSOCI	3	3
Casa de Isabel	2	1
CASA DE ISABEL ? Cen	2	1
Casa de Isabel ? Cen	1	1
Casa de Isabel Centr	1	1
Casa de Isabel Centr	1	1
CASA DE IZABEL - CEN	1	1
CASA DE IZABEL CENTR	1	1
CASA ISABEL CENTRO D	1	3
CASA ISABEL/CENTRO A	3	3
CENENORTE ? CENTRO D	2	2
CENENORTE ? Centro N	1	2
CENENORTE CENTRO DE	1	2
CENESUL - CENTRO DE	1	2
CENESUL ? CENTRO DE	2	2

CENESUL ? CENTRO DE	2	2
CENTRO APOIO FAC SAÚ	1	6
CENTRO DE APOIO À FA	1	6
Centro de Apoio à Fa	1	6
CENTRO DE APOIO À FA	1	6
Centro de Est. e Pes	1	6
CENTRO DE EST. E PES	1	6
Centro de Estudo do	2	6
CENTRO DE ESTUDOS E	1	6
CENTRO DE ESTUDOS E	2	6
Centro de Estudos e	1	6
Centro de Estudos e	2	6
Centro de Estudos e	7	6
CENTRO DE ESTUDOS E	2	6
CENTRO DE ESTUDOS E	2	6
CENTRO DE ESTUDOS PE	2	6
Centro de estudos Pe	1	6
Centro de Hematologi	1	2
Centro de Informação	1	1
CENTRO DE NEFROLOGIA	1	2
CENTRO DE NEFROLOGIA	1	2
Centro de Nefrologia	2	2
Centro de Nefrologia	1	2
CENTRO DE NEFROLOGIA	1	2
Centro de Oftalmolog	1	1
Centro de Oftalmolog	5	1
CENTRO DE PROMOÇÃO H	1	1
CENTRO ESTUDOS PESQU	1	6
Centro Estudos Pesqu	1	6
CENTRO ESTUDOS PESQU	5	6
CENUPE CENTRO NEFROL	2	2
CETENE ? CENTRO DE T	2	2
CETENE Centro de Ter	1	2
CETENE- Centro de Te	1	2
CLINEFRO ? Clínica N	1	2
Clinefro Clínica Nef	1	2
CLÍNICA DE MEDICINA	1	2
CLÍNICA DE MEDICINA	1	2
Clínica de Medicina	2	2
CLÍNICA DE NEFROLOGI	2	2
CLÍNICA DE NEFROLOGI	1	2
CLINICA DE NEFROLOGI	1	2
CLÍNICA E NEFROLOGIA	1	2
CLÍNICA INF IPIRANGA	1	1
Clínica Infantil do	1	1
CLÍNICA MÉDICA E NEF	1	2
CLINICA MÉDICA E NEF	1	2
CLÍNICA MÉDICA E NEF	2	2
CLÍNICA MEDICINA INT	1	2
CLÍNICA NEFROLÓGICA	1	2
Clínica Nefrológica	1	2
Clínica Nefrológica	1	2

