

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC
CURSO DE GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS CONTÁBEIS**

DAIANI MACARINI

**GASTOS COM SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO SOBRE O PERCENTUAL DA
APLICAÇÃO DOS GASTOS NA ÁREA DA SAÚDE DO MUNICÍPIO DE MELEIRO -
SC**

**CRICIÚMA
2014**

DAIANI MACARINI

**GASTOS COM SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO SOBRE O PERCENTUAL DA
APLICAÇÃO DOS GASTOS NA ÁREA DA SAÚDE DO MUNICÍPIO DE MELEIRO -
SC**

Trabalho de Conclusão do Curso, apresentado para obtenção do Grau de Bacharel no Curso de Ciências Contábeis da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC.

Orientador: Esp. Jonas Scremin Brolese

CRICIÚMA

2014

DAIANI MACARINI

**GASTOS COM SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO SOBRE O PERCENTUAL DA
APLICAÇÃO DOS GASTOS NA ÁREA DA SAÚDE DO MUNICÍPIO DE MELEIRO -
SC**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado pela Banca Examinadora para obtenção do Grau de Bacharel no Curso de Ciências Contábeis da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC, com Linha de Pesquisa em Contabilidade Pública.

Criciúma/SC, 02 de dezembro de 2014.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Esp. Jonas Scremin Brolese – UNESC – Orientador

Prof^a. Esp. Marja Mariane Feuser – UNESC – Examinadora

Dedico este trabalho a todos aqueles que fizeram do meu sonho realidade, me proporcionando forças para que eu não desistisse de ir atrás do que eu buscava para minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus que iluminou o meu caminho durante esta caminhada, me permitindo saúde e sabedoria e proporcionando forças para seguir à jornada acadêmica.

A minha mãe Ediones e ao meu pai Vanio (*in memoriam*), que infelizmente não pode estar presente neste momento tão feliz da minha vida. Se hoje estou aqui, devo muitas coisas a eles, por seus ensinamentos e valores passados.

Ao meu noivo Filipe, por ter sido companheiro e compreensivo nos momentos de ausência durante estes anos.

Aos meus amigos e colegas do curso de Ciências Contábeis, pelo apoio, convivência e troca de conhecimentos.

Quero agradecer também a todos os professores que me acompanharam durante a graduação, em especial ao professor e orientador Jonas Scremin Brolese, que foi responsável pela realização deste trabalho com sua dedicação, colaboração e por compartilhar o seu conhecimento.

Finalmente agradeço a todos que direta ou indiretamente contribuíram na minha formação acadêmica.

“Se os teus projetos forem para um ano, semeia o grão; se forem para dez anos, plante uma árvore; se forem para cem, instrui o povo.”

Provérbio Chinês

MACARINI, Daiani. **Gastos com saúde:** um estudo de caso sobre o percentual de aplicação dos gastos na área da saúde do município de Meleiro - SC. 2014. 104 p. Orientador: Prof. Esp. Jonas Scremin Brolese. Trabalho de Conclusão de Curso de Ciências Contábeis. Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC. Criciúma – SC.

RESUMO

A saúde vem passando por lentas mudanças. Sua história é marcada por sucessivas reorganizações administrativas e edições de normas. As bases para o Sistema Único de Saúde foram lançadas em 1963, mas somente com a Constituição Federal de 1988 foi instituído, assegurando direitos à saúde, previdência social e assistência social. O SUS foi regulamentado com a Lei nº 8.080/1990. Com a Emenda Constitucional nº 29/2000 foi estabelecido os percentuais mínimos a serem aplicados com ações e serviços públicos de saúde em cada ente da Federação. A Lei Complementar 141/2012 veio complementar a emenda constitucional 29/2000, explicitando critérios de reavaliação, normas de fiscalização e controle. Com base na LC 141/2012 foi realizado um estudo com gastos na área da saúde no município de Meleiro – SC. A pesquisa foi documental baseada no SIOPS (Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde) do ano de 2012. Foram analisados as receitas de impostos e transferências constitucionais e legais, as transferências de recursos do SUS, as despesas pagas com ações e serviços públicos de saúde, o limite mínimo aplicado na área da saúde e a relação da despesa fixada e paga, e dos recursos arrecadados e gastos. Conclui-se que município depende dos recursos das transferências da União e do Estado, pois apresenta pouca arrecadação de recursos próprios. As despesas na área da saúde são em sua maioria pagas com recursos próprios. O município gastou com saúde além do mínimo exigido por lei. As despesas pagas não ultrapassaram o valor fixado no orçamento. E as despesas superaram a receita arrecada durante o exercício, isto se deu devido a superávit financeiro do exercício anterior. Com os dados analisados, o estudo mostrou que o município esta cumprindo a sua parte, no que a legislação determina na área da saúde.

Palavras-chave: Ações e Serviços Públicos de Saúde. Receitas. Destinação de Recursos.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Demonstrativo das Receitas e Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde.....	44
Tabela 2: Receitas de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais.....	52
Tabela 3: Receitas de Transferências de outras Esferas de Governo para a Saúde.....	53
Tabela 4: Despesa Total com Ações e Serviços Públicos de Saúde	54
Tabela 5: Despesa por Fonte de Recursos.....	55
Tabela 6: Despesas Municipais com Saúde por Subfunção	56
Tabela 7: Base de Cálculo para o Limite Mínimo de Aplicação da Receita em Ações e Serviços Públicos de Saúde.....	58
Tabela 8: Demonstrativo da Aplicação de Recursos Próprios Municipais em Ações e Serviços de Saúde	58
Tabela 9: Demonstrativo da Execução Financeira do SUS, por Bloco de Financiamento (Receitas)	59
Tabela 10: Saldo Financeiro da Saúde	60
Tabela 11: Percentual das Receitas da Saúde no Exercício 2012.....	61
Tabela 12: Demonstrativo da Execução Financeira do SUS, por Bloco de Financiamento (Despesas).....	61
Tabela 13: Percentual de Despesa Paga em Relação a Despesa Fixada.	62
Tabela 14: Percentual de Despesa Paga em Relação ao Total de Receita Arrecadada.....	63

LISTA DE GRÁFICO

Gráfico 1: Receitas Realizadas no Exercício de 2012.....	53
Gráfico 2: Despesas do Exercício 2012 por Fonte de Recursos	56
Gráfico 3: Despesas Municipais com Saúde por Subfunção.....	57
Gráfico 4: Fontes de Receitas do SUS no Exercício 2012.	60

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

§	Parágrafo
AIS	Ações Integradas de Saúde
Art.	Artigo
BNDES	Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico
CASP	Caixas de Aposentadoria e Pensões
CEF	Caixa Econômica Federal
CF	Constituição Federal
CLT	Consolidação das Leis de Trabalho
CONASP	Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
DNERU	Departamento Nacional de Endemias Rurais
E.U.A	Estados Unidos da América
EC	Emenda Constitucional
FAZ	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FUNDEB	Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica
FUNRURAL	Fundo de Assistência ao Trabalhador
IAS	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
LC	Lei Complementar
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentária
LOA	Lei Orçamentária Anual
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MCASP	Manual de Contabilidade Aplicada ao Setor Público
MDF	Manual de Demonstrativos Fiscais
nº	Número
p.	Página
PIB	Produto Interno Bruto
PPA	Plano Plurianual
s.d.	Sem data
SAMDU	Serviço de Assistência Médico Domiciliar
SC	Santa Catarina
SIOPS	Sistema de Informação sobre Orçamento Público de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 TEMA E PROBLEMA	12
1.2 OBJETIVOS DA PESQUISA	13
1.2.1 Objetivo Geral	13
1.2.2 Objetivos Específicos	13
1.3 JUSTIFICATIVA	13
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	15
2.1 ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	15
2.2 PLANEJAMENTO NO GOVERNO	17
2.3 RECEITA PÚBLICA	18
2.3.1 Receita Orçamentária	19
2.3.1.1 Receita Corrente	20
2.3.1.2 Receitas de Capital	22
2.3.2 Receita Extra Orçamentária	23
2.4 DESPESA PÚBLICA	24
2.4.1 Despesa Orçamentária	24
2.4.1.1 Despesas Correntes	25
2.4.1.2 Despesas de Capital	26
2.4.2 Despesa Extraorçamentária	27
2.5 FONTE/DESTINAÇÃO DE RECURSOS	28
2.6 POLÍTICAS PÚBLICAS APLICADAS À SAÚDE UM BREVE HISTÓRICO	29
2.6.1 Constituição Federal de 1988	32
2.6.2 Lei 8.080/90	34
2.6.3 Emenda Constitucional 29/2000	37
2.6.4 Lei Complementar 141/2012	38
2.7 LIMITES LEGAIS DE GASTOS COM A SAÚDE	39
2.7.1 Quais as Receitas Consideradas para o Limite de Gastos com Saúde	39
2.7.2 Qual o Mínimo de Recursos a Serem Aplicados na Saúde	41
2.7.2.1 Como é Efetuado o Cálculo para Gastos com a Saúde em um Município	43
3 METODOLOGIA	49

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	51
4.1 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO	51
4.2 APRESENTAÇÃO DOS DADOS	51
4.3 ANÁLISE GERAL DOS DADOS.....	63
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
REFERÊNCIAS	68
ANEXOS	72
ANEXO A – CONSTITUIÇÃO FEDERAL: SEÇÃO VI DA REPARTIÇÃO DAS RECEITAS TRIBUTÁRIAS – ARTIGOS 158 a 160	73
ANEXO B – SIOPS 2012 DO MUNICÍPIO DE MELEIRO – SC	76

1 INTRODUÇÃO

Neste capítulo serão destacados o tema e o problema da pesquisa, que tratam sobre a destinação dos recursos financeiros do Fundo Municipal de Saúde do município de Meleiro, situado no do sul do estado de Santa Catarina, assim como descrever os objetivos gerais e específicos desse estudo, que irão contribuir para o alcance do problema proposto. Na sequência será apresentada a justificativa desse trabalho, ressaltando a importância do mesmo.

