

**Orçamento público e envelhecimento populacional no Brasil**  
**Public budget and population aging in Brazil**  
**Presupuesto público y envejecimiento de la población en Brasil**

Jader José de Oliveira  
Pesquisador colaborador do Departamento de Gerontologia-UFSCAR  
[jaderjo@gmail.com](mailto:jaderjo@gmail.com)

**Resumo**

Este artigo trata da gestão do orçamento da União à luz do processo de envelhecimento da população do Brasil. A amplitude e a complexidade das leis orçamentárias exigiram o enfoque no principal programa do governo de alcance imediato dos idosos em situação de vulnerabilidade social e econômica: o Benefício de Prestação Continuada. Ao lado deste, destacou-se os recursos do Fundo Nacional do Idoso e ações plurianuais selecionadas da área da Saúde. A participação social, garantida por lei e apoiada em ferramentas modernas de elaboração de diagnósticos, é tratada como fundamental para o ajuste do orçamento público às necessidades da população idosa do país.

**Palavras-chave:** Orçamento público, participação social, fundos especiais, envelhecimento, fragilidade

**Abstract**

This article deals with the management of the Union's budget in light of the aging process of Brazil's population. The wide scope and complexity of budget laws required a focus on the government's main program of immediate outreach to the elderly in situations of social and economic vulnerability: the Continued Aid Benefit. Beside this, we selected the resources of the National Fund for the Elderly and selected multi-annual actions in the area of Health. Social participation, guaranteed by law and supported by modern diagnostic tools, is treated as fundamental for the adjustment between the public budget and the demands of the country's elderly population.

**Keywords:** Public budget, social participation, special funds, aging, fragility

**Resumen**

Este artículo aborda la gestión del presupuesto de la Unión a la luz del proceso de envejecimiento de la población de Brasil. La amplitud y la complejidad de las leyes presupuestarias requerían centrarse en el principal programa de alcance inmediato del gobierno para las personas mayores en una situación de vulnerabilidad social y económica: el beneficio continuo. Junto a esto, se destacaron los recursos del Fondo Nacional para los Ancianos y las acciones plurianuales seleccionadas en el área de la salud. La participación social, garantizada por la ley y respaldada por herramientas de

diagnóstico modernas, se trata como fundamental para ajustar el presupuesto público y las necesidades de la población anciana del país.

**Palabras claves:** presupuesto público, participación social, fondos especiales, envejecimiento, fragilidad

**Nota do autor:** Doutor em Economia pela UNICAMP, Mestre em Administração Pública pela EAESP-FGV, no período 2003/2013, trabalhou no Gabinete do Ministro Extraordinário para o Combate à Fome, na Secretaria Especial de Direitos Humanos e na Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República do Brasil. Pesquisador colaborador do Departamento de Gerontologia da UFSCAR.

## 1. Introdução

O objetivo deste artigo é analisar a execução do orçamento público à luz do arcabouço legal em vigor e das estratégias nacionais para a promoção, defesa, garantia e atendimento dos direitos das pessoas idosas no contexto do processo de envelhecimento contínuo e intenso da população brasileira.

Decidimos nos concentrar no segmento das pessoas idosas em situação de vulnerabilidade social e atingidas por diferentes níveis de fragilidade. Há uma carência de diagnósticos sobre as causas da vulnerabilidade e da fragilidade que acometem esses idosos, lacuna que se transfere para as políticas públicas e os recursos exigidos para a reversão dos quadros de fragilidade intuídos.

Atualmente, a aferição do grau de vulnerabilidade econômica e social da população em geral -- além das pesquisas censitárias amplas e amostrais, como a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD) -- tem se baseado nos dados do Cadastro Único. Esse é a principal porta de entrada da população carente para o acesso aos benefícios dos Programas Sociais do Governo Federal. As informações do CadÚnico são utilizadas nos diferentes níveis de governo para conceder o acesso da população a diversos programas e ações sociais, tais como: Carteira do Idoso; Programa Água para Todos; Bolsa-Estiagem; Bolsa Verde; Programa de Cisternas; Programa Minha Casa Minha Vida; Tarifa Social de Energia Elétrica; Kits de TV digital; Política Nacional de Assistência Técnica Rural; Bolsa-Família e ao Benefício de Prestação Continuada (PBC) da Lei Orgânica de Assistência Social (Brasil, 2016a).

Nossa hipótese é de que os agentes comunitários de saúde, a partir do nível local, capacitados e munidos de ferramentas específicas possam contribuir para dimensionar, rastrear e monitorar de forma mais precisa as condições de saúde da população idosa, carente e frágil.

E que os diagnósticos situacionais podem gerar um ciclo virtuoso para tornar a participação social mais efetiva nos conselhos de direitos da saúde, da pessoa idosa, dos direitos humanos e afins. Dados situacionais e metas factíveis tendem a ampliar as perspectivas de articulação das ações de governo e da sociedade civil, bem como de

avaliação do ajuste da execução orçamentária para a garantia dos direitos básicos da população idosa.

Desde a Constituição Federal de 1988, ampliou-se a perspectiva da participação social na elaboração do orçamento público. A partir dela, o Legislativo ganhou poder decisório para, por exemplo, propor emendas à lei orçamentária. Fixou-se a exigência de autorização legislativa para a suplementação de créditos, para a transposição, o remanejamento e a transferência de recursos de uma categoria de despesa para outra e entre órgãos, ao lado do reforço das competências de fiscalização e controle do Executivo (Brasil, 2008:117).

Hoje, dispõe-se de mecanismos de participação social previstos em lei, como as audiências públicas, que contam com autoridades públicas e representantes da sociedade civil, inclusive realizadas regionalmente, para divulgar e deliberar sobre os projetos de leis orçamentárias elaboradas pelo Executivo (Brasil, 2006).

Entretanto, a elaboração das leis orçamentárias (plano plurianual, diretrizes orçamentárias e o orçamento anual) continua sob a responsabilidade do Poder Executivo nos três níveis de governo. Sem a contribuição do Executivo, a participação social na construção das peças orçamentárias não se efetiva. Como afirma Cortes (2011:141) “todos os processos de orçamentação participativa são necessariamente criados por iniciativa dos dirigentes governamentais”.

Pode-se dizer que, no âmbito do governo federal, várias iniciativas vêm sendo tomadas para facilitar o acesso aos dados orçamentários. Embora o processo que envolve a construção do orçamento continue complexo, os sistemas estão sendo construídos em linguagem relativamente simples, com campos pré-formatados para consultas livres, o que, sem dúvida, é uma contribuição para facilitar a participação social.

As informações tratadas neste artigo, por exemplo, foram obtidas diretamente do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MP), do banco de dados disponibilizado pela Secretaria de Orçamento Federal (SOF) em sua página na internet, onde também se pode encontrar a legislação orçamentária, notas explicativas, estudos, apresentações e links que permitem acompanhar a execução do orçamento público.

Na medida em que se busca desvendar o acesso e a análise dos dados orçamentários, espera-se contribuir para que outros o façam e participem não apenas da construção do orçamento público, mas também do acompanhamento da sua execução e da avaliação dos seus resultados, principalmente quando se trata das políticas públicas para a população idosa em situação de vulnerabilidade.

