

Incidência de Custos Transacionais em Programas do Ministério da Saúde: Um Estudo de Caso Sobre as Avaliações do Plano Plurianual (PPA)

Autoria: Paulo Carlos Du Pin Calmon, Marcel de Moraes Pedroso

RESUMO

O trabalho analisa a influência dos custos transacionais no desempenho dos 10 mais importantes programas sob responsabilidade do Ministério da Saúde (MS) que constam no Plano Plurianual (PPA). O período estudado abrange os anos 2001 a 2006. Os programas estudados são tipicamente multifuncionais e possuem alto grau de transversalidade. A estrutura de governança subjacente a esses programas é descrita como sendo complexa e influenciada pela dinâmica, muitas vezes conflitiva, de dois subsistemas distintos de políticas públicas: um voltado exclusivamente para o planejamento e gestão de políticas de saúde e o outro relacionado à gestão da política fiscal e orçamentária. A natureza multifuncional e transversal dos programas, somada à estrutura de governança complexa resultam em custos transacionais expressivos. Do ponto de vista metodológico o estudo faz uso de informações de caráter quantitativo (execução orçamentária) e qualitativo (relatórios de avaliação do PPA). O trabalho conclui que a avaliação dos programas, a partir do foco nos *custos transacionais*, pode resultar em ações voltadas para o aperfeiçoamento dos processos de formulação, implementação e avaliação de políticas e programas governamentais e, no caso específico, em iniciativas que auxiliem a “remediar” o sistema de governança das políticas de saúde no país.

INTRODUÇÃO

O objetivo deste trabalho é apresentar uma abordagem alternativa para avaliação dos programas de saúde que leva em consideração a incidência de custos transacionais nas fases de formulação, implementação e avaliação das políticas públicas.

Ao longo dos últimos anos várias abordagens distintas têm sido utilizadas para avaliar as políticas de saúde no país. Por exemplo, há um grande conjunto de estudos fundados na chamada “economia da saúde”, que aferem a eficiência alocativa dos programas governamentais fazendo uso de técnicas tradicionais de análise custo-benefício e custo-efetividade (Machado e Simões, 2008). Uma outra abordagem, ainda focada na questão da eficiência alocativa, compara o desempenho de diferentes unidades de produção de serviços de saúde mediante a estimativa de uma suposta fronteira de produção mediante aplicação de técnicas de Análise Envoltória de Dados (Marinho, 2001). Pode-se também citar um amplo conjunto de análises voltadas para o exame da “economia política” dos programas de saúde, discutindo aspectos relacionados à equidade alocativa, o papel do estado, a interação entre política e economia e o envolvimento da sociedade nos programas governamentais.. (Reis, Ribeiro e Piola, 2001)

O foco deste trabalho, em formato de estudo de caso, complementa algumas das análises acima mencionadas, no entanto se concentra em um conjunto particular de variáveis. Mais especificamente, a análise realizada objetiva identificar a incidência de custos transacionais nos programas de saúde e analisar como esses custos podem afetar o desempenho desses programas.

O estudo de caso levou em consideração os 10 principais programas do MS, que representam aproximadamente 75% de todos os gastos realizados pelo Ministério, além de abrangerem as ações consideradas mais importantes da política de saúde no país. Esse estudo se fundamenta no pressuposto da multifuncionalidade dos programas na área de saúde e na existência de custos transacionais importantes no *design*, implementação, monitoramento e avaliação desses programas. Uma metodologia específica foi desenvolvida no sentido de

operacionalizar a análise realizada. Ao final é apresentada, de forma sumária, uma discussão sobre as principais conclusões.

CUSTOS TRANSACIONAIS, MULTIFUNCIONALIDADE E ESTRUTURAS DE GOVERNANÇA NO SETOR PÚBLICO

O pressuposto fundamental do estudo é a importância dos efeitos dos custos transacionais na eficiência, eficácia e efetividade das políticas públicas em geral e, mais especificamente, no âmbito da gestão de programas do Ministério da Saúde. No entanto, há que se ter um cuidado inicial em prover uma definição do que sejam os custos transacionais, visto que trata-se de um conceito cujo uso se disseminou muito rapidamente e que, portanto, corre o risco de se tornar muito vago, abrangente e, conseqüentemente, de pouca utilidade analítica.

Há várias possibilidades para definição do que sejam custos transacionais. As mais tradicionais estão associadas aos *“custos relacionados ao planejamento, adaptação e monitoramento da execução de diferentes ações em diferentes estruturas de governança”* (Williamson 1989, p.142), ou os *“custos de mensuração dos atributos do que está sendo negociado e os custos de proteger os direitos de propriedade, monitorar e implementar acordos”* (North 1990, p. 27).

De maneira geral as análises que privilegiam os custos transacionais fazem sempre alusão ao chamado mundo “Coasiano”, isso é, um contexto onde direitos de propriedade são caracterizados de forma perfeita e onde, simultaneamente, contratos e acordos entre diferentes partes podem ser definidos, negociados, implementados e monitorados e prevendo todas as possíveis contingências. Contratos definidos dessa forma gerariam eficiência alocativa. Evidentemente, esse mundo é, na verdade, um padrão ideal jamais observado.

A análise dos custos transacionais toma quase sempre por base a existência de um conjunto de contratos. No entanto, o termo “contrato” é entendido de uma forma bem mais ampla do que o sentido que é atribuído a ele tradicionalmente. Para os analistas que examinam o impacto dos custos transacionais, contratos são entendidos como promessas entre diferentes partes, onde uma delas concorda em desempenhar uma determinada ação que tem valor econômico em contrapartida ao recebimento de um pagamento ou do compromisso de desempenhar uma outra ação com valor econômico.

Um outro elemento importante a ser destacado e que em grande medida complementa a análise dos custos transacionais, diz respeito à existência de multifuncionalidade nas políticas públicas e programas governamentais. Tradicionalmente, os bens econômicos têm sido classificados entre públicos e privados em função de algumas características a ele inerentes, principalmente a capacidade de exclusão e não rivalidade no consumo e produção. A multifuncionalidade significa que um mesmo programa governamental pode gerar diferentes produtos, combinando características típicas de bens privados com aquelas que pertencem aos bens públicos e que atendem a diferentes objetivos da sociedade simultaneamente.

A natureza multifuncional das políticas de saúde e seus programas pode resultar em efeitos que são gerados em conjunto ou que são complementares/substitutos. Em decorrência disso, a definição de metas e indicadores, assim como a apuração dos mesmos, seja sempre uma tarefa complexa. Os efeitos das políticas e programas de caráter multifuncional são de difícil monitoramento e avaliação, o que eleva os custos transacionais inerentes.

Cabe ressaltar que o reconhecimento da presença de custos transacionais e multifuncionalidade cria alguns paradoxos interessantes. Por exemplo, na presença de custos transacionais, um programa multifuncional, pode estar atuando de forma ineficaz e ineficiente e, mesmo assim, estar atendendo plenamente as expectativas fixadas no planejamento setorial. Em outras palavras, custos transacionais e multifuncionalidade criam impedimentos para que o desempenho de um programa seja avaliado com precisão e dificultam o surgimento de estruturas de governança que gerem programas que alcancem de forma efetiva as condições

necessárias para a eficiência alocativa. Mesmo que fosse possível o surgimento dessas estruturas, nem sempre é factível implementá-las ou apurar com precisão seus efeitos.