1.1 TEMA E PROBLEMA

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 expõe em seu artigo 196, que a saúde é direito de todos e dever do Estado, sendo que sua promoção se dá mediante políticas públicas sociais e econômicas, e que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção e recuperação através de políticas sociais e econômicas.

O texto Constitucional prevê a descentralização político-administrativa para a gestão de saúde em seu art. 198. Neste mesmo artigo, em seu §1º, diz que o sistema único de saúde será financiado, com os recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

Dessa forma, os Municípios, por serem os entes públicos mais próximos dos cidadãos, é o protagonista político habilitado para trabalhar pela concretização de um serviço público de saúde de qualidade, capaz de gerar profunda alteração na atenção à saúde, direcionar e fortalecer a estratégia de prevenção. Cada município, coerentes com suas dificuldades, deve passar a atuar de forma mais ativa nos seus principais problemas. Mas para isto, o ente municipal conta com recursos oriundos de transferências constitucionais, inclusive o da Atenção Básica a Saúde.

A Administração Pública está envolvida com a distribuição e destinação de receitas entre as esferas governamentais e o estabelecimento de limites legais impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal.

É notável a relação entre a receita e despesa no processo orçamentário, cuja previsão de receita dimensiona a capacidade governamental em fixar a Despesa Pública e, no momento da sua arrecadação, torna-se de fundamental importância para a execução orçamentária e financeira da despesa.

Diante deste contexto, levanta-se a seguinte interrogação: A aplicação de receitas públicas em saúde de recursos de Impostos e transferências constitucionais e legais está atendendo o mínimo exigido pela Lei Complementar 141/2012?

1.2 OBJETIVOS DA PESQUISA

1.2.1 Objetivo Geral

Identificar as Receitas de Impostos e Transferências Constitucionais, Legais e voluntárias na destinação dos recursos públicos na área da Saúde do município de Meleiro – SC.

1.2.2 Objetivos Específicos

- ✓ Discorrer sobre Administração Pública;
- ✓ Comentar os tipos de Receitas e Despesas;
- ✓ Abordar sobre Destinação e Fontes de Recursos;
- ✓ Apresentar noções de Políticas Públicas;
- ✓ Mencionar os limites legais aplicados a Saúde;
- ✓ Identificar as Receitas Arrecadadas e as destinações de recursos do Fundo Municipal de Saúde do município de Meleiro – SC;
- ✓ Apontar as despesas públicas, por subfunção e fontes de recurso; e
- ✓ Verificar os valores previstos no orçamento e executado do Fundo Municipal de Saúde do município de Meleiro – SC.

1.3 JUSTIFICATIVA

O termo Saúde Pública costuma-se referir as formas de agenciamento político/governamental (programas, serviços, instituições) no sentido de coordenar

intervenções voltadas às necessidades sociais de saúde (CASTIEL, 2008). Tem o objetivo de organizar sistemas e serviços de saúde controlando a incidência de doenças nas populações através de ações de vigilância e intervenções governamentais.

A Emenda Constitucional nº 29/2000 e a Lei Complementar 141/2012 que a regulamentou, dispõem que os recursos dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, destinados às ações e serviços públicos de saúde e os transferidos pela União para a mesma finalidade serão aplicados por meio de fundo de saúde.

Toda a atividade desenvolvida pelo Estado para o atendimento do bem público, como a saúde, necessita de uma grande soma de recursos financeiros. O suporte das despesas realizadas com a manutenção dos serviços e órgãos próprios são oriundos das transferências da União, Estado e do próprio recurso arrecadado no município.

Estas transferências se baseiam em limites legais e a sua destinação tem que estar de acordo com a legislação vigente. Esses limites são suficientes para atender a saúde básica? É necessário aplicar mais recursos que o mínimo estipulado em lei para proporcionar a população saúde com mais qualidade?

Por meio deste trabalho pretende-se mostrar a destinação dos recursos públicos do Fundo Municipal de Saúde, em que o dinheiro está sendo aplicado, quanto acima do limite está sendo utilizado.

Nesse sentido, o estudo busca evidenciar para os gestores públicos a alocação de recursos nas tomadas de decisões. Para a sociedade, procura mostrar onde o dinheiro destinado a saúde é aplicado. E para o meio acadêmico contribui como uma fonte de pesquisa e subsídio para novos estudos.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O capítulo está fundamentado para entender de forma objetiva sobre as principais características da administração pública, o planejamento do governo, as receitas e despesas públicas, destinação/fonte de recurso, com foco nas políticas públicas aplicadas a saúde e seus limites legais.

2.1 ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Uma noção simples na concepção de Silva (2005) sobre Administração Pública, é que esta é o conjunto de meios institucionais, materiais, financeiros e humanos organizados de modo a executar as decisões políticas. O autor ainda destaca que a Administração Pública é subordinada ao Poder Público, e representa o conjunto de órgãos que serve para atingir fins definidos.

A administração na área pública é o inverso da administração privada. Enquanto nesta última, tudo é permitido, exceto o que a lei proíbe, na administração pública nada é permitido, somente o que a legislação autoriza. (CASTRO, 2013)

A Administração Pública, conforme Castro (2013), pode ser entendida em dois sentidos:

- **Organizacional:** o termo escrito em letras maiúsculas – Administração Pública – indica o complexo de órgãos responsáveis por funções administrativas;
- **Funcional:** escrito em letras minúsculas – administração pública – se refere ao conjunto de atividades administrativa propriamente dita, concretas e imediatas desenvolvidas pelo Estado, na forma da lei.

O Decreto-Lei 200/67, em seu art. 4º dividiu a Administração Pública em duas áreas: Administração Direta e Administração Indireta. Embora o Decreto-lei seja da Administração Federal, contém princípios e normas que foram assimilados pelas demais esferas de governo.

A Administração Direta “se constitui dos serviços integrados na estrutura administrativa da Presidência da República e dos Ministérios” (DECRETO-LEI 200/67 ART. 4º, I). Castro (2013) complementa que abrange os três poderes: Executivo, Legislativo e Judiciário; e compreende o conjunto de órgãos integrados, responsáveis pela condução da administração da União, como são os ministérios.

A Administração Indireta compõe-se do conjunto de entes vinculados a cada ministério (CASTRO, 2013). O Decreto-Lei 200/67, art. 4º, inciso II, cita que a Administração Indireta compreende as seguintes categorias de entidades, dotadas de personalidade jurídica própria: Autarquias; Empresas Públicas; Sociedades de Economia Mista e Fundações Públicas.

- **Autarquias** – São entidades criadas por lei, com personalidade jurídica, patrimônio e receitas próprias. A Constituição Federal em seu art. 37, XIX, diz que “somente por lei específica poderá ser criada autarquia e autorizada a instituição de empresa pública, de sociedade de economia mista e de fundação, cabendo à lei complementar, neste último caso, definir as áreas de sua atuação”. Desempenham atividade típicas da Administração Pública, mas com gestão administrativa e financeira descentralizada. (DECRETO-LEI 200/67 ART. 5º, I). Cita-se como exemplo: universidades federais, Banco Central do Brasil, Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) e outros.

- **Empresas Públicas** – conforme art. 5º, II, do Decreto-Lei 200/67, são entes jurídicos de direito privado, patrimônio próprio e capital exclusivo da União. São entidades criadas por lei para a exploração de atividade econômica que o Governo entenda como apropriado aos objetivos do Estado. Exemplos: Caixa Econômica Federal (CEF), Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES).

- **Sociedades de Economia Mista** – são entidades com personalidade jurídica de direito privado, com participação do poder público e privado em seu capital e na administração. Criada por lei para a exploração de atividade econômica ou de serviço de interesse coletivo, sob a forma de sociedade anônima, cujas ações com direito a voto pertençam em sua maioria à União ou a entidade da Administração Indireta. (CASTRO, 2013). Como exemplo, pode-se citar a Petrobrás (Petróleo Brasileiro S.A.).

- **Fundações Públicas** – “entidade dotada de personalidade jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, criada em virtude de autorização legislativa” (DECRETO-LEI 200/67 ART. 5º, IV). É comentado por Castro (2013), que estas fundações realizam atividades que não são típicas de Estado, mas são de interesse coletivo. As mais comuns são nas áreas da educação, cultura e pesquisa. Dentre

estas, estão o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Fundação Centro Brasileiro de TV Educativa.

2.2 PLANEJAMENTO NO GOVERNO

O planejamento é a primeira função administrativa, pois dá rumo as demais funções. É através do planejamento que é determinado antecipadamente, quais os objetivos a atingir e o orçamento, e ações a serem tomadas. (CASTRO, 2013)

Para Andrade et. al. (2006), sua importância e necessidade se dá para administrar as contas públicas, o controle do déficit, o controle geral das finanças do governo. O autor também descreve sobre a prática do planejamento:

A prática do planejamento tem como objetivo corrigir distorções administrativas, alterar condições indesejáveis para a coletividade, remover empecilhos institucionais e assegurar a viabilização de objetivos e metas que se pretende alcançar. [...] planejar é essencial, é o ponto de partida para a administração eficiente e eficaz da máquina pública, pois a qualidade do mesmo ditará os rumos para a boa ou má gestão, refletindo diretamente no bem-estar da população. (ANDRADE et. al, 2006, p. 1)

A Constituição Federal de 1988, em seu art. 165, aliou o orçamento público ao planejamento, introduzindo os instrumentos de planejamento: Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA).