CLÍNICA NEFROLÓGICA	1	2
CLÍNICA NEFROLÓGICA	2	2
CLÍNICA NEFROLOGICA	1	2
CLÍNICA NEFROLÓGICA	1	2
CLÍNICA PAULISTA NEF	1	2
CLÍNICA SÃO JORGE NE	1	2
CLÍNICA SÃO JORGE SE	1	2
CLÍNICA SÃO JORGE SE	1	2
CLÍNICA VETERINÁRIA	2	3
CLINICA VETERINARIA	1	3
CLINICA VETERINÁRIA	1	3
CLÍNICA VETERINÁRIA	2	3
CLÍNICA VETERINÁRIA	1	3
CLINICA VETERINARIA	1	3
CLÍNICA VETERINÁRIA	1	3
CLINICA VETERINÁRIA	1	3
CLINICA VETERINÁRIA	1	3
CLÍNICA VETERINÁRIA	1	3
CLINICA VETERINÁRIA	2	3
Clínica Veterinária	1	3
CLÍNICA VETERINÁRIA	1	3
Clínica Veterinária	1	3
CLUBE DA CIDADANIA -	1	3
CNTT ? Clínica Nefro	1	2
CNTT ? Clínica Nefro	1	2
CNTT- Clínica Nefrol	1	2
CNTT-Clínica Nefrol	1	2
Confederação das Mul	2	1
CONVIVER É VIVER P/E	1	3
Cruz Vermelha Brasil	1	1
CRUZ VERMELHA BRASIL	1	1
ECOS - Comunicação e	1	3
ENESP ? Equipe Nefro	3	2
FAC. SAÚDE PÚBLICA ?	1	5
Faculdade de Odontol	1	5
FACULDADE DE SAÚDE P	1	5
FACULDADE SAÚDE PÚBL	1	5
FIOCRUZ / FIOTEC	1	5
FONO AUDIOLOGIA LTDA	2	1
FONO AUDIOLOGIA LTDA	3	1
FÓRUM DAS ONG AIDS D	1	3
FORUM DAS ONGS AIDS	1	3
FUNDAÇÃO ANTONIO PRU	5	2
Fundação Antonio Pru	1	2
FUNDAÇÃO ANTONIO PRU	1	2
Fundação Antonio Pru	2	2
FUNDAÇÃO APLICAÇÃO D	1	2
FUNDAÇÃO ARNALDO VIE	1	2
Fundação Criança	1	1
Fundação Oswaldo Cru	3	5
Fundação Oswaldo Cru	1	5
FUNDAÇÃO OSWALDO RAM	1	2

GAN ? GRUPO DE APOIO	1	2
GAN GRUPO DE APOIO N	1	2
GELEDES Instituto da	1	1
GIV - Grupo de Incen	1	3
GIV ? Grupo de Incen	2	3
GRAACC	1	2
Grupo Apoio Adolesce	1	2
GRUPO APOIO ADOLESCE	1	2
GRUPO APOIO ADOLESCE	3	2
GRUPO DE APOIO À PRE	2	3
GRUPO DE APOIO À VID	1	3
Grupo de Apoio à Vid	1	3
Grupo de Apoio ao Ad	1	2
GRUPO DE INCENTIVO À	1	3
GRUPO DE INCENTIVO À	4	3
Grupo de Incentivo à	5	3
Grupo p/ Val, Int Di	1	3
GRUPO P/ VALOR INTEG	1	3
GRUPO P/VALOR INTEGR	1	3
Grupo P/Varolização,	1	3
Grupo Pela Varolizaç	1	3
HOME DIALYSIS CENTER	2	2
HOME DYALYSIS CENTER	1	2
HOSP. DO RIM E HIPER	1	2
HOSPITAL ESPECIALIZA	1	2
INSITUTO CEMA DE OFT	3	1
Inst Ass Espaço Prev	1	1
Inst Bras Estudos Ap	1	6
INST CEMA DE OFTALMO	1	1
Inst Paulista Estudo	1	1
Inst Recuperação Nat	1	3
INST VIDA NOVA INTEG	1	3
INST VIDA NOVA INTEG	1	3
Inst. CEMA de Oftalm	2	1
INST. DE ESTUDOS E A	1	6
INSTITUIÇÃO CASA DE	1	1
Instituição Cultural	1	3
Instituição ECOS ? C	1	3
Instituição Geledés	1	1
INSTITUTO BRASILEIRO	4	2
Instituto Brasileiro	5	2
INSTITUTO BRASILEIRO	3	2
Instituto Brasileiro	5	2
INSTITUTO CEMA OFTAL	2	1
Instituto Cema Oftal	1	1
Instituto Cultural B	6	3
INSTITUTO DA VISÃO -	1	1
INSTITUTO DE ESTUDOS	1	6
Instituto de Nefrolo	1	2
INSTITUTO DE NEFROLO	2	2
Instituto de Recuper	1	3
INSTITUTO DE RESPONS	1	2