Uma contribuição importante do estudo dos custos transacionais é o foco na análise das estruturas de governança que são desenvolvidas para lidar com esses custos e aspectos da multifuncionalidade das ações desenvolvidas. Essas estruturas de governança são mais do que firmas ou organizações no sentido restrito. Elas envolvem relações de delegação e intermediação, onde a multitude de atores envolvidos possuem preferências heterogêneas, diferentes graus de acesso à informação e diferentes estruturas de incentivo.

A percepção da presença generalizada de custos transacionais e multifuncionalidade tem provocado um amplo debate sobre a eficiência alocativa no setor público. Esse debate tem grande impacto no âmbito da análise dos sistemas de gestão de políticas públicas e, mais especificamente, nas análises sobre gestão orçamentária. O consenso hoje é de centrar a análise em estratégias que busquem a “remediação” ou a “remediabilidade”, ou seja, a proposição de alternativas para estruturas de governança superiores do ponto de vista da eficiência alocativa, mas também factíveis e implementáveis. A noção de que as alternativas devam ser factíveis e implementáveis é tratada com grande ênfase. Além disso, o foco tem sido não em propor estruturas ideais, mas na realização de análises comparativas com as demais alternativas disponíveis e sua capacidade de lidar com um mundo complexo e repleto de incerteza.

Com base nessas considerações, esse estudo focaliza três categorias fundamentais de custos transacionais na análise de sistemas de gestão de políticas públicas. Tais categorias se baseiam em uma taxonomia proposta por Williamson (1985) e por Vatn (2001):

1. “*Custos Transacionais Ex-ante*”, ou seja, os custos de reunir informações necessárias para propor um programa ou uma política a ser implementada, as dificuldades de concepção do programa, de definição dos seus indicadores, de caracterização das suas formas de operação, de definição dos recursos e do fluxo de recursos envolvido para o pleno desempenho das funções preconizadas no programa;
2. “*Custos Transacionais Durante*”, ou seja, os custos relacionados à gestão do programa, incluindo a liberação dos recursos, a negociação e coordenação com os parceiros e mudanças conjunturais que podem ter afetado a gestão e o processo de tomada de decisão, a contratação e demais aspectos relacionados à implementação desta política;
3. “*Custos Transacionais Ex-post*”, ou seja, os custos relacionados ao monitoramento e avaliação da política, de forma tal a se assegurar que é possível identificar e aferir as atividades, os produtos e os resultados do programa, a definição e participação nas arenas para discussão e a revisão dos problemas de concepção que possam ter ocorrido, e os custos de supervisão que garantam a implementação dos acordos firmados e da programação previamente definida.

ASPECTOS DA ESTRUTURA DE GOVERNANÇA NOS PROGRAMAS DO MS

Um segundo pressuposto desse estudo é fundado na existência de subsistemas de políticas públicas que operam com base em uma estrutura de governança específica. Esses subsistemas constituem, portanto, o que poderíamos cognominar de matriz de relações institucionais, ou seja, um complexo de organizações e instituições que regem o processo de formação, implementação e avaliação das políticas públicas (North, 1990). Participa também desses subsistemas um amplo conjunto de atores advindos dos setores público e privado.

Um aspecto importante dessas estruturas de governança é o fato de que apesar de não serem estáticas elas evoluem em torno de parâmetros que limitam o conjunto de transformações factíveis de serem implementadas. Utilizando-se o termo adotado no âmbito do estudo das políticas públicas, as estruturas de governança são sujeitas a um processo de

institucionalização dinâmico e “dependente da trajetória” (*“path dependent”*), ou seja, influenciado pelas tradições, organizações e pela cultura estabelecida no setor (Pierson, 2004).

A existência de “dependência da trajetória” e a dinâmica de institucionalização limitam as tentativas de promover a eficiência alocativa na gestão das políticas públicas e, especialmente, na gestão da política orçamentária, mas também criam restrições importantes no número de tentativas que são factíveis de “remediar” a estrutura de governança existente.

A análise das políticas na área de saúde no Brasil exige, portanto, a compreensão de que estas são geradas a partir da interação de dois subsistemas específicos: o subsistema de saúde e o subsistema de gestão da política orçamentária. Esses dois subsistemas possuem organizações, institutos, tradições e uma cultura específica que condiciona toda a política de gastos do setor público.

Em função disso, cabe caracterizar alguns aspectos mais importantes de cada um desses dois subsistemas. Começando pelo subsistema de saúde:

- a. *do ponto de vista organizacional*: existência de um Sistema Único de Saúde (SUS), envolvendo União, Estados e Municípios, que compartilham a responsabilidade de planejar, gerir, monitorar e avaliar as ações a serem desenvolvidas. O SUS tem como ator principal o Ministério da Saúde. Há também participação de atores advindos do setor privado, que interagem com o SUS na provisão de alguns serviços especializados;
- b. *do ponto de vista da demanda*: o subsistema de saúde sofre uma pressão crescente da população e de governantes locais pela expansão e melhoria na qualidade dos serviços de saúde. Além disso, há que se destacar a existência de uma grande sucessão de episódios recentes envolvendo o desvio e/ou o desperdício de recursos públicos na área;
- c. *do ponto de vista da oferta*: a combinação de ações centralizadas no âmbito da União com ações descentralizadas, executadas em nível estadual e municipal, todas elas financiadas por recursos públicos.

Já o subsistema de gestão orçamentária tem como características a serem destacadas:

- a. *do ponto de vista organizacional*: prevalece também uma complexa estrutura de governança, que é responsável pelo planejamento e execução dos gastos orçamentários e que tem como atores chave o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG), que elabora as propostas da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), da Lei Orçamentária Anual (LOA) e do Plano Plurianual (PPA) e o Ministério da Fazenda, que libera os recursos a serem gastos. Cabe destacar também a existência de um sistema de execução de despesas idiossincrático, onde prevalece uma dicotomia entre autorização e execução, o que permite a existência de contingenciamentos, além de uma série de outras barreiras institucionais e burocráticas que dificultam a programação do gasto público;
- b. *do ponto de vista da demanda*: destaca-se o compromisso com uma política fiscal restritiva, fundada na implementação de metas ambiciosas de superávit primário, que se combinam com um programa de governo centrado na redução de desigualdades sociais;
- c. *do ponto de vista da oferta*: há uma combinação de um sistema tributário que se fundamenta em uma combinação bastante problemática: alta carga tributária, um sistema de compartilhamento de receitas com outros entes federados, múltiplas vinculações e tributos regressivos que geram distorções alocativas graves.

Examinando essas características gerais dos dois subsistemas se destaca o fato de que ambos compartilham alguns aspectos importantes, a saber: (i) uma estrutura de governança complexa, com várias jurisdições e múltiplos atores; (ii) uma tradição que privilegia instrumentos voltados para o planejamento das ações governamentais, algumas vezes em detrimento de instrumentos voltados para a gestão e avaliação dessas ações; (iii) um

desequilíbrio fundamental entre as demandas existentes por serviços de saúde e por recursos públicos e a capacidade de supri-las adequadamente.

É sobre esses dois primeiros aspectos, ou seja, em relação às características da estrutura de governança dos dois subsistemas e o foco no planejamento das ações, que nossa análise será centrada. De maneira mais específica, nos interessa examinar o planejamento e a gestão dos gastos públicos na área de saúde, e como se dá esse planejamento e gestão no âmbito do sistema de governança relacionado à gestão da política orçamentária.