- **Plano Plurianual** – expressa o planejamento do governo federal, estadual e municipal com vigência de quatro anos, com data de início no segundo ano de mandato e de término no primeiro ano de mandato do prefeito subsequente. Tem como objetivo conduzir os gastos públicos de maneira racional, possibilitando a manutenção do patrimônio público e a realização de novos investimentos. É de suma importância sua execução, pois norteia e orienta o governo na realização dos programas de trabalho pelo período citado. (ANDRADE et. al., 2006)

A Constituição Federal em seu artigo 165, § 1º, determina que o PPA deve conter as diretrizes, objetivos e metas da administração pública federal para as despesas de capital e outras delas decorrentes e para as relativas aos programas de duração continuada.

Destaca Giacomoni (2002), que o PPA constitui os esforços de toda a administração pública, orientando a elaboração dos demais planos e programas de governo, como também o orçamento anual. Andrade et. al. (2006) complementa que a ação governamental somente poderá ser executada se o programa estiver adequadamente inserido no PPA, sendo obras que se pretende executar nesse período ou mesmo programas de natureza continuada, como aqueles ligados a saúde e educação.

- **Lei de Diretrizes Orçamentárias** – cabe a LDO orientar a elaboração e a execução do orçamento. Sua competência é do Poder Executivo, e este deve ser apresentado ao Poder Legislativo até 15 de abril. É um elo entre o PPA e a LOA, estabelecendo a conexão entre um plano de médio prazo com um instrumento de execução, que é o orçamento. Compete a LDO a função de selecionar dentre os programas e ações incluídas no PPA quais terão prioridade na execução orçamentária. (ANDRADE et. al., 2006). No art. 165, § 2º, da Constituição Federal, diz que,

A lei de diretrizes orçamentárias compreenderá as metas e prioridades da administração pública federal, incluindo as despesas de capital para o exercício financeiro subsequente, orientará a elaboração da lei orçamentária anual, disporá sobre as alterações na legislação tributária e estabelecerá a política de aplicação das agências financeiras oficiais de fomento.

- **Lei Orçamentária Anual** – é um documento que apresenta as receitas e despesas públicas que o governo pretende realizar no período de um exercício financeiro. Deve ser elaborado pelo Poder Executivo e aprovado pelo Poder Legislativo. Viabiliza o plano de governo, permitindo a realização anual dos programas mediante a alocação de recursos para as ações orçamentárias. (ANDRADE et. al., 2006)

2.3 RECEITA PÚBLICA

Em seu sentido mais amplo, receita pública é o recolhimento de bens aos cofres públicos. Este recolhimento pode ser efetivado através de numerário ou outro bem representativo de valor que o governo tem direito de arrecadar em virtudes de lei, contratos, convênio e quaisquer outros títulos, que seja originário de alguma finalidade específica, cuja arrecadação lhe pertença ou figure como depositário de

valores que não lhe pertencam, sendo o Estado apenas mero depositário de terceiros (cauções, depósitos, retenções). (ARAÚJO e ARRUDA, 2004).

Outra definição é apresentada por Lima e Castro (2000, p. 51): “receita pública é o recebimento efetuado pela instituição pertencente ao Estado, com a finalidade de ser aplicado em gastos operativos e de administração”. Então, pode-se dizer que receita pública é todo recurso obtido pelo Estado para atender às despesas públicas.

A Lei 4.320/1964 em seu artigo 3º, conjugado com o artigo 57, e no artigo 35, vem disciplinando a receita:

Art. 3º A Lei de Orçamentos compreenderá tôdas as receitas, inclusive as de operações de crédito autorizadas em lei.

Parágrafo único. Não se consideram para os fins deste artigo as operações de crédito por antecipação da receita, as emissões de papel-moeda e outras entradas compensatórias, no ativo e passivo financeiros.

Art. 57. Ressalvado o disposto no parágrafo único do artigo 3. *desta lei* serão classificadas como receita orçamentária, sob as rubricas próprias, tôdas as receitas arrecadadas, inclusive as provenientes de operações de crédito, ainda que não previstas no Orçamento.

Art. 35. Pertencem ao exercício financeiro:

I - as receitas nêle arrecadadas;

II - as despesas nêle legalmente empenhadas.

As receitas públicas são classificadas como:

- ✓ Orçamentária; e
- ✓ Extraorçamentária.

Os ingressos de recursos financeiros aos cofres públicos são registradas como receitas orçamentárias, quando representam disponibilidade de recursos financeiros para o Estado, quando representam apenas entradas compensatórias são chamadas receitas extraorçamentárias. (MCASP, 2012)

2.3.1 Receita Orçamentária

O orçamento é um importante meio de planejamento para qualquer entidade, pública ou privada, e representa o fluxo previsto de ingressos e de aplicações de recursos em determinado período. Portanto, receita orçamentária são

aquelas que podem ser previstas no orçamento e constituem fontes para o pagamento de despesas autorizadas. (LIMA e CASTRO, 2000)

O Manual de Contabilidade Aplicada ao Setor Público (2012) cita que, receitas orçamentárias pertencem ao Estado e aumentam o saldo financeiro do Poder Público. O Manual apresenta a seguinte definição de receita orçamentária:

São disponibilidades de recursos financeiros que ingressam durante o exercício orçamentário e constituem elemento novo para o patrimônio público. Instrumento por meio da qual se viabiliza a execução das políticas públicas, as receitas orçamentárias são fontes de recursos utilizadas pelo Estado em programas e ações cuja finalidade precípua é atender as necessidades públicas e demandas da sociedade.

As receitas orçamentárias se classificam, conforme art. 11 da Lei 4.320/64 em:

- ✓ Receitas correntes; e
- ✓ Receitas de capital.

2.3.1.1 Receita Corrente

As Receitas Orçamentárias Correntes são aquelas arrecadadas dentro do exercício financeiro, aumentando as disponibilidades financeiras do Estado, gerando efeito positivo sobre o Patrimônio Líquido. Estas receitas servem para financiar os objetivos definidos nos programas e ações orçamentários, com vistas a satisfazer finalidades públicas. (MCASP, 2012)

A Lei 4.320/64 apresenta em seu § 1º, art. 11, a seguinte definição:

São Receitas Correntes as receitas tributária, de contribuições, patrimonial, agropecuária, industrial, de serviços e outras e, ainda, as provenientes de recursos financeiros recebidos de outras pessoas de direito público ou privado, quando destinadas a atender despesas classificáveis em Despesas Correntes.

- **Receita tributária** – é composta por impostos, taxas e contribuições de melhoria. É resultante da cobrança de tributos pagos pelos contribuintes em razão de suas atividades, suas rendas, suas propriedades e dos benefícios diretos e imediatos recebidos do Estado. (KOHAMA, 2003)

Como mencionado acima, a receita tributária é desdobrada em subfontes, sendo uma delas os impostos, que conforme o artigo 16 da Lei nº 5.172/66 – Código

Tributário Nacional: “Imposto é o tributo cuja obrigação tem por fato gerador uma situação independente de qualquer atividade estatal específica, relativa ao contribuinte.”

Taxas são tributos pagos pelo contribuinte e tem como contraprestação serviços oferecido pelo Estado.

Art. 77. As taxas cobradas pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal ou pelos Municípios, no âmbito de suas respectivas atribuições, têm como fato gerador o exercício regular do poder de polícia, ou a utilização, efetiva ou potencial, de serviço público específico e divisível, prestado ao contribuinte ou posto à sua disposição. (LEI Nº 5.172/66)

Contribuições de Melhoria tem como fato gerador a valorização imobiliária mediante a realização de obras públicas, conforme art. 81 do Código Tributário Nacional:

A contribuição de melhoria cobrada pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal ou pelos Municípios, no âmbito de suas respectivas atribuições, é instituída para fazer face ao custo de obras públicas de que decorra valorização imobiliária, tendo como limite total a despesa realizada e como limite individual o acréscimo de valor que da obra resultar para cada imóvel beneficiado.

- **Contribuições** – são arrecadações destinadas a manutenção de programas e serviços sociais e de interesse público. (ANDRADE, 2002)

- **Receita Patrimonial** – são receitas provenientes do recebimento advindo do patrimônio do ente público, como por exemplo, bens mobiliários (títulos) e imobiliários (aluguéis e arrendamentos), bens intangíveis e participações societárias. (ANDRADE, 2002)

O Manual de Contabilidade Aplicada ao Setor Público (2012), traz como receita patrimonial as compensações financeiras, que tem origem na exploração do patrimônio do Estado, que é constituído por recursos minerais, hídricos, florestais e outros.