Instituto de Respons	16	2
INSTITUTO DE RESPOSN	1	2
INSTITUTO DO CÂNCER	2	2
INSTITUTO DO CÂNCER	14	2
Instituto Paulista d	1	1
INSTITUTO PAULISTA E	3	1
Instituto Recuper Na	1	3
INSTITUTO SUEL ABUJA	4	1
isntituto de recuper	1	3
LABORIDADE INST EST	1	1
LARAMARA ASSOC BRAS	1	3
MEDSERV ASSISTÊNCIA	1	2
Nefrecor e Uro Servi	1	2
NEFROCOR E URO SERVI	1	2
NEFROCOR E URO SERVI	1	2
NEFROCOR E URO SERVI	1	2
NEFROS ? Unidade de	1	2
NEFROS ? UNIDADE NEF	2	2
NEFROS?Un Nefrologia	1	2
NEPHRON ASSISTÊNCIA	1	2
NEPHRON ASSISTÊNCIA	2	2
NSTITUTO DO CÂNCER A	1	2
NUCVET ? NÚCLEO VETE	1	3
NUCVET ? NUCLEO VETE	1	3
NUCVET ? Núcleo Vete	1	3
NUCVET NÚCLEO VETERI	1	3
o Instituto de Recup	1	3
ONG AS PROTET ANIMAI	1	3
ONG ASSOCIAÇÃO PROTE	1	3
OPAS/OMS-CENTRO LAT	1	6
ORGANIZAÇÃO PAN-AMER	1	5
ORGANIZAÇÃO SANTAMAR	1	5
ORGANIZAÇÃO SANTAMAR	1	5
PRÓ-NEFRON ? ASSISTÊ	1	2
PRÓ-NEFRON Assistênc	2	2
PROSAM - ASSOCIAÇÃO	2	2
PROSAM - ASSOCIAÇÃO	1	2
PROSAM ? Associação	1	2
REAL E BENEMÉRITA AS	5	2
Real e Benemérita As	1	2
Real e Benemérita As	1	2
RENALCARE SERVIÇOS M	3	2
Renalclass Clínica e	2	2
RENALCLASS CLÍNICA E	2	2
SAMARIM Assistência	2	2
SAMARIN ASSISTÊNCIA	1	2
SANTA QUITÉRIA - CLI	1	3
SANTA QUITERIA CLINI	2	3
SAPA - SOCIEDADE DE	1	3
SEEDIT NORTE NEFROLOG	1	2
SEEDIT NORTE NEFROLOG	2	2
SENEP ? SERVIÇO DE	1	2

SENEP SERVIÇO DE NE	1	2
SENEP-Serviço de Ne	1	2
Soc Ben Israelita Br	3	2
SOC BENEFICENTE ISRA	3	2
SOC BENEFICENTE ISRA	6	2
SOC BRASILEIRA E JAP	2	1
SOC. BENEF. DE SENHO	1	2
Soc. Benef. Isr. Bra	1	2
Soc. Benef. Israelit	4	2
SOC. BENEF. ISRAELIT	1	2
Soc. Israelita Brasi	1	2
SOCIEDADE BENEF ISRA	1	2
sociedade Benef Isra	1	2
Sociedade Beneficent	1	2
Sociedade Beneficent	2	2
Sociedade Beneficent	1	2
SOCIEDADE BENEFICENT	1	2
Sociedade Israelita	1	2
SOCIEDADE ISRAELITA	1	2
SOS 4 PATAS - SOCIED	1	3
SOS 4 Patas - SOCIED	1	3
SOS 4 PATAS ? SOCIED	2	3
SOS 4 Patas Sociedad	1	3
UNESCO	1	5
Universidade de São	1	5
UNTR - Unid. de Nefr	1	2
UNTR ? Unid. de Nefr	1	2
UNTR ? Unidade de Ne	1	2
URT ? UN NEFROLOGIA	1	2