## **2. O Benefício de Prestação Continuada (BPC)**

Um dos principais objetivos do Programa “Fortalecimento do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) é conceder benefícios assistenciais à população idosa em situação de pobreza. O Benefício de Prestação Continuada (BPC) é um direito constitucional regulamentado pela Lei nº 8.742, de 07/12/1993 e pelo Decreto nº 6.214,

de 26/09/2007, que garante aos idosos com mais de 65 anos de idade e às pessoas com deficiência o pagamento um salário mínimo mensal pelo governo federal. Para ter acesso ao benefício, o idoso deve pertencer a uma família em que a renda mensal per capita seja de até ¼ do salário mínimo, o que indica que nem ele nem sua família têm meios para prover sua própria subsistência. As condições socioeconômicas que comprovam essa situação são registradas no Cadastro Único e periodicamente atualizadas, sob o risco dos pagamentos serem cancelados.

Enfrentar e, se possível, reverter as dificuldades impostas pelas situações de pobreza, garantir proteção social, prover condições para garantir o direito à vida, à redução de danos e à prevenção da incidência de riscos decorrentes dos quadros de vulnerabilidade social e econômica de forma integrada com as demais políticas públicas setoriais estão entre os objetivos da Política Nacional de Assistência Social.

O BPC é, portanto, um dos principais instrumentos da política de assistência social que podem contribuir para o enfrentamento da Síndrome da Fragilidade, um estado de extrema vulnerabilidade aos estressores endógenos e exógenos que, de forma persistente, expõe o idoso a um maior risco de desfechos negativos relacionados à sua saúde (Morley, 2013 *apud* Zazzetta, 2018).

A Política Nacional de Assistência Social, por sua vez, é submetida à apreciação e aprovação do Conselho Nacional de Assistência Social que também regulamenta as ações e regula a prestação de serviços de assistência social públicos e privados. Os Conselhos de Assistência Social, no governo federal, estadual e municipal são instâncias deliberativas do Sistema Único da Assistência Social (SUAS), de caráter permanente e representação paritária entre o setor público e a sociedade civil. São eles que analisam os planos de assistência social, acompanham a execução das políticas, dentre outras atribuições. Nos municípios, compete aos conselhos fiscalizar as entidades de assistência social nele inscritos, como as instituições de longa permanência de idosos. A convocação das conferências de assistência social, a cada quatro anos, também é uma atribuição dos conselhos de assistência social.

Deve-se destacar a importância que os colegiados assumem, após 1988, na gestão orçamentária das políticas públicas de grande alcance para a população idosa. No caso específico da assistência social, a Lei nº 8.742/93, artigo 18, determinou que compete ao CNAS:

*VIII - apreciar e aprovar a proposta orçamentária da Assistência Social a ser encaminhada pelo órgão da Administração Pública Federal responsável pela coordenação da Política Nacional de Assistência Social;IX - aprovar critérios de transferência de recursos para os Estados, Municípios e Distrito Federal, considerando, para tanto, indicadores que informem sua regionalização mais equitativa, tais como: população, renda per capita, mortalidade infantil e concentração de renda, além de disciplinar os procedimentos de repasse de recursos para as entidades e organizações de assistência social, sem prejuízo das disposições da Lei de Diretrizes Orçamentárias; X - acompanhar e avaliar a gestão dos recursos, bem como os ganhos sociais e o desempenho dos programas e projetos aprovados;XI - estabelecer diretrizes, apreciar e aprovar os programas anuais e plurianuais do Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS).*

O CNAS participa da construção da política pública e acompanha a execução dos programas e ações. Isso implica na avaliação da gestão orçamentária dos recursos que dão suporte aos programas sociais, a exemplo do BPC. A tabela 1 resume a execução das despesas desse programa. Os dados foram atualizados para 2019 com base na variação do IPCA, apurada pela equipe da consultoria de orçamento do Senado Federal.

Nota-se que os pagamentos à população idosa giraram em torno dos R\$ 23 bilhões nos últimos 5 anos. Não se dispõe de notas explicativas desse fluxo no período. O que se sabe é que a população brasileira está envelhecendo e que há pressões de toda ordem para a ampliação dos gastos públicos em políticas de saúde, lazer, educação, assistência social, cultura, segurança e outras áreas. Resta analisar porque as transferências do BPC apontam essa estabilidade na casa dos R\$ 23 bilhões, ou de 1% da execução efetiva do orçamento da União.

A norma do BPC prevê a revisão dos pagamentos dos benefícios a cada dois anos e, nos casos de superação da situação de vulnerabilidade social ou de deficiência, ou, de morte do beneficiário, o cancelamento dos benefícios.

Avaliar os motivos que levaram o montante dos pagamentos se estabilizar diante de uma população idosa crescente é uma atribuição dos conselhos. Pode-se alegar a falta de estrutura operacional dos colegiados para dar conta desta tarefa, por outro lado, não se pode dizer o mesmo dos órgãos aos quais estão vinculados. Além disso, há a alternativa da contratação de serviços de terceiros para a realização de avaliações de gestão e do impacto das políticas públicas, tanto as decididas no âmbito dos conselhos quanto das demais políticas setoriais no fluxo dos benefícios.

Para fins deste artigo, busca-se apontar que, sob o aspecto da disponibilidade de dados, da legislação que trata das competências dos colegiados de participação social na construção das políticas e na gestão do orçamento público, há meios para se viabilizar um ajuste mais adequado entre as necessidades da população idosa e o uso dos recursos públicos.

Tabela 1 – Execução Orçamentária do BPC – despesas executadas (R\$ reais)

Ano	Pago (R\$ bi)	% do Efetivo
2015	22,1	1,08
2016	23,7	1,15
2017	24,7	1,19
2018	24,4	1,12
2019	23,5	1,15
Média	23,68	1,14

Fonte: Orçamento SIGA-Brasil. Senado Federal, 2020.

Nos referimos à execução orçamentária do BPC porque seus pagamentos são destinados diretamente aos idosos. Além disso, o BPC é financiado por um fundo de natureza especial que tem suas raízes em 1985, quando o Decreto nº 91.970, de 22/11/85, instituiu o Fundo Nacional de Ação Comunitária (FNAC) para financiar as atividades da então Secretaria Especial de Ação Comunitária (SEAC). Em 1993, o FNAC, pela Lei nº 8.742, de 07 de dezembro, foi transformado no atual Fundo Nacional de Assistência Social.

Há outros programas, ações e fundos de natureza especial que se destinam à superação de situações de pobreza da população idosa e deveriam ser objeto de análises periódicas. O Fundo Nacional do Idoso (FNI), por exemplo, previsto em 1º de outubro de 2003, pela Lei nº 10.741, que ao instituir o Estatuto do Idoso determinou a criação de um fundo para financiar os programas e ações de interesse dessa população, conforme abaixo:

*“Art. 115. O Orçamento da Seguridade Social destinará ao Fundo Nacional de Assistência Social, até que o Fundo Nacional do Idoso seja criado, os recursos necessários, em cada exercício financeiro, para aplicação em programas e ações relativos ao idoso”.*

Em janeiro de 2010, o Fundo Nacional do Idoso (FNI) foi finalmente criado pela Lei nº 13.213 com a finalidade de “financiar os programas e as ações relativas ao idoso com vistas em assegurar os seus direitos sociais e criar condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade” (Brasil, 2010).