- **Receita Agropecuária** – decorrem da exploração econômica, por parte do ente público, de atividades agropecuárias, como a venda de produtos agrícolas (grãos, tecnologias, insumos,...); pecuários (sêmens, técnicas em inseminação,...); para reflorestamento, entre outros. (MCASP, 2012)

- **Receita Industrial** – são receitas provenientes da atividade industrial exercida pelo ente público, tais como: indústria extrativa mineral, indústria de transformação, indústria de construção e receita de serviços industriais de utilidade

pública (produção e distribuição de energia elétrica, água, saneamento, etc.) (ANDRADE, 2002)

- **Receita de serviços** – conforme o Manual de Contabilidade Aplicada ao Setor Público (2012), são receitas decorrentes da prestação de serviço por parte do ente público, tais como: comércio, transporte, comunicação, serviços hospitalares, armazenagem, serviços recreativos, culturais, etc

- **Transferências correntes** – são recursos financeiros recebidos de outras entidades de direito público ou privado, destinados a atender despesas relacionadas a uma finalidade pública específica. Pode-se citar como exemplo: Transferência de convênios – recursos com finalidade específica, firmado entre entidades públicas de qualquer espécie, ou entre elas e organizações particulares; Transferência de pessoas – compreendem as contribuições e doações que pessoas físicas realizem para a Administração Pública. (MCASP, 2012)

- **Outras receitas correntes** – são receitas originárias da cobrança de multas e juros de mora, indenizações e restituições, receitas da dívida ativa e as outras receitas não classificadas nas receitas correntes anteriores. Exemplos: Multas – é receita pública de caráter não tributário, constituindo ato de penalidade de natureza pecuniária aplicada pela Administração Pública aos administrados; Dívida ativa – são créditos da Fazenda Pública, de natureza tributária ou não, exigíveis em virtude do transcurso do prazo para pagamento. (MCASP, 2012)

2.3.1.2 Receitas de Capital

As receita orçamentárias de capital aumentam as disponibilidades financeiras do Estado e são instrumentos de financiamento dos programas e ações orçamentários. Porém, ao contrário das Receitas Correntes, as Receitas de Capital não provocam efeito sobre o Patrimônio Público. (MCASP, 2012)

De acordo com a Lei nº 4.320/66, em seu art. 11, § 2º, Receitas de Capital são:

As provenientes da realização de recursos financeiros oriundos de constituição de dívidas; da conversão, em espécie, de bens e direitos; os recursos recebidos de outras pessoas de direito público ou privado, destinados a atender despesas classificáveis em Despesas de Capital e, ainda, o *superávit* do Orçamento Corrente.

As origens e espécies da receita orçamentária de capital são:

- **Operações de crédito** – são fontes oriundas de contratos de constituição de dívidas, para captação de recursos monetários, de bens ou serviços, por meio de empréstimos e financiamentos internos ou externos. (ANDRADE, 2002)

- **Alienação de bens** – são captadas através da venda de bens patrimoniais móveis ou imóveis, e é convertido esses bens e valores em espécie. (KOHAMA, 2003)

- **Amortização de empréstimos** – refere-se a valores recebidos provenientes da amortização de financiamentos ou empréstimos concedidos pelo ente público em títulos e contratos. (MCASP, 2012)

- **Transferência de capital** – são recursos financeiros recebidos de outras entidades de direito público ou privado, destinados a atender despesas em investimentos ou inversões financeiras, sem ocorrer a contraprestação direta ao ente transferidor. (MCASP, 2012)

- **Outras receitas de capital** – são as receitas de capital que não atendem as especificações anteriores ou que não estejam especificadas em lei. (ANDRADE, 2002)

2.3.2 Receita Extra Orçamentária

A receita extra orçamentária refere-se ao recolhimento de toda e qualquer arrecadação que não integram o orçamento público e, conseqüentemente não constituindo sua renda. Portanto, não pertence ao ente público, este figura apenas como depositário dos valores recolhidos. (ARAÚJO e ARRUDA, 2004)

Segundo Andrade (2002), os recolhimentos efetuados constituem compromissos exigíveis a curto prazo, e seu pagamento independe da autorização legislativa. São exemplos: cauções, fianças, depósitos em garantia, consignações, retenções na fonte, antecipação de receitas orçamentárias, entre outros.

Ainda conforme Andrade (2002), algumas receitas extra orçamentárias podem ser convertidas em receitas orçamentárias. Isso acontece, por exemplo, quando uma empresa é detentora de um caução no ente público, para execução de um determinado serviço, e a empresa vier a descumprir alguma cláusula contratual que de direito ao tomador de serviço de resgatar o valor a fim de ressarcimento por descumprimento contratual.

2.4 DESPESA PÚBLICA

Despesa, na contabilidade, é um gasto necessário, como o consumo de um bem ou serviço, que direta ou indiretamente, contribui para a geração de receita. No setor governamental, no entanto, a receita é obtida independente da ocorrência de um gasto. Portanto, enquanto no setor privado é preciso ocorrer gastos para arrecadar, no setor público arrecada-se necessariamente para gastar. (ARAUJO e ARRUDA, 2004)

A despesa pública é então definida por Araújo e Arruda (2004, p. 110), como sendo

O gasto ou compromisso de gasto dos recursos governamentais, devidamente autorizados pelo poder competente, com o objetivo de atender as necessidades de interesse coletivo previstas na Lei do Orçamento, elaborada em conformidade com o plano plurianual de investimentos, com a Lei de Diretrizes Orçamentárias e com a Lei de Responsabilidade Fiscal.

O orçamento representa o fluxo de ingressos e aplicações de recursos em determinados períodos, sendo um importante instrumento de planejamento para qualquer entidade, inclusive para o setor público. Pois, é a lei orçamentária que fixa a despesa pública autorizada para um exercício financeiro. (LIMA e CASTRO, 2000)

As despesas são classificadas em:

- ✓ Orçamentárias;
- ✓ Extraorçamentárias.

2.4.1 Despesa Orçamentária

São os dispêndios que para serem realizados depende de autorização do legislativo e não podem se efetivar sem crédito orçamentário correspondente. Ou seja, está discriminada e fixada no orçamento. (KOHAMA, 2003)

Segundo Araújo e Arruda (2004), as despesas orçamentárias, conforme a categoria econômica, podem ser subdivididas em despesas correntes e despesas de capital.

2.4.1.1 Despesas Correntes

Classificam-se nesta categoria todas as despesas que não contribuem, diretamente, para a formação ou aquisição de um bem de capital. São de natureza operacional realizadas para a manutenção dos equipamentos e para o funcionamento dos órgãos governamentais. (MCASP, 2012)

Conforme Araújo e Arruda (2004), as despesas correntes se dividem em:

a) *Despesas de custeio*: segundo art. 12 da Lei 4.320/64, § 1º, “Classificam-se como Despesas de Custeio, as dotações para manutenção de serviços anteriormente criados, inclusive as destinadas a atender a obras de conservação e adaptação de bens imóveis”. São divididas em:

- Pessoal civil;
- Pessoal militar;
- Material de consumo;
- Serviços de terceiros;
- Encargos diversos.

b) *Transferências corrente*: classificam-se como transferência corrente, conforme art. 12 da Lei 4.320/64, § 2º, “as dotações para despesas as quais não corresponda contraprestação direta em bens ou serviços, inclusive para contribuições e subvenções destinadas a atender à manifestação de outras entidades de direito público ou privado.” São divididas em:

- Subvenções sociais;
- Subvenções econômicas;
- Inativos;
- Pensionistas;
- Salário família e abono familiar;
- Juros da dívida pública;
- Contribuição de Previdência Social;
- Diversas transferências correntes.

2.4.1.2 Despesas de Capital

Classificam-se nesta categoria aquelas despesas que contribuem, diretamente para a formação ou aquisição de um bem de capital ou acrescentar valor a um bem já existente, ou seja,

são aquelas realizadas com o propósito de formar e/ou adquirir ativos reais, envolvendo o planejamento e a execução de obras, a compra de instalações, equipamentos, material permanente, títulos representativos do capital de empresas ou entidades de qualquer natureza, bem como as amortizações de dívida e concessões de empréstimos. (ANDRADE, 2002, p. 88)

As despesas de capital, conforme Araújo e Arruda (2004), dividem-se em:

a) *Investimentos*: as dotações para o planejamento e a execução de obras, aquisição de imóveis, de instalações, equipamento e material permanente, programas especiais de trabalho, e constituição ou aumento do capital de empresas que não sejam de caráter comercial ou financeiro. São divididas em:

- Obras públicas;
- Serviços em regime de programação especial;
- Equipamentos e instalações;
- Material permanente;
- Participação em constituição ou aumento de capital de empresas ou entidades industriais ou agrícolas.

b) *Inversões financeiras*: conforme a Lei 4.230/64, art. 12, § 5º, classificam-se como Inversões Financeiras as dotações destinadas a

I - aquisição de imóveis, ou de bens de capital já em utilização;
II - aquisição de títulos representativos do capital de empresas ou entidades de qualquer espécie, já constituídas, quando a operação não importe aumento do capital;
III - constituição ou aumento do capital de entidades ou empresas que visem a objetivos comerciais ou financeiros, inclusive operações bancárias ou de seguros.

São divididas, segundo Araújo e Arruda (2004), em:

- Aquisições de imóveis;

- Participação em constituição ou aumento de capital de empresas ou entidades comerciais ou financeiras;
- Aquisição de títulos representativos de capital de empresas em funcionamento;
- Constituição de fundos rotativos;
- Concessão de empréstimos;
- Diversas inversões financeiras.

c) *Transferência de capital*: em seu art. 5º, § 6, da Lei 4.230/64,

São Transferências de Capital as dotações para investimentos ou inversões financeiras que outras pessoas de direito público ou privado devam realizar, independentemente de contraprestação direta em bens ou serviços, constituindo essas transferências auxílios ou contribuições, segundo derivem diretamente da Lei de Orçamento ou de lei especialmente anterior, bem como as dotações para amortização da dívida pública.