ANEXO D - DESCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS COM GESTORES DE SAÚDE

Entrevistados na área da saúde:

ENTREVISTADOS	SECRETARIA E DEPARTAMENTO
Entrevistado 1	Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais (GRF/SS-MG)
Entrevistado 2	Secretaria de Planejamento e Gestão do Estado de SP (DCIO/SEPLAG-SP)
Entrevistado 3	Secretaria de Saúde de Embu das Artes – SP
Entrevistado 4	Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais (GRF/SS-MG)

Roteiro de Perguntas:

Entrevistas gestores - segunda etapa:

- 1) Qual seu cargo e suas funções como gestor da área da saúde?
- 2) Como funciona a articulação federativa no momento de celebração de um convênio (União, Estado ou Município, no caso)?
- 3) De que forma as transferências voluntárias (TV) são importantes para o financiamento da saúde no seu município/estado?
- 4) Atualmente há mais convênios sendo celebrados do que no passado (nos anos 2000)?
- 5) Qual a representatividade das TV frente aos demais tipos de repasse para seu estado/município?
- 6) Qual é a principal fonte de recursos voluntários (governo federal ou estado) e como é esta relação ?
- 7) Há alguma área na saúde que utilize com mais frequência as TVs? Por quê?

8) O sr(a) diria que as TV são um instrumento residual de financiamento ou complementar dos governos subnacionais, isto é, elas simplesmente suprem uma demanda por recursos dos governos subnacionais ou elas desempenham um papel objetivo no planejamento de saúde pública destes entes federativos?

Só para o caso de gestores municipais

9) Quais portarias e resoluções da secretaria de saúde favoreceram seu município no recebimento de recursos voluntários (via fundo a fundo, conforme decreto estadual 53.019, de 20 de maio de 2008 e portaria GM-MS 2448 de 2011)?

10) Como ocorre a transferência após assinatura do termo de adesão com Estado ou União?

ANEXO E – CONCEITOS SOBRE ELABORAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E TIPOS DE TRANSFERÊNCIA INTERGOVERNAMENTAL

Tal como explicitado no referencial de federalismo cooperativo, as ações de cada nível de governo podem passar muitas vezes sob um olhar desatento, sem a correta discriminação das suas respectivas ações na área da saúde. Conforme instrui o artigo 7º da lei nº 8.080 de 1990 e o Manual de Demonstrativos Fiscais do Tesouro Nacional (2012), as Ações e Serviços Públicos de Saúde para fins de apuração da aplicação dos recursos mínimos em cada governo subnacional, devem estar “em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente da Federação” (STN, 2012). Assim, para entendermos a relevância do objeto empírico, a discricionariedade de recursos na função Saúde, faz-se necessário pontuarmos alguns princípios orçamentários do caso brasileiro.

Além de ser um importante instrumento de planejamento, controle e organização dos recursos financeiros da administração pública, o orçamento é uma ferramenta de controle político-social, utilizado para dar maior transparência às ações governamentais e seus programas de governo. De acordo com o material fornecido pela Escola Nacional de Administração Pública (ENAP, 2014), as três principais funções do orçamento público são: 1) alocativa, sendo o governo o responsável por direcionar recursos da economia (oferta de bens e serviços públicos); 2) distributiva, função que dá ao governo o papel de combater desequilíbrios regionais e sociais, favorecendo regiões mais necessitadas em termos econômicos, sociais etc; 3) estabilizadora, função que propõe o zelo pela estabilidade macroeconômica, em assuntos que variam desde mercado de trabalho, contas externas, nacionais, entre outras. Ressalta-se que especificamente para estas duas últimas funções, as premissas não necessariamente são ou devem ser cumpridas. Os conceitos sobre distribuição e estabilização, completamente subjetivos à interpretação que o governo pode lhes conferir, mais do que funções propriamente ditas, tornam-se na realidade identificações de uso.