BASES METODOLÓGICAS PARA ANÁLISE DA GESTÃO DE PROGRAMAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Com intuito de analisar a gestão de programas do Ministério da Saúde há que se refletir sobre a estratégia metodológica mais adequada para análise dos custos transacionais incidentes sobre a gestão desses programas. De maneira geral, os trabalhos já produzidos voltados para a análise empírica dos custos transacionais têm adotado diferentes estratégias que fazem uso de estudos de caso quantitativos, estudos de caso qualitativos e métodos econométricos “transversais” (“*panel data*”) (Shelanski e Klein, 1999). No entanto, dadas as dificuldades em observar e mensurar os custos transacionais, uma das estratégias mais comumente adotadas na operacionalização dessas pesquisas tem sido mediante a coleta de informações com base em entrevistas estruturadas e não estruturadas com funcionários das organizações envolvidas.

A opção escolhida para a análise da gestão de programas do MS foi de adotar uma estratégia de estudo de caso que tem como objeto os 10 principais programas do Ministério da Saúde. A opção de analisar os programas especificamente deve-se ao fato de que os gastos são definidos e geridos mediante programas, portanto eles se constituem na unidade básica de planejamento e execução das ações do MS.

Na verdade, a evolução do sistema orçamentário brasileiro se deu de tal forma que hoje o programa é considerado o instrumento de organização da atuação governamental. Ele articula um conjunto de ações que concorrem para um objetivo comum preestabelecido, mensurado por indicadores e objetivam a solução de um problema ou o atendimento de determinada necessidade ou demanda da sociedade. Mais ainda, há a percepção de que todas as ações do governo devem estar estruturadas em programas e esses devem estar voltados para a consecução dos objetivos estratégicos definidos no Plano Plurianual (PPA).

Como é sabido, o PPA tem vigência de quatro exercícios financeiros, devendo seu projeto ser enviado para a apreciação do Legislativo até 31 de agosto do primeiro ano de cada mandato, concluindo-se no primeiro ano do mandato presidencial subsequente. A coordenação de elaboração do Projeto de Lei do PPA cabe ao Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG). Todos os recursos orçamentários são alocados por programas e estão previstos no PPA.

O programa é subdividido em ações que caracterizam as diversas atividades e projetos que serão realizados. Cada uma dessas ações é subdividida em projetos e atividades. Uma vez que os custos desses projetos e atividades são quantificados, tem-se clareza da dotação orçamentária requerida para a realização de cada ação e, portanto, do programa como um todo. Cada projeto ou atividade deve estar associado a um produto específico e esse produto deve ser quantificável. Com base na agregação desses produtos, gera-se uma percepção da meta do programa como um todo e, da consecução dessas metas por programa, se tem uma percepção do andamento do plano de governo. Portanto, o programa é o nexo que agrega e une as dimensões físicas e financeiras de todas as ações que constam no plano de governo.

Tendo como objeto a análise dos programas, o corte temporal adotado envolve o período entre 2001 e 2006, ou seja, um período de 6 anos. Cabe dizer que a escolha desse período se deu basicamente em função da disponibilidade de informações para serem estudadas e do fato

de que ele representa uma perspectiva mais recente da evolução da estrutura de governança dos programas do Ministério da Saúde.

No entanto, é importante ressaltar que, por outro lado, o período analisado apresenta alguns problemas no que tange à análise da gestão orçamentária. Por exemplo, em 2004, começa a vigorar um novo Plano Plurianual (PPA) e, com ele, há modificação na composição dos programas do MS, com uma nova agregação de ações, novos títulos e, em alguns casos, uma nova lógica de atuação. Portanto, a série ao longo do período passa por uma interrupção importante. Além disso, em 2002 ocorreram eleições presidenciais e o candidato do governo, que acabou sendo derrotado, era justamente José Serra que ocupava o cargo de Ministro da Saúde. Em função disso, não se pode negligenciar que os programas e relatórios do MS foram influenciados pelo “clima eleitoral”.

Um terceiro aspecto que merece também ser mencionado diz respeito à sucessão de notícias e escândalos envolvendo os gastos com saúde durante o período, resultando em investigações policiais e prisões. Portanto, o estudo da gestão dos gastos do MS se tornou, em grande parte, um assunto politicamente sensível e sujeito a uma série de desconfianças importantes por parte dos principais *stakeholders* envolvidos nos programas.

Como já dito anteriormente, a amostra de 10 programas examinados é formada pelos programas mais significativos do MS e que contemplaram todas as principais linhas de ação e prioridades do MS no período analisado. No entanto, também como já mencionado, em função do novo Plano Plurianual (PPA) em 2004, a estrutura dos programas do MS se modificou bastante. Com base nessa nova estrutura, foram selecionados os 10 programas que guardavam maior equivalência de propósitos e ações com aqueles que foram examinados no período anterior. Mas cabe destacar que a comparação dos gastos entre os períodos 2001-2003 e 2004-2006 se tornou prejudicada.

As análises realizadas fizeram uso dos relatórios de avaliação do PPA nos anos de 2001 a 2006. Assim como a estrutura programática é definida por lei, a avaliação sistemática do Plano Plurianual também é prevista em diversos instrumentos legais, dos quais se destaca a própria lei que cria o Plano. A avaliação do PPA é realizada em nível de programa, em nível setorial e para o Plano como um todo. O foco de nossas análises foram as avaliações realizadas em nível de programa. A avaliação dos programas do PPA pode ser considerada uma avaliação interna, qualitativa e de caráter fundamentalmente formativo. Do ponto de vista operacional, ela é conduzida pela própria equipe do programa, mais especificamente pelo seu gerente, e é realizada mediante a resposta de um questionário desenvolvido pela Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos (SPI) do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG). O questionário é disponibilizado por intermédio do Sistema de Informações Gerenciais e de Planejamento (SIGPlan).

A avaliação é realizada mediante respostas a três blocos de questões que se referem à concepção do programa, as formas de sua implementação e aos resultados alcançados. No bloco sobre concepção, o gerente analisa a necessidade de aperfeiçoamento no *design* do programa, especialmente no que se refere aos seus objetivos, à definição do público alvo, aos indicadores que foram definidos, às metas preconizadas e a percepção do seu impacto. Outra questão muito importante também analisada neste mesmo bloco diz respeito à adequação das metas físicas aos recursos orçamentários programados. Finalmente, o bloco sobre a concepção examina questões relativas à definição dos produtos relacionados a cada uma das ações e à adequação da estratégia de implementação.

No bloco sobre a implementação do programa, o gerente analisa aspectos que podem afetar o desempenho do mesmo, especialmente a suficiência e fluxo de recursos orçamentários programados e liberados, a adequação dos recursos humanos e físicos, restrições de natureza legal ou burocrática que afetam o desempenho das ações, dificuldades de firmar contratos e convênios, relacionamento com os estados e municípios, relacionamento

com outros órgãos dentro do MS ou em outros ministérios, formas de consulta ao público alvo, maneira de exercício do controle social e adequação da estrutura organizacional.

No terceiro bloco, o foco é nos resultados do programa e na caracterização se as metas foram ou não alcançadas. Cabe dizer que os resultados das avaliações realizadas no âmbito do PPA enfrentam vários problemas. Um dos mais comuns é decorrente da própria estruturação dos programas e da ausência de informações adequadas que possam ser utilizadas como base para responder o questionário proposto.