Atualmente, o FNI está vinculado ao Ministério das Mulheres, da Família e dos Direitos Humanos. Conforme mostra a tabela 2, em 2019, foram realizados pagamentos de apenas R\$ 2,7 milhões. Talvez fosse interessante ao Conselho Nacional da Pessoa Idosa avaliar porque os pagamentos encolheram 78% em relação aos R\$ 12,40 milhões do no ano anterior. Podemos sugerir alguns eventos a serem investigados: a reforma administrativa do novo governo, que resultou na transformação de ministérios em secretarias especiais, e a Emenda Constitucional nº 95, que limitou os gastos públicos por 20 anos (Brasil, 2016b).

Tabela 2 – Execução Orçamentária do Fundo Nacional do Idoso  
despesas executadas (R\$ reais)

Ano	Pago (R\$ mi)
2015	3,20
2016	0,74
2017	5,00
2018	12,40
2019	2,70
Média	4,81

Fonte: Orçamento SIGA-Brasil. Senado Federal, 2020.

Os valores médios movimentados pelos fundos para os direitos da pessoa idosa, no período 2015-2019, representaram apenas 0,02% dos pagamentos efetivos do BPC no mesmo período.

Em termos de volume, os recursos dos fundos dos idosos são complementares e bem menores do que os aplicados por programas específicos, como o BPC e o Bolsa-Família, este último, criado pela Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004. Contudo, os recursos dos fundos são fundamentais para estimular a estruturação dos conselhos de direitos, em especial nos municípios onde os recursos públicos próprios tendem a ser mais escassos e sujeitos a contingenciamentos.

Os fundos para os direitos dos idosos também estimulam a participação e o controle social porque têm gestão orçamentária e financeira própria. As decisões de captação e aplicação dos recursos são tratadas em plenárias, de forma transparente, com a participação de representantes do setor público e da sociedade civil.

Relativamente à captação de recursos, os conselhos de direitos, gestores dos fundos, podem desenvolver campanhas junto à população e ao empresariado para o uso de doações (ou destinações) incentivadas, dedutíveis do imposto de renda. A partir deste ano, 2020, as pessoas físicas poderão optar por fazer a doação aos fundos dos idosos no momento do preenchimento da Declaração de Ajuste Anual do Imposto de Renda. Isso indica, por exemplo, que uma pessoa física, ao apurar que tem imposto de renda a pagar para a Receita Federal, poderá doar 3% do valor do imposto devido para o fundo e deduzir esse valor do imposto a pagar. Os recursos recebidos pelo fundo, sob a gestão do conselho local, poderão, por exemplo, apoiar um projeto que atende a população carente e abrigada em instituição de longa permanência, ou outro, que desenvolva atividades de lazer, esporte, saúde, cultura ou outra atividade com essa população.

Por outro lado, para sensibilizar os doadores para as causas e as políticas públicas a serem financiadas com os recursos arrecadados, os conselhos precisarão apresentar a natureza dos projetos e ações aprovadas, os resultados esperados e como a situação de pobreza ou dependência em que se encontram os beneficiários finais será modificada. As comprovações de superação de quadros de pobreza, de insegurança, de dependência, de saúde, de habitação, de falta de cuidados, dentre outras, por sua vez, deverão ser medidas, analisadas e divulgadas, como prestação de contas à sociedade. Como os conselhos têm limitação de pessoal, de estrutura e de recursos financeiros, será preciso realizar parcerias com o próprio setor público, com universidades, institutos de pesquisa, com entidades e organizações da sociedade civil para a elaboração de diagnósticos situacionais, criação e implementação de programas e ações, bem como para a avaliação dos resultados e sua publicação.

O ponto de partida fundamental é a realização do diagnóstico e o pleno do conselho de direitos pode não apenas delinear sua realização como arcar com seu custo, se for o caso. Depois, o ciclo se desencadeia e se repete, com atualizações periódicas. Este é um dos caminhos dados pela Constituição de 88 para a promoção, defesa e garantia dos direitos das pessoas idosas.

A Constituição Federal de 1988 determina que compete à família, à sociedade e ao Estado amparar as pessoas idosas e garantir-lhes a participação na comunidade, defender sua dignidade e bem-estar.

O sistema de coleta *on line* de informações e que gera o grau de fragilidade das pessoas idosas em situação de vulnerabilidade social, desenvolvido pelo Departamento de Gerontologia da Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR) poderá contribuir significativamente para o aprimoramento das políticas públicas direcionadas para esse segmento populacional e para a otimização dos recursos públicos e privados. A “Ferramenta de Monitoramento de Níveis de Fragilidade em Idosos Atendidos na Atenção Básica de Saúde” desenvolvida no âmbito do projeto FAPESP nº 2016/15235-1, pelo Centro de Ciências Biológicas e de Saúde da Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR) e pela Universidade de São Paulo (USP)<sup>1</sup>.

Trata-se de um *software* que permite coletar e organizar, para cada pessoa idosa, informações sobre: número de consultas realizadas; número de atendimentos em serviços especializados; uso do pronto atendimento e hospitalizações; uso de novos medicamentos; relato de quedas; participação em programas de prevenção (atividade física, educação em saúde, cognitivos, grupos de apoio); acolhimento na unidade; orientação alimentar; atividade física; visita domiciliar recebida; renovação de receituário médico; aferição PA/insulina; cirurgias; dados de consultas odontológicas, de enfermagem, exames de rotina e retirada de materiais/ medicamentos, dentre outros, que ao final apontarão o nível de fragilidade específico se sua evolução no tempo.

O quadro abaixo resume a metodologia de apuração dos níveis de fragilidade que está na base da construção do *software*.

Quadro 1 – Metodologia de avaliação do nível de fragilidade (2018)

Considera três métodos de classificação de fragilidade:
1 - O Fenótipo de Fragilidade de Fried que considera 5 componentes e 6 questões para mensurar a fragilidade, que exige o manuseio de instrumentos específicos para responder às questões (dinamômetro, cronômetro, balança, etc.) e de capacitação dos avaliadores;
2 - A Avaliação Subjetiva de Fragilidade que utiliza os 5 componentes e número de questões do fenótipo de Fried acima, entretanto, 10 as questões são auto-relatadas pelos avaliados. Isso ocorre por meio de perguntas simples que esperam respostas dicotômicas (sim e não), sendo sim um componente a ser pontuado para a fragilidade.
3 - A Escala de Fragilidade de Edmonton - (EFE), traduzida e adaptada para o Brasil, que conta com nove domínios e onze questões que podem pontuar de 0 a 2, a soma da pontuação indica a classificação do indivíduo.
A ferramenta integra os métodos 2 e 3, acima.

Fonte: Zazzetta, M. (2018). Elaboração do autor.

<sup>1</sup> O projeto, desenvolvido no período de 01/12/16 a 31/12/18, foi coordenado pela Profa. Dra. Maria Silvana Zazzetta, do Departamento de Gerontologia da Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR).

Passemos à análise dos instrumentos de planejamento da política pública para a população idosa e ao orçamento de rubricas selecionadas para fins deste estudo.