No que tange às técnicas orçamentárias elaboradas pelo poder executivo e legislativo há três métodos de apuração considerados como mais relevantes para formulação orçamentária. A primeira, a clássica, busca sucintamente prever receitas e dispêndios, sem maiores detalhamentos

aos planejamentos de ações governamentais etc. A segunda, de desempenho, evidencia as ações propriamente ditas do governo, sem dar tanto enfoque aos produtos e serviços prestados pela administração pública. A terceira técnica, a funcional-programática, por sua vez, tem como principal objetivo o planejamento das ações governamentais, considerando as ações que o governo pretende elaborar em cada função (grandes áreas, como saúde, educação etc.) em um horizonte de tempo²⁶ (ENAP, 2014).

Tal técnica é a utilizada atualmente no Brasil. Passando por todas as variações descritas acima, a técnica funcional-programática foi instituída em 1967. Seu marco legal, contudo, foi estabelecido em 1974 por meio da Portaria nº 9 da Secretaria de Planejamento e Coordenação da Presidência da República, que vigorou com algumas poucas alterações até 1999. A partir de 2000, o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão introduziu a obrigatoriedade dos planos plurianuais de cada governo na estrutura programática.

Esta última medida na realidade só ratificou o processo que já vinha sendo realizado desde a promulgação da Constituição de 1988, que consiste em realizar o orçamento em três etapas – todas através de sanção de leis (para cada início de ciclo orçamentário, faz-se necessário a criação de uma nova lei) que preconizam o poder de iniciativa como sendo exclusivo do poder Executivo. Iniciando pelo Plano Plurianual (PPA), é a lei que norteia as metas e objetivos do governo e da administração pública para os próximos 4 anos subsequentes ao primeiro ano de mandato de governo. A segunda lei, a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), é a responsável por orientar a elaboração do orçamento anual subsequente de acordo com as diretrizes do PPA, definindo prioridades, dispendo sobre legislação tributária, entre outros temas. Por último, a Lei de Orçamento Anual (LOA), dispõe sobre alocação de recursos efetivos no orçamento total, composto pelo orçamento fiscal, orçamento da seguridade social e orçamento de investimento das empresas estatais (ENAP, 2014).

Na LOA, o orçamento é organizado em três partes. A primeira consiste no chamando Orçamento Fiscal, que se refere aos recursos destinados aos poderes da União, fundos, órgãos e entidades da administração direta e indireta, inclusive fundações instituídas e mantidas pelo poder público. A segunda parte é voltada especificamente para as entidades e órgãos vinculados à área

²⁶ Há ainda outras modalidades, como orçamento participativo, base-zero, incremental e com teto fixo, cujas abordagens fogem ao escopo deste trabalho (ENAP, 2014).

de Saúde, Previdência e Assistência Social (e suas respectivas administrações direta e indireta, fundos, fundações etc.), chamado de Orçamento da Seguridade Social (OSS). Já o Orçamento de Investimento das Estatais contempla os investimentos das empresas em que a União direta ou indiretamente detenha a maioria do capital social com direito a voto.

Com relação à classificação sobre a movimentação de recursos nos orçamentos, há diferentes nomenclaturas. Uma primeira visão, definida pelo ponto de vista do chamado “grau de condicionalidade” de recursos que serão utilizados pelo orçamento receptor, as transferências intergovernamentais podem ser classificadas como livres (ou incondicionadas) e transferências vinculadas (ou condicionadas) (Gomes, 2010).

Sob outro tipo de avaliação, da visão que analisa o orçamento cedente, “as transferências podem ser classificadas em transferências legais (ou automáticas) e transferências discricionárias ou voluntárias” (Gomes, 2010, p.3). Ou seja, quando previstas em algum tipo de norma, tornam-se parte fixa do orçamento e devem ser realizadas de forma automática. Já as discricionárias/voluntárias dependem da negociação das autoridades dos diferentes governos (geralmente entre Executivo e Legislativo), entre outros fatores como arranjos burocráticos, programas de governo etc. De acordo com Bijos (2013, p. 28), as transferências voluntárias são instrumentos de repasse que “independem de previsão legal específica, não possuem vinculação com os motivos de externalidade, compensação e redistribuição e sua realização depende de acordos negociados entre os entes da federação”.