Apesar dos problemas inerentes à avaliação do PPA por parte dos gerentes dos programas, essa avaliação pode ser considerada uma fonte de informação válida e importante na análise dos custos transacionais relacionados ao conjunto dos programas do MS analisados.

É muito importante enfatizar que a avaliação do PPA não leva em conta, de forma explícita e nem implícita, a incidência de custos transacionais na gestão dos programas governamentais. A concepção do PPA tem bases distintas, sendo fundada, principalmente, em uma larga tradição de modelos e técnicas de planejamento governamental, que remonta pelo menos, a década de 50, quando modelos de planejamento eram preconizados para instrumentalizar e consolidar ações e projetos voltados para o desenvolvimento econômico e social. Na verdade, o termo “custos transacionais” não aparece em nenhum dos documentos oficiais relacionados à avaliação dos programas do PPA.

Apesar disso, há uma clara relação entre os itens examinados no modelo avaliativo do PPA e os custos transacionais mencionados anteriormente. Assim, o bloco sobre avaliação da concepção do programa gera informações importantes sobre o que classificamos como custos transacionais “*ex-ante*”. Já o bloco sobre implementação do programa guarda uma relação interessante com aspectos dos custos transacionais “*durante*”. O bloco sobre resultados, que para a MPOG é o mais importante do PPA, do ponto de vista da análise dos custos transacionais produz alguns indícios sobre os custos transacionais “*durante*” e “*ex-post*”.

Também merece ser destacado o fato de que as informações dispostas na avaliação do Plano Plurianual apresentam subsídios importantes sobre a gestão orçamentária dos programas, principalmente sobre a adequação dos recursos e o fluxo durante a sua execução.

Em conjunto, os dois tipos de análise, quais sejam o exame da execução orçamentária e a análise dos resultados do processo de avaliação do PPA, nos permitem ter uma perspectiva bastante interessante da dinâmica da gestão orçamentária dos programas do MS e, mais especificamente, sobre aspectos relacionados à incidência de custos transacionais nessa gestão. Cabe também notar que essa combinação metodológica viabiliza a realização de análises sobre a incidência e o impacto dos custos transacionais fundadas em estudos de caso, seguindo, como mencionado anteriormente, uma prática que tem sido adotada nos estudos realizados sobre o mesmo tema.

A grande virtude do uso dessas informações decorre do fato de que elas são públicas, oficiais e que os gerentes dos programas podem ser responsabilizados pela qualidade das mesmas. Por outro lado, as respostas dadas aos questionários que visam à avaliação combinam perguntas “fechadas” e, portanto, comparáveis, como perguntas “abertas” onde o gerente pode expressar uma série de observações e comentários adicionais. Portanto, as análises feitas e as inferências propostas podem ser replicadas.

RESULTADOS: CUSTOS TRANSACIONAIS NOS PRINCIPAIS PROGRAMAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Com intuito de operacionalizar a análise dos custos transacionais na gestão do Ministério da Saúde a partir dos relatórios de avaliação do Plano Plurianual (PPA), foram selecionadas 15 variáveis (tabela 1) que, como mencionado, seriam diretamente ligadas a existência de custos *ex-ante*, custos *durante* e custos *ex-post*:

Tabela 1. Tipologia de Custos Transacionais Analisados nos Programas do MS

<i>Tipo de Custos Transacionais</i>	<i>Item Analisado</i>
Custos Transacionais “Ex-Ante”	1 - Design Geral do Programa
	2 - Design Indicadores e Metas
	3 - Definição de Recursos Orçamentários e Financeiros.
	4 - Definição Bases Institucionais
Custos Transacionais “Durante”	5 - Quantidade Total de Recursos Financeiros Disponibilizados.
	6 - Adequação do Fluxo de Recursos Financeiros Disponibilizados
	7 - Quantidade de Recursos Humanos Disponibilizados
	8 - Qualidade dos Recursos Humanos Disponibilizado
	9 - Adequação da Infraestrutura Física e Equipamentos
Custos Transacionais “Ex-Post”	10 - Adequação das Normas e Recursos Institucionais
	11 - Capacidade de Aferição de Indicadores
	12 - Capacidade de Aferição de Resultados
	13 - Capacidade de Coordenação, Comunicação e Cooperação com outros Programas do MS e com o Conselho de Saúde
	14 - Capacidade de Coordenação, Comunicação e Cooperação com outros Ministérios
	15 - Capacidade de Coordenação, Comunicação e Coordenação com Estados/Municípios e Setor Privado

A partir da definição desses itens foi construída uma escala simples para detectar a relação e a presença de custos transacionais. Essa escala é fundada em três categorias definidas na tabela 2:

Tabela 2. Escala utilizada na Análise dos Custos Transacionais

<i>Escala</i>	<i>Definição</i>
0	O item não é mencionado ou considerado como capaz de afetar o desempenho do programa
1	O item é mencionado, mas não é especificado como oneroso ou que tenha afetado de maneira importante o desempenho do programa
2	O item é mencionado e especificado como oneroso ou responsável por afetar de maneira importante o desempenho do programa

A partir dos 15 itens e de sua relação com os custos transacionais e com base na escala definida, procedeu-se uma leitura e análise sistemática de todos os relatórios de avaliação do PPA entre os anos 2001 e 2006 referentes aos programas do Ministério da Saúde selecionados. Os resultados completos dessa análise, por itens, programas e anos estão dispostos nas tabelas 3 e 4 em anexo.

Analisaremos, primeiramente, os resultados do período de 2001-2003. A partir da tabela 3 em anexo pode se verificar que os itens que foram identificados pelos gerentes dos programas como afetando negativamente o desempenho das ações sob sua responsabilidade estão, primeiramente, relacionados aos custos transacionais “durante”, ou seja, são custos transacionais que afetam a gestão e implementação das ações do programa.

Dentre esses itens o que é considerado mais importante e que ocorre de maneira recorrente está relacionado à gestão de recursos humanos. Em cada uma das avaliações ocorridas no período de 2001 a 2003 todos os gerentes dos 10 programas do MS analisados fizeram pelo menos uma menção explícita de que a quantidade de pessoal qualificado se constituiu um impedimento importante para o funcionamento do programa.

Esses problemas relacionados à quantidade e qualidade dos recursos humanos devem ser tratados como custos transacionais e estão diretamente ligados à estrutura de governança da política orçamentária no país e a questões de natureza tipicamente contratual. Além disso,

cabe dizer que esses problemas ocorrem tanto nos programas predominantemente geridos no âmbito federal, como em relação aos programas que são gerenciados de forma compartilhada com os estados e municípios.

Em relação aos programas geridos no âmbito federal, o problema de gestão de recursos humanos advém de arranjos contratuais idiossincráticos, onde as equipes responsáveis pela gestão e pela operação das ações não fazem parte do quadro de funcionários permanentes do setor público brasileiro, e sim mantida mediante contratos de trabalho por produtos ou temporários firmados com organizações internacionais, especialmente PNUD, UNESCO e OPAS que, por sua vez, “disponibilizam” esses funcionários para exercer atividades nos órgãos do Ministério da Saúde. Em outras palavras, além da equipe de funcionários ter dimensões inadequadas é predominantemente formada por terceirizados.

A necessidade de contratação dessa forma se faz necessária pelo crescimento da demanda por recursos humanos especializados no MS, principalmente em função das modificações na estrutura de governança das políticas de saúde e do surgimento de novas áreas de atuação em um momento em que ocorre, simultaneamente, a redução da equipe de funcionários permanentes e com mais experiência no Ministério.