### **3. Planejamento de médio prazo das políticas para os idosos**

O Plano Plurianual da União para o período 2016-2019 – PPA 2016-2019 (Brasil, 2016c) segue o Estatuto do Idoso (Brasil, 2003) e dispõe, em seu capítulo IV – Direito à Saúde, que estão entre seus objetivos a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do SUS. A prioridade na formulação e execução das políticas sociais públicas específicas para esse público foi reforçada pela Lei nº 13.466, de 12/07/2017 (art. 3º, §1º-II). A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSI) e o PPA 2016-2019 também ratificam o cenário de envelhecimento da população brasileira e à necessidade de se oferecer atenção integral à saúde da pessoa idosa.

No âmbito do Ministério da Saúde, o Programa Temático 2015 – Fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) do PPA 2016-2019, em seu objetivo 1126 prevê:

*Promover o cuidado integral às pessoas nos ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero, orientação sexual, raça/etnia, situações de vulnerabilidade, as especificidades e a diversidade na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção à saúde.*

Apesar dos documentos anteriores destacarem ações específicas de saúde para a população idosa, a gestão orçamentária parece estar abandonando esse preceito. Os dados dos pagamentos efetivos feitos pela União, no período 2019 a 2018 mostram retração no dispêndio das políticas específicas para esse público, de 76% entre 2016 e 2017 e de 24% de 2017 para 2018 (tabela 4).

Tabela 3 – Execução Orçamentária - Saúde (R\$ reais)

Ano	Ações	Pagamentos efetivos	
		R\$	R\$ (reais)
2016	6178 - Implementação de Políticas de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa	3.300.865,39	3.646.335,51
2017	6178 - Implementação de Políticas de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa	708.196,90	760.980,55
2018	6178 - Implementação de Políticas de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa	555.510,20	573.702,06
2019	20YI - Implementação de Políticas de Atenção à Saúde	94.754.122,61	94.754.122,61
2020	20YI - Implementação de Políticas de Atenção à Saúde	24.984.803,10	24.984.803,10

Fonte: Ministério do Planejamento. SIOP. Atualizados pelo IPCA para 11/2019.  
Elaboração do autor

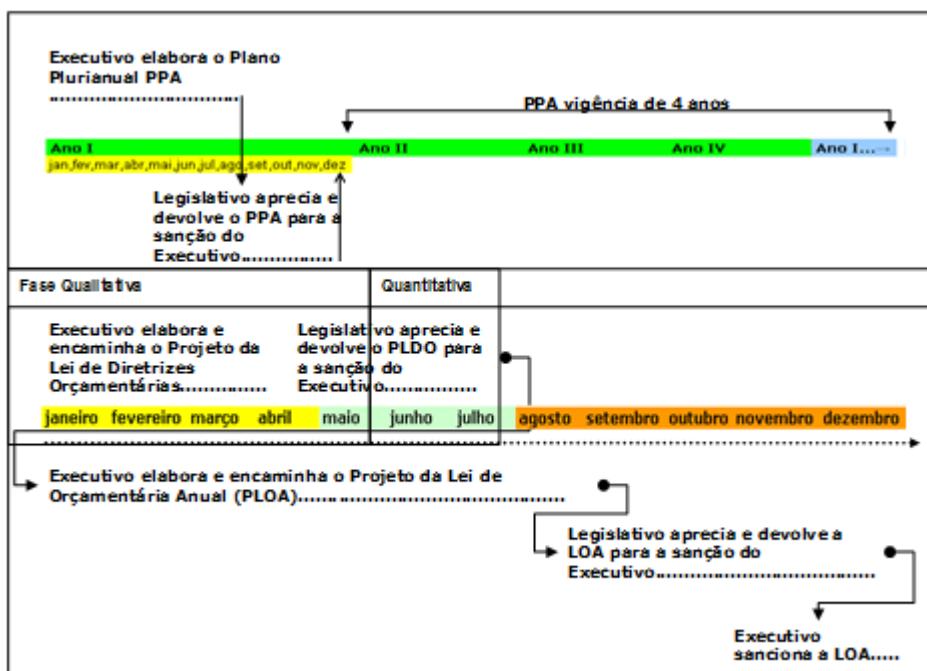
Nos exercícios seguintes, 2019 e 2020, o orçamento federal deixa de especificar o volume de recursos aplicados nas políticas de atenção à saúde específicas dos idosos, colocando-os, de forma genérica, no grupo das Políticas de Atenção à Saúde, cujos pagamentos efetivos somaram cerca de R\$ 95 bilhões. A centralização dos dispêndios numa única ação pode facilitar a operacionalização da contabilidade, a construção do orçamento e a sua gestão, mas representa uma perda para o controle social. Ao não

segmentar as despesas o governo tende a prejudicar o papel dos conselhos de direitos no controle social e na avaliação das políticas públicas. Além disso, as séries históricas são interrompidas, exigindo a definição de novas metodologias para a estimativa dos recursos aplicados a populações específicas. Essa descontinuidade também se contrapõe às iniciativas de fortalecimento dos movimentos sociais na defesa das políticas de saúde e dos direitos dos idosos já que o resultado das suas ações ficam invisíveis no orçamento público.

Isso reforça a tese de que as pautas dos conselhos de direitos devem refletir a discussão das principais demandas da população idosa, as características das políticas públicas a ela direcionadas, a execução orçamentária, o cumprimento das metas e a avaliação dos resultados de impacto dos programas, ações e projetos governamentais.

E as pautas dos conselhos de participação popular devem ser ajustadas ao tempo de discussão das peças orçamentárias nos legislativos municipais, estaduais e federal. A figura 1 retrata o cronograma de elaboração e discussão das leis orçamentárias federais o que, em geral, se assemelha aos prazos fixados nos entes subnacionais.

Figura 1: Fluxograma do ciclo orçamentário



Fonte: Oliveira, J. (2015).

Nesse sentido, a coleta de informações específicas sobre as condições de vida, de saúde, de renda, de moradia e de segurança da população idosa torna-se primordial. Mas o uso de sistemas inovadores de coleta de dados requer a capacitação das equipes de saúde, dos agentes comunitários que atuam na atenção básica e que têm um contato rotineiro com os idosos, por meio de visitas domiciliares periódicas.

Deve-se destacar que nas atividades de capacitação os agentes de saúde poderão conhecer novas formas de abordagem, de estruturação das entrevistas, tornando-as mais objetivas na identificação do quadro de saúde e do contexto socioambiental em que vivem os destinatários finais da política pública, produzindo diagnósticos situacionais mais precisos e, consequentemente, orçamentos públicos mais ajustados às demandas da população idosa.