São divididas em:

- Amortização da dívida pública;
- Auxílios para obras públicas;
- Auxílios para equipamentos e instalações;
- Auxílios para inversões financeiras
- Outras contribuições.

2.4.2 Despesa Extraorçamentária

Dispêndio extraorçamentário é aquele que não consta na lei orçamentária anual. São pagamentos que não dependem da autorização do legislativo, pois se constituem em saídas do ativo financeiro, compensatórios de entradas do ativo financeiro, procedentes de receitas extraorçamentária, que correspondem a restituição ou à entrega de valores recebidos como cauções, depósitos, consignações, entre outros, criando uma obrigação quando da entrada da receita. (ARAÚJO E ARRUDA, 2004)

Como exemplos de despesa extraorçamentária, Araújo e Arruda (2004) citam: pagamentos de restos do exercício anterior; depósitos (de diversas origens,

retenções, cauções e garantias); serviço da dívida a pagar (juros); débitos de tesouraria (empréstimos decorrentes de antecipação da receita).

2.5 FONTE/DESTINAÇÃO DE RECURSOS

A classificação orçamentária por fonte/destinação de recurso tem por objetivo identificar as fontes de financiamento dos gastos públicos. Através do orçamento público, as fontes/destinações são associadas às despesas evidenciando os meios para atingir os objetivos públicos. A natureza da receita orçamentária busca identificar a origem do recurso conforme o fato gerador e também há necessidade de identificar a destinação destes recursos. (MCASP, 2012)

O código fonte/destinação de recursos é integrador entre receita e despesa, exercendo um duplo papel no processo orçamentário. Para o MCASP (2012, p. 115), “Para a receita orçamentária, esse código tem a finalidade de indicar a destinação de recursos para a realização de determinadas despesas orçamentárias. Para a despesa orçamentária, identifica a origem dos recursos que estão sendo utilizados.” Portanto, o mesmo código utilizado na destinação da receita orçamentária é utilizado na despesa.

A Lei de Responsabilidade Fiscal (LC 101, 2000) em seu art. 8º parágrafo único e em seu art. 50, pode-se perceber o atendimento a lei do mecanismo de integração entre receita e despesa.

Art. 8º [...]

Parágrafo único. Os recursos legalmente vinculados a finalidade específica serão utilizados exclusivamente para atender ao objeto de sua vinculação, ainda que em exercício diverso daquele em que ocorrer o ingresso.

Art. 50. Além de obedecer às demais normas de contabilidade pública, a escrituração das contas públicas observará as seguintes:

I - a disponibilidade de caixa constará de registro próprio, de modo que os recursos vinculados a órgão, fundo ou despesa obrigatória fiquem identificados e escriturados de forma individualizada;

A classificação por fonte/destinação de recursos identifica se os recursos são vinculados ou não, e caso seja vinculado, pode indicar sua finalidade. A destinação, conforme MCASP (2012, p. 115), pode ser classificada em:

- Destinação vinculada – é o processo de vinculação entre a origem e a aplicação de recursos, em atendimento às finalidades específicas estabelecidas pela norma;

- Destinação ordinária – é o processo de alocação livre entre a origem e a aplicação de recursos, para atender quaisquer finalidades.

Carvalho (2010) diz que vinculações são relacionadas com instrumentos constitucionais e legislativos que regulamentam a aplicação de recursos: para as funções essenciais, entes, órgãos, entidades e fundos. Existem vinculações segundo MCASP (2012), derivadas de convênio e contratos de empréstimos e financiamentos, em que os recursos são obtidos com finalidade específica.

2.6 POLÍTICAS PÚBLICAS APLICADAS À SAÚDE: UM BREVE HISTÓRICO

A saúde pública é marcada em sua história por sucessivas reorganizações administrativas e edições de normas. Devido a uma falta de clareza e de uma definição em relação à política de saúde, a história da saúde permeia e se confunde com a história da previdência social no Brasil em determinados períodos. Nas ações preventivas de saúde enfrentou dificuldades institucionais e administrativas devido ao limitado desenvolvimento científico, tecnológico e industrial. E também um lento processo de consciência dos direitos de cidadania. (FUNASA, 2014)

Polignano (s.d.) diz que antes da vinda da família real ao Brasil, a atenção a saúde se limitava aos recursos da terra (ervas) e aqueles que detinham conhecimento empírico (curandeiros). Após a chegada da família real, surgiu a necessidade de uma estrutura sanitária mínima, que daria suporte a corte que se instalava no Rio de Janeiro. Até 1850 as atividades de saúde pública estavam limitadas ao seguinte: delegação das atribuições sanitárias as juntas municipais; controle de navios e saúde dos portos.

Em 1789 só existiam 4 (quatro) médicos exercendo a profissão no Rio de Janeiro, e nos outros estados eram inexistentes. Com esta deficiência médica se espalhou pelo país os Boticários (farmacêuticos). Os boticários tinham a competência de manipulação das fórmulas prescritas pelos médicos, mas eles próprios tomavam a iniciativa de indicá-los, fato comum até hoje. (POLIGNANO, s.d.)

Durante a República Velha (1889-1930), Barros (2011) afirma que as ações de saúde eram concentradas no Distrito Federal (Rio de Janeiro) e

direcionadas as doenças epidêmicas (febre amarela, malária, varíola e peste) que prejudicavam o comércio nos portos.

A vinda de imigrantes para o Brasil, principalmente os italianos (anarquistas), traziam consigo a história do movimento operário na Europa e dos direitos trabalhistas que já tinham sido conquistados lá. Desta forma procuraram mobilizar e organizar a classe operária no Brasil a lutar pelos seus direitos. As péssimas condições de trabalho ocasionaram as greves gerais no país, uma em 1917 e outra em 1919. (POLIGNANO, s. d.)

Segundo Barros (2011), devido a estes movimentos foi criada em 1923 através da Lei Eloy Chaves, as primeiras Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), marco inicial da previdência social no Brasil. As caixas deveriam ser organizadas por empresas e não por categorias profissionais. Era mantida com recursos dos empregados das fabricas, patrões e do governo. Tinha como objetivo garantir a aposentadoria dos funcionários e prestar assistência médica.

No período Vargas (1930-1945) Barros (2011), continua afirmando que em substituição ao sistema fragmentado das CAPs, foram transformados gradativamente em Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs). Nestes institutos os trabalhadores eram organizados por categoria profissional (marítimos, comerciários, bancários) e não por empresa e foram criados de acordo com a capacidade de organização, mobilização e importância da categoria profissional em questão. Os recursos oriundos dos institutos eram utilizados para o pagamento de aposentadorias, pensão por morte, assistência médica e socorros farmacêuticos. Este modelo excluía os trabalhadores informais, desempregados, subempregados e trabalhadores rurais (maioria da população).

Durante o período Vargas foi criado o Ministério da Educação e Saúde (1930). Com recursos financeiros norte americano da Fundação Rockefeller foram criados o Serviço Nacional de Febre Amarela (1937) e o serviço de Malária do Nordeste (1939). Em 1941 foram criados os serviços Nacionais da Peste, Tuberculose, do Câncer, de Doenças Mentais, entre outros. Com um acordo com o governo norte americano foi criado o SESP (1942) para combate da malária e a febre amarela na Amazônia e no Vale do Rio Doce (região de interesse econômico para os EUA). (BARROS, 2011)

Em 1949 foi criado o SAMDU – Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência mantido por todos os institutos e as caixas ainda remanescentes. (POLIGNANO, s. d.)

Conforme Barros (2011), o Ministério da Saúde foi desmembrado do Ministério da Saúde e Educação em 1953. Em 1956, foi criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERU), incorporando os antigos serviços nacionais de febre amarela, malária, peste.

Em 1960 foi promulgada a Lei 3.807 – Lei Orgânica da Previdência Social, que uniformizou o regime geral da previdência social, destinado a abranger todos os trabalhadores sujeitos ao regime da CLT, excluídos os trabalhadores rurais, os empregados domésticos, os servidores públicos e de autarquias e que tivessem regimes próprios de previdência. (POLIGNANO, s.d.)

Continua Polignano (s.d.) que em 1963 os trabalhadores rurais são incorporados ao sistema com a aprovação da Lei 4.214 de 02 de março de 1963 que instituiu o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural – FUNRURAL. “A lei previa uma contribuição tríplice com a participação do empregado, empregador e a União. O governo federal nunca cumpriu a sua parte, o que evidentemente comprometeu seriamente a estabilidade do sistema” (POSSAS,1981, apud POLIGNANO, s.d., p.13).

Já em 1967, conforme Barros (2011) é implantado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), reunindo os seis Institutos de Aposentadorias e Pensões, o Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência (SAMDU) e a Superintendência dos Serviços de Reabilitação da Previdência Social, retirando a contribuição da União no financiamento da previdência social.

Ao unificar o sistema, o governo militar tinha que manter os benefícios já instituídos fora das aposentadorias e pensões, como a assistência médica. Desta forma, foram estabelecidos convênios e contratos com a maioria dos médicos e hospitais existentes no país, pagando-se pelos serviços produzidos (pró-labore). Este sistema foi se tornando mais complexo tanto do ponto de vista administrativo quanto financeiro, que acabou levando a criação de uma estrutura própria administrativa, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) em 1978. (POLIGNANO, s.d.)