Tal redução ocorre em função da combinação da imposição de uma restrição orçamentária “rígida” nos gastos com pessoal no governo federal, o que implica na postergação da realização de concursos públicos para provimento de cargos efetivos, e dos anúncios e tentativas, muitas vezes frustradas, de reforma previdenciária no setor público que resulta em grande incerteza junto aos servidores e muitos dos colaboradores mais experientes optam por requerer aposentadoria como forma de garantir direitos adquiridos. Em suma, a política de ajuste fiscal adotada no país estabelece um nexos perverso entre política fiscal e política social no que tange à gestão de recursos humanos.

Os problemas de gestão de recursos humanos no âmbito dos programas conduzidos por outras esferas de governo de forma descentralizada não foram muito diferentes daqueles do âmbito federal, conforme atesta os relatórios de avaliação do PPA. Tanto estados quanto municípios também foram sujeitos as mesmas restrições geradas pelo ajuste fiscal. No entanto, soma-se a esses problemas o fato de que o processo de descentralização instaurado a partir da Constituição de 1988, demanda a criação e ampliação de uma capacidade gerencial e operativa que muitos desses entes federados simplesmente não possuem. As tentativas de capacitação de recursos humanos desde então lograram algum êxito, mas os ganhos obtidos foram reduzidos pelas restrições de contratação, pelas aposentadorias e pelo elevado *turnover*.

Cabe notar que, em alguns casos, alguns problemas relacionados à gestão de recursos humanos foram decorrentes de erros na concepção nos programas. Esse parece ter sido o caso do programa “Atendimento Ambulatorial, Emergencial e Hospitalar”, que foi concebido sem uma equipe gerencial capacitada para fazer frente às suas necessidades.

O segundo grupo de problemas identificados pelos gerentes do MS como afetando, de forma importante, o desempenho dos programas, está relacionado à qualidade da infraestrutura física e à disponibilidade de equipamentos. No entanto, esse problema não ocorre em todos os programas, estando concentrado nos programas de “Prevenção e Controle de Doenças Causadas por Vetores” e “Doenças Imunopreveníveis”, assim como no programa de “Qualidade e Eficiência do SUS”.

Um terceiro grupo de problemas refere-se à estimativa da quantidade de recursos necessários para a execução dos programas, um custo transacional classificado como do tipo “*ex-ante*”, e a liberação desses recursos em quantidade e em um fluxo mensal compatível com as necessidades da programação de gastos das ações dos programas, o que foi considerado um custo transacional “*durante*”. Essa informação é interessante, pois contradiz em grande parte a percepção disseminada em algumas conversas informais e entrevistas com a equipe do Ministério de que com o advento da Emenda Constitucional nº 29 os problemas relacionados

à provisão e ao fluxo de recursos orçamentários estariam bem equacionados. No entanto, esse não parece ter sido o caso.

Com exceção dos programas “Assistência Farmacêutica” e “Alimentação Saudável”, todos os demais programas fizeram pelo menos uma menção a existência de problemas relacionados a quantidade de recursos e/ou ao fluxo desses recursos. Mais ainda, problemas relacionados com prevenção e controle de DST, doenças transmitidas por vetores e doenças imunopreveníveis demonstraram, com grande ênfase, que os recursos não fluíram de forma adequada ao longo do ano. Como esses programas de prevenção e controle de doenças têm um grande potencial de impacto na qualidade de vida da população, é surpreendente que esses problemas na execução orçamentária tenham ocorrido de maneira importante.

A execução orçamentária dos 10 programas analisados apresentou um comportamento bastante diferenciado. Os programas denominados “Qualidade e Eficiência do SUS” e “Profissionalização da Enfermagem” conseguiram executar menos da metade do valor dos gastos autorizados no período. É interessante notar que a “Profissionalização da Enfermagem” foi contemplado com uma forte elevação das suas dotações pelo Congresso Nacional. No entanto, a sua capacidade de elevar a dotação inicialmente prevista não se refletiu na capacidade de executar esses gastos.

Já em relação a baixa capacidade de gerir os recursos do programa cognominado de “Qualidade e Eficiência do SUS” deve-se, fundamentalmente, a existência de vários projetos de investimentos gerados a partir de emendas parlamentares. Muitas dessas emendas são concebidas de maneira inadequada e se referem a projetos locais de difícil implementação. Além disso, como é de conhecimento geral, a liberação dos recursos para essas emendas parlamentares é contingenciada e sujeita a manobras políticas.

Há também a existência de um quarto grupo de problemas que estão relacionados à presença de custos transacionais “*ex-post*”, mais especificamente à aferição de indicadores e resultados. Esse é um problema que vem sendo tratado no MS mediante a tentativa de desenvolver sistemas de monitoramento e avaliação “paralelos” das ações dos programas. Esses sistemas dependem de indicadores bem definidos o que, por sua vez, requer programas bem concebidos e executados. No entanto, a presença de problemas de *design* dos programas e de implementação dos mesmos acaba dificultando a apuração dos resultados e o monitoramento de seus indicadores.

Um último aspecto referente à presença de custos transacionais diz respeito às formas de coordenação, cooperação e comunicação entre diferentes órgãos do MS e com atores “externos” de outros ministérios ou dos estados, municípios e do setor privado. Nesse particular, os gerentes dos programas apontaram que o formato atual de relacionamento com os demais entes federados é muito difícil e impõe desafios de monta. Isso ocorre em um contexto em que a estrutura de governança da grande maioria dos programas são implementados de forma descentralizada, a partir de convênios e contratos com estados e municípios, seguindo uma tendência de descentralização que tem larga tradição na história recente do sistema de saúde no país.

De maneira mais específica, os gerentes percebem que existe um potencial de cooperação com os demais entes federados, mas há dificuldades para a operacionalização do relacionamento com esses entes. Primeiramente, há custos transacionais “*ex-ante*” que afetam a definição e negociação de contratos e convênios com os estados e municípios. Os gerentes percebem que a definição e implementação desses contratos é morosa e dificulta o andamento das ações. Os gerentes alertam, de maneira enfática, para a necessidade de novos mecanismos para viabilizar a implementação desses acordos. Há ainda problemas relacionados à definição da quantidade e do fluxo de recursos para os entes federados, carência de mão obra especializada, dificuldades com recursos físicos e infraestrutura e problemas com o

monitoramento e implementação das ações descentralizadas. Em suma, existem problemas de todo os tipos envolvendo esses subtipos de programas.

Tomando por base a análise dos programas e não dos problemas, os dois programas onde existe a indicação da ocorrência do maior número de problemas são os programas associados à “Qualidade e Eficiência do SUS” e ao “Atendimento Ambulatorial, Emergencial e Hospitalar”. Na percepção dos gerentes esses programas apresentam problemas de concepção, de implementação, de monitoramento e de avaliação. Não foi surpresa verificar que esses dois programas foram reformulados e substituídos por outros no PPA 2004-2007.

Em um segundo momento foram analisados os resultados referentes aos 10 programas selecionados do MS que constam nos relatórios de avaliação do PPA de 2004 a 2006. Esses resultados detalhados são apresentados na tabela 4 em anexo. Como mencionado anteriormente, apesar de não existir uma perfeita correspondência entre esses programas e os analisados no período 2001-2003, os 10 programas selecionados são aqueles que mais se aproximam do grupo anterior.