Com informações tempestivas e atualizadas, as secretarias de saúde poderão gerar relatórios mais detalhados para o Órgão Central, o que também poderá se traduzir em novas políticas públicas. Os dados coletados também poderão subsidiar as reuniões ordinárias dos Conselhos de Saúde e das Pessoas Idosas. Além desses espaços de decisão, os eventos, seminários e grupos de estudo poderão contar com artigos publicados sobre o uso do sistema de informações, iniciativas e resultados que também estão alinhados com as Iniciativas delineadas para o alcance do objetivo 1126 do PPA, a cargo do Ministério da Saúde, dentre elas:

*05QQ - Formação e capacitação de 6.000 profissionais de saúde em temas sobre envelhecimento e saúde da pessoa idosa;*

*05QR - Distribuição de 6 milhões de Cadernetas de Saúde da Pessoa Idosa e*

*06J6 - Formulação do componente saúde para a construção de uma política intersetorial de cuidados à pessoa idosa.*

#### 4. Educação e Formação em Saúde

Relativamente aos investimentos na formação do pessoal na área de saúde, na esfera do governo federal, os pagamentos efetivos, no período 2016-2019, tiveram um crescimento médio real ao ano em torno de 8% (tabela 4). Pode-se argumentar que os estados e os municípios também aplicam recursos nessa rubrica. Daí a importância dos conselhos de direitos locais acompanharem a evolução desses gastos, uma vez que a leitura a partir do orçamento da União tende a se dar no nível macroeconômico. O importante a assinalar é que no universo dos 5.568 municípios do país, grande parte, pressionada por gastos emergenciais, dificilmente consegue realizar despesas com formação em saúde no limite mínimo de 15% obrigatórios, apurados sobre a receita de impostos e transferências constitucionais.

Tabela 4 – Execução Orçamentária - Saúde – Formação (R\$ reais)

Ano	Ações	Pagamentos efetivos	
		R\$	R\$ (reais)
2016	20YD - Educação e Formação em Saúde	777.717.365,04	859.113.731,10
2017	20YD - Educação e Formação em Saúde	875.176.562,55	940.405.484,66
2018	20YD - Educação e Formação em Saúde	986.036.363,81	1.018.327.477,07
2019	20YD - Educação e Formação em Saúde	1.088.632.681,59	1.088.632.681,59
2020	20YD - Educação e Formação em Saúde	55.578.371,55	55.578.371,55

Fonte: Ministério do Planejamento. SIOP. Atualizados pelo IPCA para 11/2019.  
Elaboração do autor

Cabe destacar que o Ministério da Saúde incluiu entre os objetivos do PPA 2016-2019 o de nº 0713 que visa “ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e especializada, ambulatorial e hospitalar”.

No horizonte do médio prazo, a qualidade do atendimento dos serviços de saúde poderá ser facilitada pelos avanços da tecnologia de informação e de comunicação. Dentre as metas do objetivo 0713 acima, podemos destacar três delas, importantes para a efetividade de ferramentas que exigem conectividade para processamento *on line* de informações, acesso e manutenção de bancos de dados: “04EH - Custear a conectividade de banda larga de 25 mil Unidades Básicas de Saúde; 04EI - Garantir 14 mil Unidades Básicas de Saúde utilizando prontuário eletrônico e 05ND - Capacitação de 4 mil profissionais nas áreas de regulação, controle, avaliação e auditoria do SUS e sistemas de informação em saúde.”

Outro objetivo convergente com as inovações para se construir diagnósticos precisos e tempestivos sobre a saúde da população idosa é o 0714 que visa “reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população, considerando os determinantes sociais, por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável”. Aqui, pode-se destacar a Meta 026X: “aumentar para, no mínimo, 76% a proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar diagnosticados”. Dentre as iniciativas desse objetivo, seria oportuno destacarmos a 06OQ que prevê a “articulação para a implantação nos diversos órgãos governamentais da notificação intersetorial de violências interpessoais e autoprovocadas”.

O planejamento de médio prazo da União também prevê “aprimorar a relação interfederativa e a atuação do Ministério da Saúde como gestor federal do SUS – Objetivo 0725”. Sabe-se que as políticas para a população idosa caracterizam-se pela transversalidade, o que requer gestões intersetoriais nos 3 níveis de governo e entre essas esferas.

Os avanços das tecnologias de informação disponíveis serão fundamentais para a melhoria dos indicadores das várias metas e iniciativas previstas no objetivo 0725, tais como: 04I9 - Implantar o e-Saúde no Brasil, com destaque para o Registro Eletrônico em Saúde (RES) e para os Centros de Inteligência para suporte às decisões dos gestores públicos e decisões clínicas dos profissionais de saúde; 04IP - Implantar pelo menos 1 Núcleo de Economia, Informação, Monitoramento e Avaliação da Saúde em cada região do País; 05WB - Disponibilização de acesso aos bancos de dados produzidos por gestores e profissionais de saúde, mediante regras pactuadas na CIT; 05WE - Informatização do trâmite de documentos no Ministério da Saúde, por meio da implantação do Sistema Eletrônico de Informação (SEI) e 06J8 - Implantação de arquitetura de coleta de dados a partir do atendimento do usuário com identificação única.

Tabela 5 – Execução Orçamentária - Saúde – Tecnologia (R\$ reais)

Ano	Ações	Pagamentos efetivos	
		R\$	R\$ (reais)
2016	2B42 - Cooperação Técnica Nacional e Internacional em Ciência e Tecnologia em Saúde	15.960.335	17.630.753,63
2016	20YN - Sistemas de Tecnologia de Informação e Comunicação para a Saúde (e-Saude)	432.043.105	477.260.995,74
2016	6146 - Pesquisa em Saúde e Avaliação de Novas Tecnologias para o SUS	25.633.121	28.315.898,29
2016	6179 - Comunicação e Informações para a Educação em Saúde e em Ciência e Tecnologia	25.321.403	27.971.556,00
<b>TOTAL</b>			<b>551.179.203,67</b>
2017	2B42 - Cooperação Técnica Nacional e Internacional em Ciência e Tecnologia em Saúde	27.167.905	29.192.791,49
2017	20YN - Sistemas de Tecnologia de Informação e Comunicação para a Saúde (e-Saude)	316.817.730	340.430.883,61
2017	6146 - Pesquisa em Saúde e Avaliação de Novas Tecnologias para o SUS	40.771.223	43.809.996,25
2017	6179 - Comunicação e Informações para a Educação em Saúde e em Ciência e Tecnologia	23.564.813	25.321.153,12
<b>TOTAL</b>			<b>438.754.824,47</b>
2018	2B42 - Cooperação Técnica Nacional e Internacional em Ciência e Tecnologia em Saúde	27.727.814	28.635.855,81
2018	20YN - Sistemas de Tecnologia de Informação e Comunicação para a Saúde (e-Saude)	340.478.124	351.628.238,05
2018	6146 - Pesquisa em Saúde e Avaliação de Novas Tecnologias para o SUS	76.907.972	79.426.584,53
2018	6179 - Comunicação e Informações para a Educação em Saúde e em Ciência e Tecnologia	25.709.782	26.551.736,05
<b>TOTAL</b>			<b>486.242.414,45</b>
2019	2B42 - Cooperação Técnica Nacional e Internacional em Ciência e Tecnologia em Saúde	30.418.286	30.418.286,30
2019	20YN - Sistemas de Tecnologia de Informação e Comunicação para a Saúde (e-Saude)	220.645.315	220.645.315,27
2019	6146 - Pesquisa em Saúde e Avaliação de Novas Tecnologias para o SUS	71.017.454	71.017.453,67
2019	6179 - Comunicação e Informações para a Educação em Saúde e em Ciência e Tecnologia	26.244.369	26.244.369,01
<b>TOTAL</b>			<b>348.325.424,25</b>