Ainda conforme Polignano (s.d.) o sistema previdenciário saiu da área do Ministério do Trabalho em 1974, para ser um ministério próprio, o Ministério da Previdência e Assistência Social. Com este Ministério foi criado o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS). A criação deste fundo proporcionou a remodelação e ampliação dos hospitais da rede privada, através de empréstimos com juros subsidiados.

Em 1981 foi criado o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) ligado ao INAMPS, com o intuito de conter custos e combater fraudes. E em 1983 foi criado a AIS (Ações Integradas de Saúde), projeto interministerial (Previdência - Saúde - Educação), visando um novo modelo assistencial que incorporava o setor público, procurando integrar ações curativas, preventivas e educativas. (POLIGNANO, s.d.)

Barros (2011) comenta que no período da ditadura militar (1964-1985) houve um retrocesso nos direitos da saúde já anteriormente conquistados e as campanhas do Ministério da Saúde tiveram baixa eficácia, com financiamento reduzido. Devido a ditadura militar, a criação do SUS demorou 20 anos para sair do papel. As bases para o Sistema Único de Saúde foram lançadas em 1963, retomando o projeto somente em 1986.

2.6.1 Constituição Federal de 1988

Com a Constituição Federal de 1988, foi instituída a Seguridade Social no Brasil, assegurando direitos à saúde, previdência social e assistência social. Cita Barros (2011, p. 36) que,

Saúde é direito de todos e dever do Estado (independente de contribuição individual), assistência social é prestada somente aos que dela necessitam, também independente de contribuição (proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice, bem como aos deficientes e incapacitados), e a previdência social é dirigida aos trabalhadores e seus dependentes, do setor público e privado, mas dependente de contribuição individual.

A Constituição traz em seu artigo 196 que,

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

O Sistema Único de Saúde é definido também na Constituição pelo artigo 198, em que diz

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.

O artigo é comentado por Barros (2011) afirmando que este sistema procura organizar os diferentes serviços de saúde, como centros de vigilância em saúde, laboratórios, unidades básicas, hospitais em todas as regiões do país, com autonomia dentro de cada Município, Estado e União, mas seguindo normas gerais de funcionamento.

O atendimento oferecido pelo SUS, continua Barros (2011), deve ser completo, desde educação a saúde até transplantes e cirurgias. E a comunidade deve participar do planejamento, definição de prioridades, acompanhamento da execução e avaliação do impacto na comunidade.

A iniciativa privada também pode participar do SUS, como consta na CF,

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º - É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º - É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º - A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

As atribuições ao SUS é definida no artigo 200 da CF,

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

- IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
- V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;
- VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
- VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

Percebe-se que as atribuições do SUS são amplas. Sua responsabilidade não é apenas cuidar dos hospitais, vacinas ou clínicas, mas também cuidar da água, alimentação, pesquisas entre outras ações. (BARROS, 2011)

2.6.2 Lei 8.080/90

O SUS somente foi regulamentado em 19 de setembro de 1990 através da Lei 8.080. Esta lei define o modelo operacional do SUS, propondo a sua forma de organização e de funcionamento.

A saúde passa a ser definida de forma mais abrangente, e a redação foi adaptada em 2013, pela Lei 12.864, como:

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. (Redação dada pela Lei nº 12.864, de 2013)
 Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social. (LEI Nº 8.080/90)

Em seu artigo 4º, a lei apresenta uma definição do Sistema Único de Saúde:

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).
 § 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.
 § 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.

A Lei nº 8.080, em seu capítulo I trata dos objetivos e atribuições do SUS. Polignano (s.d., p.23-24) define esses objetivos e atribuições

- identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- formular as políticas de saúde;
- fornecer assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.
- executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica;
- executar ações visando a saúde do trabalhador;
- participar na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;
- participar da formulação da política de recursos humanos para a saúde;
- realizar atividades de vigilância nutricional e de orientação alimentar;
- participar das ações direcionadas ao meio ambiente;
- formular políticas referentes a medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;
- controle e fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
- fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;
- participação no controle e fiscalização de produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- incremento do desenvolvimento científico e tecnológico na área da saúde;
- formulação e execução da política de sangue e de seus derivados.

O Sistema Único de Saúde é baseado em princípios que foram atribuídos através desta lei em seu artigo 7º,

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

Poligianano (s.d., p.23) sintetiza o artigo 7º desta lei como,

- UNIVERSALIDADE - o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais;
- EQUIDADE - é um princípio de justiça social que garante a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. A rede de serviços deve estar atenta às necessidades reais da população a ser atendida;
- INTEGRALIDADE - significa considerar a pessoa como um todo, devendo as ações de saúde procurar atender à todas as suas necessidades.

O recurso de financiamento ao SUS é proveniente do Orçamento da Seguridade Social. (LEI Nº 8.080/90, ART. 31). Já em seu artigo 33, comenta que esses recursos serão depositados em conta especial em cada esfera de atuação, e será fiscalizado pelos Conselhos de Saúde.

O repasse dos recursos a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, se baseiam nos seguintes critérios:

Art. 35 [...]

- I - perfil demográfico da região;
- II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;
- III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;
- IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;
- V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;
- VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;
- VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

Para regulamentar o repasse dos recursos, foi aprovada a Lei 8.142/90,

Art. 2º Os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados como:

IV - cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.

Parágrafo único. Os recursos referidos no inciso IV deste artigo destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde.

Art. 3º Os recursos referidos no inciso IV do art. 2º desta lei serão repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e

Distrito Federal, de acordo com os critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Esses recursos, conforme § 2º, serão destinados no mínimo setenta por cento, aos Municípios, sendo o restante aos Estados.

Para receber o recurso, os Municípios, Estados e Distrito Federal, deverão conforme art. 4º da Lei 8.142/90, dispor de:

- I - Fundo de Saúde;
- II - Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990;
- III - plano de saúde;
- IV - relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;
- V - contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;
- VI - Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.

2.6.3 Emenda Constitucional 29/2000

A falta de recursos e a irregularidade nos fluxos financeiros sempre existiram no sistema público de saúde brasileiro, antes mesmo da criação do SUS. Este foi criado em meio a uma crise econômica, e como recursos para seus gastos, teve como estratégia, primeiramente um percentual do Orçamento da Seguridade Social, depois passou pela criação de fonte vinculada ao CPMF (1996 - 2007) e desembocou na vinculação de recursos das três esferas de Governo com a aprovação da Emenda Constitucional nº 29 de 13 de setembro de 2000. (SERVO et. al., 2011)

Com a EC 29/00, afirma Servo et. al. (2011) que o sistema começou a se estabilizar financeiramente, e provocou importante mudança na participação dos entes da Federação no financiamento do SUS.

A Emenda Constitucional nº 29/2000 define os percentuais mínimos de aplicação em ações e serviços públicos de saúde. Conforme Servo et. al. (2011, p. 91) ele comenta baseado na EC esses percentuais.

No caso da União, os recursos a ser aplicados em 2000 seriam o montante empenhado no exercício de 1999 acrescido de, no mínimo, 5%. A partir daí o valor mínimo seria apurado no ano anterior e corrigido pela variação nominal do PIB. Os Estados e o Distrito Federal deveriam aplicar, no mínimo, 12% da receita vinculada; ao passo que os municípios deveriam aplicar 15% e, em 2000, o percentual mínimo a ser aplicado seria de 7% para esses entes da federação.

A Ementa Constitucional 29 representou uma vitória, pois mesmo com o fim da CPMF, não houve redução significativa de recursos para a saúde. Contudo, o montante de recursos públicos repassados era insuficiente para financiar um sistema universal, integral e gratuito. (SERVO et. al., 2011)

2.6.4 Lei Complementar 141/2012

A Constituição Federal de 1988, no artigo 198, parágrafo 3º incluído pela Emenda Constitucional 29, determinou que, por meio de Lei Complementar, seriam definidos os percentuais que a União, os Estados e os municípios aplicariam na área da saúde, explicitando critérios de reavaliação, normas de fiscalização e controle. Essa regulamentação da EC 29/2000 foi aprovada somente em 2012 com a Lei Complementar 141.

A Constituição de 1988 conferiu amplo conceito de saúde, nele incluindo condicionantes afetas a alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e outros (art. 196 da CF e art. 3º da Lei nº 8.080, de 1990); mas não fixou o conjunto de ações e serviços públicos a ser mantidos e ampliados com os recursos do piso constitucional.

Assim, com a LC 141 é possível quantificar e garantir o financiamento das despesas essenciais para a manutenção do sistema. Com a criação de regras, diretrizes e condições para identificar as despesas para apuração do mínimo constitucional nas ações e serviços públicos de saúde. (CONOF/CD, 2012)

Mesmo o conceito de saúde sendo abrangente, a lei delimita as despesas que referem-se ao setor da saúde. A lei também aborda como os recursos serão repassados:

Art. 12. Os recursos da União serão repassados ao Fundo Nacional de Saúde e às demais unidades orçamentárias que compõem o órgão Ministério da Saúde, para ser aplicados em ações e serviços públicos de saúde.

Art. 13. [...]

§ 2º Os recursos da União previstos nesta Lei Complementar serão transferidos aos demais entes da Federação e movimentados, até a sua destinação final, em contas específicas mantidas em instituição financeira oficial federal, observados os critérios e procedimentos definidos em ato próprio do Chefe do Poder Executivo da União.