Um aspecto que parece se destacar é de que apesar da ampla reformulação do PPA, os relatos dos gerentes desses novos programas que constam no Relatório Anual de Avaliação no período de 2004-2006 indicam que, fundamentalmente, os mesmos problemas existentes anteriormente continuam a assolar os programas do MS.

A tabela 4 em anexo indica que problemas relacionados a custos transacionais “*durante*”, principalmente à quantidade e fluxo de recursos financeiros, assim como com a quantidade e qualidade dos recursos humanos e físicos disponíveis parecem ser ainda os problemas mais impactantes sob a ótica dos gerentes. Há que se mencionar também, como esperado, que no período 2004-2006, muitos dos gerentes perceberam o surgimento de problemas de concepção dos programas (custos transacionais “*ex-ante*”), principalmente na definição de indicadores, metas e recursos financeiros.

O que se pode inferir da tabela 4 é, primeiramente, que grande parte dos problemas existentes no período anterior continuam existindo, em especial, problemas relacionados à gestão de recursos humanos, recursos financeiros e recursos físicos. Surgem problemas novos e continuam problemas relacionados ao *design* dos programas e seus indicadores. Nesse aspecto é importante mencionar o fortalecimento de capacidades verificado com a criação em 2005 do Sistema de Avaliação do Plano Plurianual, composto pela Comissão de Monitoramento e Avaliação (CMA) e pelas Unidades de Monitoramento e Avaliação (UMAs) de cada Ministério ou órgão equivalente, que no âmbito do desenvolvimento de sistemas de monitoramento e, eventualmente, de reavaliação, lograram êxitos importantes, porém persistem problemas de *design* e de gestão dos programas.

Em relação ao processo de liberação de recursos em quantidade e fluxo ao longo do ano, compatíveis com as necessidades dos programas, vale a pena destacar o relato feito pela equipe do programa “Vigilância, Prevenção e Controle de AIDS e DST” que fala sobre um ciclo recorrente de problemas relativos à execução orçamentária. Embora nenhuma outra narrativa tenha sido tão clara e objetiva sobre esse problema, há fortes indícios de que os mesmos são comuns a todos os programas e, com isso, custos transacionais relacionados à implementação e gestão aparecem com grande intensidade.

Apesar de que a constatação da existência do “ciclo” da gestão orçamentária dos programas seja bastante explícita, vale a pena ressaltar alguns pontos importantes. Primeiramente, demonstra que o sistema de governança das políticas do MS, está marcado pela presença de diversos custos transacionais, ou seja, de acordo com a definição de North (1990), pelos “*custos de proteger os direitos de propriedade, monitorar e implementar acordos*”. Nesse sentido os dois subsistemas, o de saúde e o de gestão orçamentária, interagem de uma forma idiossincrática, ineficiente e custosa.

Se já não bastassem os problemas inerentes ao rápido crescimento da demanda por serviços de saúde e às dificuldades para gestão desses serviços a partir de uma estrutura de governança marcada por ações descentralizadas, há também que se lidar com os custos transacionais gerados pela interação com o subsistema de gestão orçamentária, que possui, na prática, poder de veto sobre as ações do MS, na medida em que a não liberação de recursos ou seu contingenciamento impede a execução das atividades programadas.

Apesar da existência desses dois modelos, os problemas parecem ser os mesmos, ou seja, há dificuldades importantes na execução financeira em nível federal, regional e local, há carência de mão de obra, especialmente mão de obra qualificada, e há problemas de *design*, de concepção de indicadores e de aferição de resultados.

PRINCIPAIS CONCLUSÕES

O objetivo desse trabalho foi proporcionar uma análise da gestão dos programas do Ministério da Saúde (MS). Do ponto de vista conceitual, essa análise foi fundada na perspectiva de que a gestão dos programas se dá a partir da interação de dois subsistemas de políticas públicas: (i) o subsistema das políticas de saúde e (ii) o subsistema da gestão da política orçamentária. Da interação desses dois subsistemas surge uma estrutura de governança, formada por uma série de relações que podem ser caracterizadas como tendo “natureza contratual”. O *design*, a implementação, monitoramento e avaliação desses programas, dentro desse nexo de contratos, resultam em custos transacionais importantes.

Do ponto de vista empírico, o trabalho foi estruturado como um estudo de caso e fez uso de informações de natureza quantitativa e qualitativa, especialmente das narrativas dos gerentes dos programas sobre problemas enfrentados ao longo dos anos. Essas informações constam nos relatórios de avaliação PPA elaborados anualmente entre 2001 e 2006.

A partir dessa análise evidenciou-se a incidência de custos transacionais que afetam o *design* (custos transacionais “*ex-ante*”), a implementação (custos transacionais “*durante*”) e o monitoramento e avaliação desses programas (custos transacionais “*ex-post*”).

Dois tipos muito particulares de custos transacionais, associados à implementação dos programas (“*durante*”) foram considerados os mais importantes. O primeiro diz respeito à dificuldade de identificar, treinar, contratar e manter os recursos humanos necessários para a operação dos programas do MS. O segundo diz respeito à negociação e obtenção de recursos financeiros necessários e temporalmente oportunos. Os dois problemas têm natureza tipicamente contratual, geram grande incerteza na gestão e afetam, sobremaneira, a eficiência, efetividade e eficácia dos programas do Ministério da Saúde.

Esses dois problemas incidem igualmente nas duas variantes de arranjos institucionais, que foram cognominadas de “modelos de programas” que prevalecem no MS: (i) os programas de gestão centralizada, como é o caso do programa “Alimentação Saudável” ou do programa “Qualidade do Sangue”, onde o governo implementa ações mediante parcerias com estados e municípios, mas o programa é fundamentalmente definido e normatizado em nível federal; e (ii) os programas de gestão descentralizada, onde o Ministério basicamente repassa fundo a fundo ou via outros mecanismos os recursos para os demais entes federados.

Nos programas de gestão centralizada, a falta de recursos humanos ocorre principalmente no âmbito do MS, que teve sua equipe reduzida em função da ausência de concursos públicos e da incerteza gerada pela reforma previdenciária. Já as dificuldades em obter recursos orçamentários necessários e oportunos para a operação dos programas, são frutos do regime fiscal adotado no país, onde a programação financeira é definida pelo Ministério do Planejamento, Gestão e Orçamento e pelo Ministério da Fazenda que assumem não apenas o papel de “Guardião do Tesouro”, mas também a função de gerar superávits primários consistentes com a estratégia de estabilização macroeconômica vigente. Trata-se, portanto, de restrições de cunho contratual e político que se combinam.

Nos programas de gestão descentralizada, a falta de recursos humanos também é considerada um problema muito grave e decorre, primeiramente, da elevação da demanda por esses recursos gerada pelo próprio movimento de descentralização das ações de saúde. Além disso, em nível local, os governos enfrentam restrições orçamentárias rígidas e compromisso com a geração de superávits primários, o que limita a realização de concursos e a contratação de recursos humanos. Na verdade, como bem identificam os relatórios de avaliação do PPA, a preocupação com o ordenamento jurídico e institucional estabelecido com intuito de incentivar a disciplina fiscal tem dificultado a aquisição de materiais e equipamentos fundamentais para a realização das ações de saúde, não apenas pela falta de recursos, mas por existirem dúvidas quanto a sua legalidade.