Fonte: Ministério do Planejamento. SIOP. Atualizados pelo IPCA para 11/2019. Elaboração do autor

Dentre os pagamentos efetivos na área de informatização, tecnologia e comunicação, merecem destaque os realizados no âmbito do e-Saúde. Das quatro ações selecionadas na tabela 5, o e-Saúde respondeu a cerca de 75% dos gastos, de 2016 a 2019. Contudo, esses investimentos estão perdendo fôlego, caíram 46% em 2019, comparativamente ao valor aplicado em 2016 (R\$ 477 milhões). Pode-se afirmar que os preços dos produtos ou dos serviços de tecnologia sofreram redução no período, ou que os principais investimentos já foram feitos e isso justificaria a redução do ritmo dos gastos. Entretanto, sabemos que a informatização do trâmite dos documentos na área da saúde e a implantação de sistemas eletrônicos de dados exigem atualização, ampliação e manutenção constantes. Certamente os conselhos de direitos não terão dificuldades em apontar a necessidade de investimentos locais na arquitetura de coleta e processamento de dados, na geração de relatórios diversos de aquisições de medicamentos, equipamentos, despesas de custeio da administração e dos prestadores de serviços, como exames clínicos e laboratoriais, agendamentos de cirurgias, consultas ambulatoriais, dentre outras.

Nesse grupo de investimentos, enquadra-se a produção e o uso em escala de inovações que possam auxiliar as equipes de saúde da atenção básica na identificação rápida, objetiva e periódica dos níveis de fragilidade das pessoas idosas, como a desenvolvida pela UFSCAR, fundamental para se otimizar as ações de promoção à saúde, a prevenção de agravos e se atingir as metas fixadas no PPA e a melhoria dos indicadores selecionados tanto pela Área da Saúde quanto pela de Direitos Humanos, resumidos na tabela 6.

Tabela 6: Programas Temáticos e Indicadores Selecionados do PPA 2016/19

Programa Temático	Indicadores	Unidade de Medida	Fonte	Data Referência	Índice
2015 – Fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS)	Percentual de pacientes com câncer, atendidos no Sistema Único de Saúde, que iniciam tratamento em até 60 dias após o diagnóstico	%	M. Saúde	30/04/2015	57
	Taxa de mortalidade específica por neoplasias malignas	1/100.000	Min. Saúde	31/12/2011	94
	Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório	1/100.000	Min. Saúde	31/12/2011	174
	Taxa de mortalidade prematura (30 a 70 anos) por DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	1/100.000	Min. Saúde	31/12/2012	369
	Taxa de prevalência de excesso de peso	%	Min. Saúde	31/12/2013	51
2064 – Promoção e Defesa dos Direitos Humanos	Percentual de domicílios com renda per capita domiciliar de até meio salário mínimo chefiados por idosos	%	Direitos Humanos	30/09/2013	13
	Taxa de analfabetismo de pessoas com 60 anos ou mais de idade	%	Direitos Humanos	30/09/2013	24
	Taxa de mortalidade por acidentes de transporte terrestre, de pessoas com 60 anos ou mais de idade	1/100.000	Direitos Humanos	31/12/2013	25
	Taxa de mortalidade por queda, de pessoas com 60 anos ou mais de idade	1/100.000	Direitos Humanos	31/12/2013	33

Fonte: PPA 2016-2019. Elaboração do autor.

Ainda no âmbito do planejamento plurianual (PPA 2016/2019), o *software* desenvolvido para medir o nível de fragilidade dos idosos poderá captar formas de violação de direitos às quais esse público está sujeito. Nisso, contribuirá para o cumprimento das metas do objetivo 0255 - Promover a fruição de direitos, o fortalecimento da educação e da cultura em direitos humanos, o respeito e a valorização das diversidades de raça, nacionalidade, gênero, região, cultura, religião, orientação sexual, identidade de gênero, idade e deficiência, atuando de forma interfederativa e interinstitucional.

Avançamos para o campo da garantia e defesa dos direitos das pessoas idosas. Este é um dos objetivos do Programa Temático 2064 – Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, a cargo do Ministério dos Direitos Humanos (v.tabela 6). Para o alcance desse objetivo, foram criadas as seguintes iniciativas, dentre outras:

- 05XW - Articulação, fortalecimento e ampliação da Rede Nacional de Proteção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa (RENADI) em todos os estados brasileiros;
- 05XY - Produção, publicação e divulgação de materiais informativos e campanhas sobre os direitos da população idosa, garantindo sua acessibilidade e
- 05YC - Incentivo às adesões dos estados e municípios com 400.000 (quatrocentos mil) habitantes ou mais ao Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo.

Cabe destacar que para que cada iniciativa devem ser previstos os respectivos recursos no Orçamento da União, dos estados e dos municípios. Acompanhar essa convergência entre demandas levantadas, ações governamentais planejadas e recursos previstos no orçamento público é uma das atribuições dos conselhos de direitos, tanto da Assistência Social, como da Saúde e da Pessoas Idosas, nas diferentes esferas de governo.

De outro lado, é fundamental o uso dos recursos com eficiência, eficácia e efetividade, no sentido do que dispõe a política de governança da administração pública federal regulamentada pelo Decreto nº 9.203/17 (Brasil, 2017a). Com relatórios situacionais, os órgãos de controle social poderão contar com a identificação clara,

tempestiva e segura dos níveis de fragilidade da população idosa em situação de vulnerabilidade, suas causas e propostas para superá-las.

No âmbito da governança do setor público, os conselhos de direitos podem participar da construção dos planos de planejamento de médio e longo prazos e das suas leis orçamentárias, fazendo incluir nesses dispositivos legais ações que atendam à população idosa em situação de vulnerabilidade social e econômica. Podem acompanhar a execução orçamentária, indicando atrasos, subutilização ou a necessidade de suplementação de recursos públicos. Mas podem ir além, avaliando a eficiência e efetividade dos projetos financiados com esses recursos, apontando seus resultados econômicos e de impacto.

Seguindo com o exemplo da Ferramenta de Monitoramento de Níveis de Fragilidade em Idosos Atendidos na Atenção Básica de Saúde, desenvolvida pela UFSCAR, uma primeira avaliação aponta que o desenvolvimento do *software* converge com os objetivos das políticas macrossectoriais para a área da Saúde. Além dos vários objetivos do PPA já citados, o programa Estratégia e-Saúde para o Brasil (Brasil, 2017b) lista entre seus objetivos o uso de ferramenta móvel para a coleta de dados *on line* da situação de saúde da população idosa. A expectativa é de que a inovação contribua para a otimização dos recursos públicos, a melhoria da qualidade do atendimento e dos serviços prestados aos usuários da Rede-SUS.

As instâncias de participação social também podem solicitar aos órgãos públicos ou contratar estudos sobre a análise de custo-efetividade dos projetos financiados. Ainda tomando por base o exemplo acima, teste preliminar da ferramenta levou em conta e analisou dados dos prontuários médicos e/ou registros do próprio idoso ou familiar sobre sua qualidade de vida, do uso dos serviços de saúde e as suas condições de saúde (consultas realizadas, atendimentos em serviços de atendimento especializado, uso do pronto- atendimento e hospitalizações, uso de novos medicamentos, relato de quedas, participação em programas de prevenção - atividade física, educação em saúde, cognitivos, grupos de apoio), dentre outros.