2.7 LIMITES LEGAIS DE GASTOS COM A SAÚDE

As ações e serviços públicos de saúde citadas pelo CONOF/CD 2012 são consideradas pela LC141/2012,

Art. 2º Para fins de apuração da aplicação dos recursos mínimos estabelecidos nesta Lei Complementar, considerar-se-ão como despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde que atendam, simultaneamente, aos princípios estatuídos no art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e às seguintes diretrizes:

I - sejam destinadas às ações e serviços públicos de saúde de acesso universal, igualitário e gratuito;

II - estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente da Federação; e

III - sejam de responsabilidade específica do setor da saúde, não se aplicando a despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde da população.

Parágrafo único. Além de atender aos critérios estabelecidos no caput, as despesas com ações e serviços públicos de saúde realizadas pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios deverão ser financiadas com recursos movimentados por meio dos respectivos fundos de saúde.

2.7.1 Quais as Receitas Consideradas para o Limite de Gastos com Saúde

As receitas consideradas para o cálculo do limite mínimo a ser aplicado em saúde são, conforme art. 6º e 7º da LC 141/2012, onde diz que:

- Os Estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, a arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam o art. 157, a alínea "a" do inciso I e o inciso II do caput do art. 159, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios.

- Os Municípios e o Distrito Federal aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, a arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam o art. 158 e a alínea "b" do inciso I do caput e o § 3º do art. 159, todos da Constituição Federal.

Essas arrecadações e transferências se referem aos seguintes impostos:

Estados

⇒ ITCD - Impostos de Transmissão "causa mortis" e Doação;

- ⇒ ICMS - Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação;
- ⇒ IPVA - Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores;
- ⇒ IRRF - Imposto de Renda Retido na Fonte;
- ⇒ FPE - Fundo de Participação dos Estados e DF;
- ⇒ Cota-Parte IPI Exportação;
- ⇒ Compensações Financeiras Provenientes de Impostos e Transferências Constitucionais.

Municípios

- ⇒ IPTU - Imposto sobre a Propriedade Territorial Urbana;
- ⇒ ITBI - Imposto de Transmissão de Bens "Inter Vivos";
- ⇒ ISS - Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza;
- ⇒ IRRF - Imposto de Renda Retido na Fonte;
- ⇒ ITR - Imposto Territorial Rural;
- ⇒ Cota-Parte IPVA;
- ⇒ Cota-Parte ICMS;
- ⇒ Cota-Parte ITR;
- ⇒ FPM - Fundo de Participação dos Municípios;
- ⇒ Cota-Parte IPI Exportação;
- ⇒ Compensações Financeiras Provenientes de Impostos e Transferências Constitucionais.

Distrito Federal – Impostos Estaduais

- ⇒ ITCD - Impostos s/ Transmissão "causa mortis" e Doação;
- ⇒ ICMS - Imposto s/ Circulação de Mercad. e Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação;
- ⇒ IPVA - Imposto s/ Propriedade de Veículos Automotores;
- ⇒ FPE - Fundo de Participação dos Estados e DF;
- ⇒ Cota-Parte IPI Exportação;
- ⇒ Compensações Financeiras Provenientes de Impostos e Transferências Constitucionais.

Distrito Federal – Impostos Municipais

- ⇒ IPTU - Imposto sobre Propriedade Territorial Urbana
- ⇒ ITBI - Imposto de Transmissão de Bens "Inter Vivos"
- ⇒ ISS - Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza
- ⇒ ITR - Imposto Territorial Rural
- ⇒ Cota-Parte IPVA
- ⇒ Cota-Parte ICMS
- ⇒ Cota- Parte ITR
- ⇒ FPM - Fundo de Participação dos Municípios
- ⇒ Cota-Parte IPI Exportação
- ⇒ Compensações Financeiras Provenientes de Impostos e Transferências Constitucionais

2.7.2 Qual o Mínimo de Recursos a Serem Aplicados na Saúde

Para a apuração dos recursos mínimos a serem aplicados, consideram-se despesas com ações e serviços públicos de saúde, conforme LC 141/2012:

Art. 3º [...]

- I - vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária;
 - II - atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais;
 - III - capacitação do pessoal de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS);
 - IV - desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS;
 - V - produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como: imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos;
 - VI - saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pelo Conselho de Saúde do ente da Federação financiador da ação e esteja de acordo com as diretrizes das demais determinações previstas nesta Lei Complementar;
 - VII - saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos;
 - VIII - manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças;
 - IX - investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde;
 - X - remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividade nas ações de que trata este artigo, incluindo os encargos sociais;
 - XI - ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde;
- e

XII - gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde.

Não correspondem as despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas decorrentes de:

Art. 4º [...]

I - pagamento de aposentadorias e pensões, inclusive dos servidores da saúde;

II - pessoal ativo da área de saúde quando em atividade alheia à referida área;

III - assistência à saúde que não atenda ao princípio de acesso universal;

IV - merenda escolar e outros programas de alimentação, ainda que executados em unidades do SUS, ressalvando-se o disposto no inciso II do art. 3º;

V - saneamento básico, inclusive quanto às ações financiadas e mantidas com recursos provenientes de taxas, tarifas ou preços públicos instituídos para essa finalidade;

VI - limpeza urbana e remoção de resíduos;

VII - preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes da Federação ou por entidades não governamentais;

VIII - ações de assistência social;

IX - obras de infraestrutura, ainda que realizadas para beneficiar direta ou indiretamente a rede de saúde; e

X - ações e serviços públicos de saúde custeados com recursos distintos dos especificados na base de cálculo definida nesta Lei Complementar ou vinculados a fundos específicos distintos daqueles da saúde. (LC 141/2012)

O limite a ser aplicado pela União na saúde anualmente será de no mínimo, como apresenta em seu art. 5º a Lei Complementar 141/2012, o valor empenhado no exercício anterior acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual. Se a variação do PIB for negativa, o valor aplicado não poderá ser reduzido, em termos nominais, de um exercício financeiro para o outro.

Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, percentuais mínimos da arrecadação conforme artigos 6º a 8º da LC 141/2012:

- Estados: mínimo de 12%;

- Municípios: mínimo de 15%;

- Distrito Federal: mínimo de 12% dos impostos estaduais e mínimo de 15% dos impostos municipais.

2.7.2.1 Como é Efetuado o Cálculo para Gastos com a Saúde em um Município

Para efeito de cálculo dos recursos mínimos a serem aplicados na saúde, a Lei Complementar traz em seu artigo 24, que serão considerados:

Art. 24. [...]

I - as despesas liquidadas e pagas no exercício; e

II - as despesas empenhadas e não liquidadas, inscritas em Restos a Pagar até o limite das disponibilidades de caixa ao final do exercício, consolidadas no Fundo de Saúde.

As receitas consideradas são as de impostos e de transferências constitucionais e legais (são receitas recebidas da União e dos Estados de impostos arrecadados e repartidos com os Municípios conforme art. 158 e a alínea “b” do inciso I do caput e o § 3º do art. 159, todos da Constituição Federal – Anexo A). Desta receita excluem-se as seguintes deduções: restituições (tributos recebidos a maior ou indevidamente), os descontos, as retificações (correção de dados), bem como valores de multas, juros de mora e outros encargos dos impostos, as receitas da dívida ativa e seus encargos. (MANUAL DE DEMONSTRATIVOS FISCAIS, 2012)

Conforme este mesmo manual, não deverão ser excluídas das receitas de impostos, as transferências destinadas ao FUNDEB, registradas em conta contábil de dedução da variação patrimonial aumentativa.

A tabela 1 mostra o relatório resumido da execução orçamentária das receitas e despesas com ações e serviços públicos de saúde.

Tabela 1: Demonstrativo das Receitas e Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde

RREO - ANEXO 12 (LC 141/2012, art. 35) R\$ 1,00

RECEITAS PARA APURAÇÃO DA APLICAÇÃO EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE	PREVISÃO INICIAL	PREVISÃO ATUALIZADA (a)	RECEITAS REALIZADAS	
			Até o Bimestre (b)	% (b/a) x 100
RECEITA DE IMPOSTOS LÍQUIDA (I)				
Imposto Predial e Territorial Urbano - IPTU				
Imposto sobre Transmissão de Bens Intervivos - ITBI				
Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS				
Imposto de Renda Retido na Fonte - IRRF				
Imposto Territorial Rural - ITR				
Multas, Juros de Mora e Outros Encargos dos Impostos				
Dívida Ativa dos Impostos				
Multas, Juros de Mora e Outros Encargos da Dívida Ativa				
RECEITA DE TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS (II)				
Cota-Parte FPM				
Cota-Parte ITR				
Cota-Parte IPVA				
Cota-Parte ICMS				
Cota-Parte IPI-Exportação				
Compensações Financeiras Provenientes de Impostos e Transferências Constitucionais				
Desoneração ICMS (LC 87/96)				
Outras				
TOTAL DAS RECEITAS PARA APURAÇÃO DA APLICAÇÃO EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE (III) = I + II				

RECEITAS ADICIONAIS PARA FINANCIAMENTO DA SAÚDE	PREVISÃO INICIAL	PREVISÃO ATUALIZADA (c)	RECEITAS REALIZADAS	
			Até o Bimestre (d)	% (d/c) x 100
TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE-SUS				
Provenientes da União				
Provenientes dos Estados				
Provenientes de Outros Municípios				
Outras Receitas do SUS				
TRANSFERÊNCIAS VOLUNTÁRIAS				
RECEITAS DE OPERAÇÕES DE CRÉDITO VINCULADAS À SAÚDE				
OUTRAS RECEITAS PARA FINANCIAMENTO DA SAÚDE				
TOTAL RECEITAS ADICIONAIS PARA FINANCIAMENTO DA SAÚDE				