Do ponto de vista da gestão dos programas executados na modalidade descentralizada, há o reconhecimento generalizado de que as políticas de descentralização das ações de saúde requerem dos governos locais contrapartidas de caráter organizacional e financeiro que muitos simplesmente não são capazes de gerar. Além disso, a morosidade dos procedimentos contratuais, apesar da burocracia para firmar convênios e acordos com esses entes federados ter sido reduzida, em decorrência da adoção de mecanismos de transferências fundo a fundo, ainda se constitui em barreira para a realização de várias ações de saúde.

Criou-se, portanto, um dilema curioso. De um lado, as transferências fundo a fundo representam uma inovação, pois reduzem os custos transacionais “durante” na medida em que diminuem a incerteza e facilitam a operacionalização do fluxo de recursos. Por outro lado, a definição do montante necessário para atender as demandas locais e que necessariamente deve ser transferido tornou-se uma tarefa mais difícil, assim como o monitoramento e avaliação da aplicação desses recursos. Em outras palavras, a adoção de novos mecanismos de transferência fundo a fundo elevaram os custos transacionais “ex-ante” e “ex-post”.

Com isso, o debate sobre a eficiência e efetividade sobre esses mecanismos de transferência geram uma infindável discussão sobre quais seriam os melhores critérios de repartição de recursos, de qualificação e certificação dos governos locais e de monitoramento e avaliação das ações descentralizadas. É questionável se essa discussão poderá avançar a contento, dada a complexidade e heterogeneidade do país, a natureza multifuncional das políticas de saúde, os hiatos de capacidade nos governos locais e a existência intrínseca de custos transacionais inerentes às ações de execução descentralizada.

A partir da análise realizada, caberia perguntar se a atual estrutura de governança das políticas de saúde, fundada em dois modelos de gestão de programas (centralizado e descentralizado) poderia ser “remediada” no sentido de que pudessem ser implementadas medidas que promovessem a eficiência alocativa e maior efetividade e eficácia nas políticas sob responsabilidade do Ministério da Saúde.

Embora recomendar alternativas a estrutura de governança atual esteja além dos propósitos desse estudo, algumas sugestões podem ser destacadas. São elas:

- a. *Simplificação dos requerimentos legais e burocráticos para aquisição de material e contratação de pessoal em programas considerados importantes para a manutenção da saúde pública* – Tal medida equivaleria a criação de um “regime legal e normativo de execução de despesa alternativo” equivalente ao “Simples Federal” hoje existente para tributação de micro e pequenas empresas. Em outras palavras o empenho, liquidação e pagamento dos gastos em ações estratégicas poderiam ser grandemente simplificados para os programas que fossem considerados prioritários. Com isso, programas selecionados poderiam negociar a aquisição de materiais e equipamentos, assim como realizar a contratação de pessoal, com maior facilidade adotando procedimentos simplificados. Esse “regime especial” seria similar aquele que vêm sendo adotado recentemente nas reformas orçamentárias em alguns países europeus e latino-americanos;

- b. *Simplificação dos requerimentos legais e burocráticos para firmar convênios e contratos com estados e municípios em relação a programas considerados prioritários e regiões consideradas mais sensíveis;*
- c. *Adoção de orçamentos bianuais que incluam parâmetros para programação financeira.* Alguns países já adotam a prática de elaboração de orçamentos bianuais. Expandir o horizonte de tempo do orçamento e definir parâmetros para a programação da despesa poderia ser um passo importante na redução da burocracia e da incerteza e poderia estabelecer um novo arranjo institucional para disciplinar o fluxo de recursos públicos;
- d. *Aperfeiçoamento do sistema de avaliação de programas e elaboração de relatório anual sobre dificuldades mais específicas para execução dos programas governamentais;*
- e. *Estabelecimento de protocolos para criação de programas, definição de indicadores e desenvolvimento de sistemas de monitoramento e avaliação de programa; e*
- f. *Capacitação intensiva e perene de recursos humanos na área de elaboração e avaliação de programas governamentais.*

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Relatório Anual de Avaliação: anos base: 2001, 2002, 2003, 2004, 2005 e 2006.** Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. Brasília: MP, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Regulamento dos Pactos pela Vida e de Gestão.** Secretaria-Executiva, Coordenação e Apoio à Gestão Descentralizada. Brasília: Ed. do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde.** Secretaria-Executiva, Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. Brasília: Ed. do Ministério da Saúde, 2004.

FARIA, C.A.P. **Idéias, Conhecimento e Políticas Públicas: um Inventário Sucinto das Principais Vertentes Analíticas Recentes.** In: *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 18, nº51, p.21-29. Fev, 2003.

MACHADO, F e SIMÕES, A. **Análise Custo-Efetividade e Índice de Qualidade da Refeição Aplicados à Estratégia Global da OMS.** *Rev. Saúde Pública*, vol.42, no.1 Feb. 2008, p.64-72.

MARINHO, A. **Estudo da Eficiência em Alguns Hospitais Públicos e Privados com a Geração de Rankings.** *Texto para Discussão* no.794. IPEA. Brasília, DF, Maio de 2001.

NORTH, D. C. **Institutions, Institutional Change and Economic Performance.** Cambridge: Cambridge University Press, 1990.

PIERSON, P. **Politics in Time: History, Institutions and Social Analysis.** Princeton: Princeton University Press, 2004.

REIS, C. O., RIBEIRO, J. A. e PIOLA, S. **Financiamento das Políticas Sociais nos Anos 1990: O Caso do Ministério da Saúde.** *Texto para Discussão* no. 802. IPEA. Brasília, DF, Junho 2001.

SIGPLAN. **Sistema de Informações Gerenciais e de Planejamento.** Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos – SPI. MPOG. Disponível em: <http://www.sigplan.gov.br> Acesso em: 15 de abril de 2008.

SHELANSKI, H. A. KLEIN, P. G. **Empirical Research in Transaction Cost Economics.** in *Firms, markets and hierarchies: the transaction cost economics perspective.* Eds, Carroll, G. and Teece, D. J.: Oxford University Press, Inc., New York, 1999.

VATN, A. **Transaction Costs and Multifunctionality.** Workshop on Multifunctionality. Directorate for Food, Fisheries and Agriculture: OECD, mimeo, 2001.

WILLIAMSON, O. **The Economic Institutions of Capitalism.** New York: Free Press, 1985.

ANEXOS

Tabela 3. Análise das Menções de Problemas Relacionados aos Custos Transacionais nas Avaliações do PPA nos Programas Seleccionados do Ministério da Saúde (2001-2003).