Os agentes comunitários de saúde da cidade de São Carlos, que utilizaram a ferramenta, afirmaram que ela contribui com as tarefas do dia-a-dia da Rede de Atenção Básica, tais como: a identificação precoce dos sinais e sintomas para a adoção tempestiva de intervenções específicas que possam evitar que a fragilidade acometa a população idosa, trazendo suas consequências, como as quedas, doenças agudas, hospitalização, incapacidade, dependência, piora da qualidade de vida, institucionalização e até a morte (Brasil, 2007). O ganho de tempo, a precisão na coleta dos dados, a otimização dos recursos e a pronta avaliação da situação de saúde do idoso são fatores que indicam para a avaliação positiva do indicador de custo-efetividade.

Outra avaliação possível de ser solicitada pelos conselhos de direitos refere-se à análise do investimento. Quer os recursos sejam provenientes da União, dos estados ou dos municípios, as normas de boa governança recomendam a avaliação desse indicador na decisão de novos investimentos. No caso que estamos tratando como exemplo, a ferramenta foi avaliada com base na apuração da taxa interna de retorno (TIR), a finalidade foi avaliar se a inovação seria menos onerosa para a administração pública do

que as técnicas de triagem usualmente utilizadas para medir o grau de fragilidade dos idosos. Também neste caso, os resultados foram positivos. O projeto não gerou ônus adicional para a unidade de saúde nem para a prefeitura local. O custo da criação do *software*, da aquisição dos *tablets (hardware)*, das oficinas realizadas para a capacitação dos membros da equipe, da aplicação dos testes nos domicílios dos idosos, dos deslocamentos dos bolsistas, da transmissão e armazenamento das informações, bem como da sua análise estatística e da elaboração dos relatórios foram arcados pelo orçamento do projeto. Nos casos em que a equipe decidiu aprofundar os resultados dos testes, com a realização de exames de sangue, parceria entre a Universidade, a Prefeitura e um laboratório de análises clínicas local evitou quaisquer ônus adicionais.

Na busca por informações além da mera execução orçamentária, as instâncias de participação social podem buscar informações junto aos órgãos responsáveis pelas políticas na área da saúde da pessoa idosa sobre as economias decorrentes dos investimentos. Seguindo com o caso de avaliação do nível de fragilidade de idosos em situação de vulnerabilidade, os conselhos poderiam partir do pressuposto de que a coleta e registro *on line* das informações, no domicílio, traz redução de custos para a administração pública, evita-se o retrabalho da digitação de dados coletados por escrito. Teixeira *et al.* (2018) apontam que se a coleta de dados por meio do uso de um formulário de 22 folhas, preenchido à mão, demora 60 minutos, o mesmo trabalho, feito com o auxílio de um *tablet* dura 15 minutos. Além da redução do uso do tempo, os autores destacam que a coleta de informações por dispositivo móvel gera economia na impressão dos questionários, pastas de arquivos, pranchetas de madeira e canetas. Depois de coletados, os dados ainda precisam ser tabulados, gerando despesas com pessoal para digitação dos resultados. Na comparação da coleta de dados por formulários e por meio de *tablets*, os autores chegaram a uma redução de custos de 25,84%.

Os conselhos de direitos e os órgãos de saúde devem considerar ainda que com as informações e os resultados em mãos, torna-se possível agilizar a tomada de decisão e a gestão do cuidado no fortalecimento das ações que possam inibir quadros de agravamento da fragilidade ou adotar medidas que possam reverter suas causas.

Logo, a ferramenta, sem alterar a despesa pública, pode oferecer subsídios à decisão para que sejam adotadas medidas específicas, com a urgência requerida em cada caso para o sucesso dos tratamentos. É notório que os custos da prevenção são inferiores aos do tratamento. Dentre os custos da área de saúde, as despesas com internação hospitalar, por exemplo, estão entre as quais mais oneram os planos de saúde. Pesquisas dos agentes de mercado, apontam que, na faixa etária dos acima de 60 anos, o custo médio, por internação, chega a R\$ 14 mil e alertam para a necessidade de se adotar ações para o envelhecimento saudável, para o combate ao sedentarismo e à mudança de hábitos (Balzan, 2014).

Para além do mero acompanhamento da execução orçamentária, portanto, os conselhos de direitos podem criar comissões, temporárias ou permanentes, para a

avaliação dos programas, ações e projetos financiados com os recursos públicos. Nisso, podem levar em consideração que o custo mensal de internação de um idoso numa instituição de longa permanência nesta região varia de R\$ 1.750,00 a R\$ 3.600,00, conforme a instituição, se pública ou privada, e, em alguns casos, conforme o grau de dependência da pessoa idosa<sup>2</sup>.

Enfim, os conselhos de participação social podem contribuir para que os governos locais criem parâmetros específicos de referência de custos. A partir deles as decisões de análise de investimentos poderão ser otimizadas, contribuindo para a aquisição de equipamentos públicos para o envelhecimento ativo e saudável da população-alvo e na promoção de políticas de hábitos saudáveis, como uma alimentação mais equilibrada, atividades físicas, culturais, de lazer e trabalhos em grupo.

Segundo os dados do Ministério da Saúde, as Doenças Cardiovasculares (DCV) são a principal causa de morte no Brasil e as que geram maior custo de internações hospitalares (Brasil, 2013). Imaginemos um caso em que o uso da ferramenta tenha sido determinante para a identificação precoce de um idoso com hipertensão arterial e que por essa razão foram adotadas medidas que resultaram no controle da doença, evitando que o quadro se agravasse e levasse o idoso a uma situação de limitação funcional e incapacidade. Neste caso específico, a avaliação do retorno econômico se mostraria altamente positiva. O custo do *tablet* (cerca de R\$ 800,00) pouco representaria em relação aos benefícios para a sociedade ao se evitar os gastos com internações, medicamentos ou mesmo o transplante do coração numa situação extrema (este último, em torno de R\$ 38.000,00). A análise do custo-benefício ainda poderia considerar uma ampla gama de ganhos para o idoso com identificação precoce do seu quadro de saúde, a começar pela proteção da sua renda familiar, se inserido no mercado de trabalho. A esses ganhos poderíamos acrescentar as despesas evitadas para a União, como despesas com aposentadorias precoces e, eventualmente, os benefícios de prestação continuada (BPC) já abordados.

Como anotado acima, cada iniciativa do planejamento de médio e longo prazos se converte numa ação orçamentária e cada ação será municiada com recursos públicos. O desenvolvimento e a implementação de novas ferramentas de mapeamento da fragilidade das pessoas idosas, como a desenvolvida pela UFSCAR e aqui exemplificada vai requerer novos recursos públicos. Ainda que os estudos de avaliação da sua eficiência e efetividade tenham apontado resultados positivos, sua implementação em escala irá requerer a inclusão da despesa nos planos plurianuais, nas leis de diretrizes orçamentárias e nas leis orçamentárias.