O modelo oficial brasileiro utilizado por órgãos como o Senado Federal e Tribunal de Contas da União por exemplo, estabelece como critério de classificação a origem normativa dos recursos. Neste critério, as transferências podem ser agrupadas como: constitucionais, legais ou voluntárias. Enquanto as transferências constitucionais se referem aos repasses garantidos nos artigos constitucionais propriamente ditos, de forma análoga as transferências legais têm como base leis federais que garantem a efetivação desses repasses²⁷, sendo estas duas categorias de repasses também chamadas de “automáticas”. Na área da saúde, a maioria das transferências decorrem de normas infralegais, geralmente associadas à alguma portaria ministerial. Nas palavras de Gomes (2010, p. 83) – grifo nosso – as “transferências automáticas consistem no repasse de

²⁷ Com relação à área da saúde, tais artigos da Constituição e leis serão devidamente analisados nas próximas seções.

recursos financeiros sem a utilização de convênio, ajuste, acordo ou contrato, mediante depósito em conta-corrente específica, aberta em nome do beneficiário”.

A acepção mais usual de transferências voluntárias atualmente é a definida pela Lei Complementar 101, a chamada Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF). Em seu texto, tais transferências são descritas como “entrega de recursos correntes ou de capital a outro ente da Federação, a título de cooperação, auxílio ou assistência financeira, que não decorra de determinação constitucional, legal ou os destinados ao Sistema Único de Saúde²⁸”.

A dotação orçamentária e gestão dos recursos das TVs encontram-se detalhadas todos os anos na LDO. É ela que permite que este tipo de transferência seja realizado aos entes federativos, entidades públicas e privadas sem fins lucrativos, mediante instrumentos administrativos como convênios, contratos de repasse e termos de execução descentralizada (ENAP, 2006).

28 Apesar de na última parte do texto da LRF gerar certa confusão quanto à interpretação das acepções das TVs – uma vez que no âmbito do SUS este tipo de transferência também ocorre – entende-se tacitamente que os recursos “destinados ao Sistema de Saúde” são aqueles que são efetivados pelo intermédio de alguma norma, ou seja, que direta ou indiretamente ficam vinculados ao financiamento da área da saúde.

ANEXO F – CONVÊNIOS E INSTRUMENTOS ADMINISTRATIVOS DE REPASSE CONGÊNERES

A base normativa básica para estudo dos convênios federais e contratos congêneres encontra-se no Decreto nº 6.170 de 25 de julho de 2007²⁹. A grande inovação desta norma (e suas posteriores alterações) é a introdução de um sistema informatizado para celebração, liberação dos recursos, acompanhamento da execução e da prestação de contas destes instrumentos administrativos, o SICONV (ENAP, 2006).

Com relação aos tipos de instrumentos administrativos, os convênios são os que disciplinam a transferência de recursos públicos destinados à execução indireta de programas do aprovados pelo governo federal e que visem ao interesse recíproco entre as partes, podendo ser elas a União ou algum dos seus órgãos, governos subnacionais, Empresas Públicas, as Fundações, Organização Particular sem fins lucrativos, as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público e as Sociedades de Economia Mista (ENAP, 2006).

Já o contrato de repasse também é um instrumento administrativo utilizado para descentralização de recursos “destinados à execução de programas governamentais da União para estados, municípios e Distrito Federal, por intermédio de instituições ou agências financeiras oficiais federais” (ENAP, 2006, vol. 1, p.26).