PROGRAMA	1 Direção Geral	2 Direção Indic. e Metas	3 Definição de Rec.Financ.	4 Definição Bases Instituc.	5 Qtdo Rec. Financ.	6 Fluxo de Rec. Financ.	7 Qtdo Rec.Humanar	8 Qualid Rec Humanar	9 Infra.Física e Equipar	10 Harmar e Rec.Institucion al	11 Aferição de indicadores	12 Aferição de resultados	13 Coord.Outrar Praq da MS e C.Saúde	14 Coord.Outrar Ministério	15 Coord. Entidade/Munic e/PS.Priv.	TOTAL
	<i>Custos Transacionais "ex-ante"</i>				<i>Custos Transacionais "durante"</i>						<i>Custos Transacionais "ex-post"</i>					
Saúde da Família	1	3	3	1	2	3	5	6	0	0	2	2	0	2	3	33
2001	0	0	1	0	1	0	1	2	0	0	1	1	0	0	1	8
2002	1	1	0	1	1	2	2	2	0	0	1	1	0	0	1	13
2003	0	2	2	0	0	1	2	2	0	0	0	0	0	2	1	12
Prev. Controle Vetores	0	1	2	2	2	3	6	6	5	1	1	1	4	0	2	36
2001	0	0	1	0	0	0	2	2	2	0	0	0	0	0	1	8
2002	0	0	1	1	2	1	2	2	2	0	0	0	2	0	1	14
2003	0	1	0	1	0	2	2	2	1	1	1	1	2	0	0	14
Prev. Controle DST	0	2	0	2	4	4	2	2	0	0	2	0	2	0	0	20
2001	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2002	0	1	0	2	2	2	0	0	0	0	0	0	2	0	0	3
2003	0	1	0	0	2	2	2	2	0	0	2	0	0	0	0	11
Qualidade e Eficiência SUS	4	1	4	2	2	2	5	5	4	0	6	6	0	0	0	41
2001	0	0	2	0	0	0	1	1	0	0	2	2	0	0	0	8
2002	2	0	2	2	0	0	2	2	2	0	2	2	0	0	0	16
2003	2	1	0	0	2	2	2	2	2	0	2	2	0	0	0	17
Assist. Farmacêutica.	1	1	1	1	0	0	3	4	2	0	3	2	0	0	2	20
2001	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2002	0	1	0	0	0	0	1	2	0	0	1	0	0	0	1	6
2003	1	0	1	1	0	0	2	2	2	0	2	2	0	0	1	14
Qualidade do Sangue	0	0	2	2	2	4	5	6	2	0	1	1	0	0	3	28
2001	0	0	1	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	1	5
2002	0	0	1	2	2	2	2	2	0	0	0	0	0	0	2	13
2003	0	0	0	0	0	2	2	2	2	0	1	1	0	0	0	10
Prev. Controle. Imunopreven.	0	0	1	0	4	2	6	6	4	0	1	1	0	0	2	27
2001	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	4
2002	0	0	1	0	2	0	2	2	2	0	1	1	0	0	1	12
2003	0	0	0	0	2	2	2	2	2	0	0	0	0	0	1	11
Alimentação Saudável	1	2	3	1	0	0	1	1	0	0	2	4	2	0	0	17
2001	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0	0	7
2002	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	2	0	0	0	8
2003	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2
Profissionalia. Enfermagem.	1	1	0	1	1	6	0	0	2	2	2	2	0	0	0	18
2001	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
2002	1	1	0	1	0	2	0	0	2	1	1	1	0	0	0	10
2003	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1	1	1	0	0	0	5
Atendim. Ambulat, Emerge.Hospitalar	4	3	3	4	4	0	6	6	4	0	2	2	1	0	3	42
2001	0	1	2	0	0	0	2	2	0	0	2	2	0	0	1	12
2002	2	1	0	2	2	0	2	2	2	0	0	0	0	0	1	14
2003	2	1	1	2	2	0	2	2	2	0	0	0	1	0	1	16
TOTAL	12	14	19	16	21	24	39	42	23	3	22	21	9	2	15	

Fonte: Relatórios de Avaliação do Plano Plurianual (PPA). SPI/MPOG, 2001, 2002, 2003.

Tabela 4. Análise das Menções de Problemas Relacionados aos Custos Transacionais nas Avaliações do PPA nos Programas Selecionados do Ministério da Saúde (2004-2006).

PROGRAMA	1 Direção Geral	2 Direção Indic. e Motor	3 Definição do Rec. Financ.	4 Definição Barreiras Instituc.	5 Qtde Rec. Financ.	6 Fluxo de Rec. Financ.	7 Qtde Rec. Humano	8 Qualid Rec Humano	9 Infra Física e Equipar	10 Normas e Rec. Institucion al	11 Aferição do indicador	12 Aferição do resultado	13 Coord. Outrar Proj. da MS e C. Saúde	14 Coord. Outrar Ministério	15 Coord. Estadual/Munic e S. Priv.	TOTAL
	<i>Custos Transacionais "ex-ante"</i>				<i>Custos Transacionais "durante"</i>						<i>Custos Transacionais "ex-post"</i>					
Alimentação Saudável	0	0	0	1	1	4	4	0	4	4	0	0	3	3	3	27
2004	0	0	0	1	0	2	2	0	2	2	0	0	2	2	1	14
2005	0	0	0	0	0	1	2	0	2	2	0	0	1	1	1	10
2006	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3
Assist. Farmacêutica e Insum. Estrateg.	2	2	2	1	2	0	3	3	3	0	1	1	1	1	2	24
2004	2	2	2	1	1	0	2	2	2	0	1	1	0	0	1	17
2005	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	3
2006	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	4
Atenção Básica em Saúde	0	0	3	0	1	0	2	2	2	0	0	0	1	0	0	11
2004	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
2005	0	0	2	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	6
2006	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	4
Atenção Hosp. e Ambulatorial	6	6	6	0	6	2	6	6	6	0	0	0	0	0	1	45
2004	2	2	2	0	2	2	2	2	2	0	0	0	0	0	1	17
2005	2	2	2	0	2	0	2	2	2	0	0	0	0	0	0	14
2006	2	2	2	0	2	0	2	2	2	0	0	0	0	0	0	14
Vig. Epidemiológica e Ambiental	0	5	2	4	0	6	6	6	6	1	0	1	3	2	4	46
2004	0	2	0	2	0	2	2	2	2	0	0	0	0	0	1	13
2005	0	1	1	1	0	2	2	2	2	1	0	1	2	1	2	18
2006	0	2	1	1	0	2	2	2	2	0	0	0	1	1	1	15
Atenção Especializada	0	6	4	3	2	3	6	6	6	0	3	3	1	1	2	46
2004	0	2	2	2	0	2	2	2	2	0	0	0	0	0	0	14
2005	0	2	2	1	2	1	2	2	2	0	2	2	1	1	1	21
2006	0	2	0	0	0	0	2	2	2	0	1	1	0	0	1	11
Prev. e Cont. de Doenças Imunopreveníveis	0	2	0	3	1	3	5	4	5	0	0	0	1	1	2	27
2004	0	1	0	2	1	0	2	2	2	0	0	0	0	0	0	10
2005	0	1	0	1	0	2	2	1	2	0	0	0	0	0	1	10
2006	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	7
Vig. Prev. Atenção HIV/AIDS e DST	0	1	4	4	4	6	3	2	0	0	0	0	0	0	0	24
2004	0	1	2	2	2	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	13
2005	0	0	1	1	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
2006	0	0	1	1	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	5
Educação Perman. Qualic. Profissional	0	4	0	2	0	1	6	6	0	4	0	0	0	0	1	24
2004	0	2	0	1	0	0	2	2	0	2	0	0	0	0	0	9
2005	0	2	0	1	0	1	2	2	0	2	0	0	0	0	1	11
2006	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	4
Seg. Transfusional e Qual. do Sangue	0	6	0	1	0	2	2	2	2	0	0	0	1	0	2	18
2004	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
2005	0	2	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	8
2006	0	2	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	8
TOTAL	8	32	21	19	17	27	43	37	34	9	4	5	11	8	17	

Fonte: Relatórios de Avaliação do Plano Plurianual (PPA). SPI/MPOG, 2004, 2005, 2006.