Conforme nos aponta Jannuzzi (2016:48):

*“a eficiência é um atributo relacionado ao custo que se incorre na produção de resultados (...) em geral, avaliada em termos comparativos com outras soluções apresentadas para a mesma problemática (...); a eficácia está relacionada ao cumprimento dos objetivos explicitados; a efetividade diz respeito aos efeitos sociais mais abrangentes do programa, antecipáveis ou não, para além de seus*

---

<sup>2</sup> Dados coletados pelo autor no município de Araraquara (SP).

*objetivos, medidos no seu público-alvo específico ou em outros segmentos da sociedade e verificáveis num prazo razoável, no qual se possa garantir algum nível de atribuição ou associação com o programa”.*

Ainda que outros estudos sejam feitos e mostrem que os resultados das ações de governo são positivos para a reversão dos quadros de vulnerabilidade social, a implementação dessas ações, nos próximos anos, não está garantida. A gestão do orçamento público é cíclica e a cada nova etapa (v. figura 1) os órgãos do Executivo, do Legislativo e a sociedade civil, por meio dos conselhos de direitos, dos seus representantes legais ou por iniciativa conjunta, deverão estar atentos para a inclusão de ações para a promoção, garantia, defesa e atendimento dos direitos dos idosos e respectivos recursos nas leis orçamentárias, sob o risco da descontinuidade da política pública e da interrupção dos seus efeitos.

## 5. Conclusões

Este artigo mostrou que, nos 32 anos passados desde a promulgação da Constituição Federal de 1988, o Brasil construiu um arcabouço legal, acompanhado de estrutura institucional e sistemas de informação importantes para a participação e o controle social na elaboração e gestão do orçamento público.

Os conselhos de direitos tornaram-se espaços fundamentais para a discussão das políticas setoriais, dos planos plurianuais, das leis de diretrizes orçamentárias e das leis orçamentárias anuais. A legislação criou mecanismos de transparência e de participação social na rotina do poder executivo que passa pelas plenárias, conferências e audiências públicas para a apresentação das propostas orçamentárias e a abrange os portais eletrônicos de divulgação da execução orçamentária da União.

Nada obstante, esse estudo alertou para a importância da atuação efetiva dos conselhos de direitos nos espaços de poder e decisão. Indicou que a mera criação dos colegiados e dos seus instrumentos não garantem a implementação das políticas públicas nem o aporte dos recursos necessários para a reversão dos quadros de vulnerabilidade e fragilidade da pessoa idosa.

Vimos neste artigo que, apesar do envelhecimento da população brasileira e dos desafios colocados nos planos de governo de longo prazo para a melhoria dos indicadores sociais, os pagamentos efetivos do Benefício de Prestação Continuada, direcionados principalmente para a população idosa carente, ficaram estagnados na casa dos R\$ 24 bilhões nos últimos anos. Outro instrumento importante para a mobilização social e para o financiamento das políticas para a pessoa idosa, o fundo nacional do idoso, sofreu drástica redução na execução orçamentária no período recente, caindo de R\$ 12,4 bilhões pagos em 2018 para menos de R\$ 3,0 bilhões em 2019.

O avanço da tecnologia da informação poderá se constituir num grande aliado dos conselhos de direitos na busca de uma participação mais efetiva para a preservação das políticas e dos recursos públicos direcionados para o segmento da população idosa.

Para tanto, é necessária a continuidade dos investimentos em tecnologia e na formação das equipes de saúde nos três níveis de governo. Sistema de captação de informações por meio de aparelhos móveis desenvolvido pela UFSCAR já permite avaliar em tempo real o grau de fragilidade dos idosos em situação de vulnerabilidade. Contudo, entre 2016 e 2019, os pagamentos efetivos das despesas com sistemas de informação e comunicação para a saúde (e-saúde) mostraram uma tendência declinante. Chegaram a R\$ 477 milhões em 2016 e ficaram em cerca de R\$ 220 milhões em 2019. Os conselhos de direitos devem ser ainda mais atuantes no cenário dado pela edição do novo regime fiscal, resultante da Emenda Constitucional nº 95, de 2016, avaliando seu impacto na limitação dos gastos públicos.

Em síntese, este estudo mostrou que a participação social nos conselhos de direitos poderá ir além da avaliação do volume dos gastos orçamentários. Auxiliados por ferramentas modernas de tecnologia da informação e pessoal qualificado, os órgãos setoriais da administração pública e os colegiados de participação e controle social poderão avançar para a discussão da qualidade dos gastos públicos e a avaliação dos resultados econômicos e de impacto das ações governamentais criadas para fazer frente às demandas do envelhecimento da população brasileira.

## **6. Referências bibliográficas**

- Balzan, Márcio Vinícius. 2014. “Perspectivas da assistência para a população de idosos”, Debates Gvsáude. Vol.16.
- Brasil, 1993. Lei nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993, “Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências”.
- Brasil, 2003. Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003, “Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências”.
- Brasil, 2004. Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004 que criou o Bolsa-Família.
- Brasil, 2007a. Decreto nº 6.214, de 26 de setembro de 2007, “Regulamenta o benefício de prestação continuada da assistência social devido à pessoa com deficiência e ao idoso e dá outras providências”.
- Brasil, 2007b. Cadernos de Atenção Básica – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa.
- Brasil, 2008. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.
- Brasil, 2010. Lei nº 12.213, de 20 de janeiro de 2010, “Institui o fundo nacional do idoso e autoriza deduzir do imposto de renda devido pelas pessoas físicas e jurídicas as doações efetuadas aos fundos municipais, estaduais e nacional do idoso”.
- Brasil, 2013. Pesquisa Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil, 2016a. Decreto nº 8.805, 07 de julho de 2016, “Altera o Regulamento do Benefício de Prestação Continuada , aprovado pelo Decreto nº 6.214, de 26 de setembro de 2007”.

Brasil, 2016b. Emenda Constitucional 95, de 15 de dezembro de 2016 – limitou os gastos públicos por 20 anos.

Brasil, 2016c. Lei nº 13.249, de 13 de janeiro de 2016, “Institui o Plano Plurianual da União para o período de 2016 a 2019”.

Brasil, 2017a. Decreto nº 9.203, de 22 de novembro de 2017, “Dispõe sobre a política de governança da administração pública federal direta, autárquica e fundacional”.

Brasil, 2017b. Comitê Gestor da Estratégia e-Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil, 2017c. Lei nº 13.466, de 12 de julho de 2017.

Cortes, Soraya V. 2011. “As diferentes instituições participativas existentes nos municípios brasileiros” in Pires, Roberto R. C. P. ed. Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação. Brasília: Ipea.

Jannuzzi, Paulo de Martino. 2016. Monitoramento e Avaliação de programas sociais: uma introdução aos conceitos e técnicas. Campinas: Editora Alínea.

Oliveira, Jader José. 2015. “A participação do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional no Orçamento da União (2003-2013)” in Silva, E.M ed. Participação e Democratização das Políticas Públicas no Brasil: Conselhos e Conferências. Belo Horizonte: UFMG/FAFICH/UFMG.

Teixeira, Inaim, P. et al. 2018. “Coleta de dados por meio de *tablets* – prático, barato e de fácil programação”, Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde. Rev 23:01-06.

Zazzetta, Marisa S. 2018. Ferramenta de monitoramento de níveis de fragilidade em idosos atendidos na atenção básica de saúde: avaliação de sua efetividade e eficácia – Relatório de pesquisa. São Carlos: UFSCAR.