Há ainda outros tipos de instrumentos administrativos análogos utilizados para realização das transferências voluntárias, tais como termo de parceria, utilizadas para efetivar parcerias entre o Poder Público e as OSCIP (Organização da sociedade civil de interesse público), os termos de colaboração, utilizados para efetivação de planos de trabalho propostos pela administração pública em regime de mútua cooperação com organizações da sociedade civil selecionadas por meio de chamamento público, e os termos de fomento, instrumento utilizado para a consecução de finalidades de interesse público propostas pelas organizações da sociedade civil (ENAP, 2006).

²⁹ O Decreto nº 6.170/2007 foi alterado pelo Decreto nº 6.329, de 23 de dezembro de 2007, pelo Decreto nº 6.428, de 14 de abril de 2008, pelo Decreto nº 6.497, de 30 de junho de 2008, pelo Decreto nº 6.619, de 29 de outubro de 2008, pelo Decreto nº 7.568, de 16 de setembro de 2011, pelo Decreto nº 7.594, de 31 de outubro de 2011, pelo Decreto nº 7.641, de 12 de dezembro de 2011 e pelo Decreto 8.180, de 30 de dezembro de 2013. Mais recentemente o Governo Federal revogou a Portaria Interministerial nº 127/2008, passando a vigorar a Portaria Interministerial MP/MF/CGU nº 507, de 24 de novembro de 2011, alterada pelas Portarias Interministeriais MP/MF/CGU nº 274, de 01 de agosto de 2013, e nº 495, de 06 de dezembro de 2013 (ENAP, 2006).

Por fim, o chamado termo de execução descentralizada é definido abaixo conforme manual editado pela Escola Nacional de Administração Pública, ENAP:

É um instrumento por meio do qual é ajustada a descentralização de crédito entre órgãos e/ou entidades integrantes dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, para execução de ações de interesse da unidade orçamentária descentralizadora e consecução do objeto previsto no programa de trabalho, respeitada fielmente a classificação funcional programática da administração pública federal para outro órgão federal da mesma natureza ou autarquia, fundação pública ou empresa estatal dependente, conforme previsto no inciso III, § 1º do Art. 1º do Decreto nº 6.170, de 25 de julho de 2007, alterado pelo Decreto nº 8.180, de 30 de dezembro de 2013 (ENAP, 2006, vol.1, p. 23).

Na tabela abaixo, verifica-se o número de TVs realizadas de acordo com o tipo de contrato ao longo dos anos, com predominância da modalidade de convênio.

Tipo de Contrato Administrativo

Tipo de contrato / ano	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total
Convênio	26	37	51	77	54	65	103	72	485
Contrato de Repasse	0	2	7	10	4	5	7	3	38
Total - ano	26	39	58	87	58	70	110	75	523

Fonte: SICONV

Outro tipo de instrumento administrativo utilizado indiretamente para efetivação de transferências voluntárias é o consórcio público, que pode se utilizar de convênios para financiamento de suas atividades. O documento produzido pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) detalha algumas transferências realizadas por meio de consórcios (arts. 10 e 18 da Lei nº 8.080/90, no art. 3º da Lei nº 8.142/90 e na Lei nº 11.107/05):

Os Estados e os Municípios que estabelecerem consórcios ou outras formas legais de cooperativismo para a execução conjunta de ações e serviços de saúde em

cumprimento da diretriz constitucional de regionalização e hierarquização da rede de serviços, poderão remanejar entre si parcelas dos recursos dos Fundos de Saúde derivadas tanto de receitas próprias como de transferências obrigatórias, que serão administradas segundo modalidade gerencial pactuada pelos entes envolvidos. (CONASS, 2013)

Apesar de possuir especificação detalhada inclusive em lei, o método é raro pois além de envolver uma pactuação horizontal (consórcios geralmente são realizados entre diferentes municípios), possui também a pactuação vertical (entre estados e/ou União). De fato, nos últimos oito anos, nos dados pesquisados dentro do âmbito do SICONV, não houve nenhum convênio efetivado para consórcios públicos.