(Continua)

(Continuação)

DESPESAS COM SAÚDE (Por Grupo de Natureza da Despesa)	DOTAÇÃO INICIAL	DOTAÇÃO ATUALIZADA (e)	DESPESAS EMPENHADAS		DESPESAS LIQUIDADAS	
			Até o Bimestre (f)	% (f/e) x 100	Até o Bimestre (g)	% (g/e) x 100
DESPESAS CORRENTES						
Pessoal e Encargos Sociais						
Juros e Encargos da Dívida						
Outras Despesas Correntes						
DESPESAS DE CAPITAL						
Investimentos						
Inversões Financeiras						
Amortização da Dívida						
TOTAL DAS DESPESAS COM SAÚDE (IV)						

DESPESAS COM SAÚDE NÃO COMPUTADAS PARA FINS DE AFURAÇÃO DO PERCENTUAL MÍNIMO	DOTAÇÃO INICIAL	DOTAÇÃO ATUALIZADA	DESPESAS EMPENHADAS		DESPESAS LIQUIDADAS	
			Até o Bimestre (h)	% (h/IV)x 100	Até o Bimestre (i)	% (i/IV)x 100
DESPESAS COM INATIVOS E PENSIONISTAS						
DESPESA COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE QUE NÃO ATENDE AO PRINCÍPIO DE ACESSO UNIVERSAL						
DESPESAS CUSTEADAS COM OUTROS RECURSOS						
Recursos de Transferência do Sistema Único de Saúde - SUS						
Recursos de Operações de Crédito						
Outros Recursos						
OUTRAS AÇÕES E SERVIÇOS NÃO COMPUTADOS						
RESTOS A PAGAR NÃO PROCESSADOS INSCRITOS INDEVIDAMENTE NO EXERCÍCIO SEM DISPONIBILIDADE FINANCEIRA ¹						
DESPESAS CUSTEADAS COM DISPONIBILIDADE DE CAIXA VINCULADA AOS RESTOS A PAGAR CANCELADOS ²						
DESPESAS CUSTEADAS COM RECURSOS VINCULADOS À PARCELA DO PERCENTUAL MÍNIMO QUE NÃO FOI APLICADA EM AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE EM EXERCÍCIOS ANTERIORES ³						
TOTAL DAS DESPESAS COM NÃO COMPUTADAS (V)						

TOTAL DAS DESPESAS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE (VI) = (IV - V)						
--	--	--	--	--	--	--

PERCENTUAL DE APLICAÇÃO EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE SOBRE A RECEITA DE IMPOSTOS LÍQUIDA E TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS (VII%) = (VIh / IIIh x 100) - LIMITE CONSTITUCIONAL 15%^{4,5}	
--	--

VALOR REFERENTE À DIFERENÇA ENTRE O VALOR EXECUTADO E O LIMITE MÍNIMO CONSTITUCIONAL ((VII - 15)/100 x IIIh)	
---	--

EXECUÇÃO DE RESTOS A PAGAR INSCRITOS COM DISPONIBILIDADE DE CAIXA	INSCRITOS	CANCELADOS/ PRESCRITOS	PAGOS	A PAGAR	PARCELA CONSIDERADA NO LIMITE
Inscritas em <Exercício de Referência - 1>					
-					
Inscritas em <Exercício de Referência - 5>					
Inscritas em <Exercícios Anteriores ao de Referência - Somatório>					
Total					

(Continua)

(Continuação)

CONTROLE DAS DESPESAS CUSTEADAS COM DISPONIBILIDADE DE CAIXA VINCULADA AOS RESTOS A PAGAR CANCELADOS OU PRESCRITOS CONSIDERADOS PARA FINS DE CUMPRIMENTO DO LIMITE ARTIGO 24, § 1º e 2º	DISPONIBILIDADE DE CAIXA VINCULADA AOS RESTOS A PAGAR CANCELADOS OU PRESCRITOS		
	Saldo Inicial	Despesas custeadas no exercício de referência (j)	Saldo Final (Não Aplicado)
Restos a Pagar Cancelados ou Prescritos em <Exercício de Referência>			
Restos a Pagar Cancelados ou Prescritos em <Exercício de Referência - 1>			
-			
Total (VIII)			

CONTROLE DAS DESPESAS CUSTEADAS COM RECURSOS VINCULADOS À PARCELA DO PERCENTUAL MÍNIMO NÃO APLICADA EM AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE EM EXERCÍCIOS ANTERIORES - ARTIGOS 25 E 26	RECURSOS VINCULADOS À DIFERENÇA DE LIMITE NÃO CUMPRIDO		
	Saldo Inicial	Despesas custeadas no exercício de referência (k)	Saldo Final (Não Aplicado)
Diferença de limite não cumprido em <Exercício de Referência - 1>			
Diferença de limite não cumprido em <Exercício de Referência - 2>			
-			
Total (IX)			

DESPESAS COM SAÚDE (Por Subfunção)	DOTAÇÃO INICIAL	DOTAÇÃO ATUALIZADA	DESPESAS EMPENHADAS		DESPESAS LIQUIDADAS	
			Até o Bimestre	%	Até o Bimestre	%
			(l)	(l/total l) x 100	(m)	(m/total m) x 100
Atenção Básica						
Assistência Hospitalar e Ambulatorial						
Suporte Profilático e Terapêutico						
Vigilância Sanitária						
Vigilância Epidemiológica						
Alimentação e Nutrição						
Outras Subfunções						
TOTAL						

Fonte: Manual de Demonstrativos Fiscais, 2012, p. 449-450

Na tabela acima, o primeiro quadro apresenta as receitas de impostos e as transferências constitucionais. As transferências de FPM, ITR, IPVA, ICMS são registradas pelo seu valor bruto, incluindo o valor deduzido para destinação ao FUNDEB. Não devem ser considerados os valores referentes ao FPM referente a “um por cento ao Fundo de Participação dos Municípios, que será entregue no primeiro decêndio do mês de dezembro de cada ano” (CF 88, art. 159, I, d). Do total da “Receita de Impostos Líquida” mais a “Receita de Transferências Constitucionais e Legais” se obtém a base de cálculo para a apuração dos limites mínimos estabelecidos na Lei Complementar nº 141/2012. (MDF, 2012)

No quadro “Receitas Adicionais para Financiamento da Saúde”, identifica os valores de recursos de transferências recebidas da União, Estados, Distrito Federal e dos demais Municípios referente ao SUS, cuja destinação está vinculada a saúde. Estes recursos não compõe a base de cálculo para comprovação de limites mínimos constitucionais. (MDF, 2012)

As despesas com saúde são demonstradas no 3º - Despesas com Saúde - e 4º - Despesas com Saúde não Computadas para Fins de Apuração do Percentual Mínimo - quadro. No primeiro, identifica todas as despesas detalhadas por grupo de natureza de despesa. No segundo, identifica as despesas que por força da Lei Complementar nº 141/2012 não são consideradas para fins de apuração do percentual mínimo. As despesas incluídas neste quadro também devem constar no primeiro. (MDF, 2012)

Portanto, ainda segundo o Manual de Demonstrativos Fiscais (2012) o total de despesas com ações e serviços públicos de saúde será igual a “Despesas com Saúde” deduzidas as “Despesas com Saúde não Computadas para Fins de Apuração do Percentual Mínimo”. Esse valor representa todo o gasto do ente com ações e serviços públicos de saúde, financiados com recursos próprios.

O percentual da execução das despesas com ações e serviços públicos de saúde em relação ao total de receitas é dado pelo: “Total das Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde” dividido pelo “Total das Receitas para Apuração da Aplicação em Ações e Serviços Públicos de Saúde” multiplicado por 100 (cem). Esse percentual tem a finalidade de demonstrar se o limite mínimo exigido pela Lei Complementar nº 141/2012 está sendo cumprido.

Caso não se consiga atingir o mínimo de gastos definido em lei, a LC 141/2012 estabelece que:

Art. 25. Eventual diferença que implique o não atendimento, em determinado exercício, dos recursos mínimos previstos nesta Lei Complementar deverá, observado o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 160 da Constituição Federal, ser acrescida ao montante mínimo do exercício subsequente ao da apuração da diferença, sem prejuízo do montante mínimo do exercício de referência e das sanções cabíveis.

Art. 26. Para fins de efetivação do disposto no inciso II do parágrafo único do art. 160 da Constituição Federal, o condicionamento da entrega de recursos poderá ser feito mediante exigência da comprovação de aplicação adicional do percentual mínimo que deixou de ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde no exercício imediatamente anterior, apurado e divulgado segundo as normas estatuídas nesta Lei Complementar, depois de expirado o prazo para publicação dos demonstrativos do encerramento

do exercício previstos no art. 52 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

§ 1º No caso de descumprimento dos percentuais mínimos pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios, verificado a partir da fiscalização dos Tribunais de Contas ou das informações declaradas e homologadas na forma do sistema eletrônico instituído nesta Lei Complementar, a União e os Estados poderão restringir, a título de medida preliminar, o repasse dos recursos referidos nos incisos II e III do § 2º do art. 198 da Constituição Federal ao emprego em ações e serviços públicos de saúde, até o montante correspondente à parcela do mínimo que deixou de ser aplicada em exercícios anteriores, mediante depósito direto na conta corrente vinculada ao Fundo de Saúde, sem prejuízo do condicionamento da entrega dos recursos à comprovação prevista no inciso II do parágrafo único do art. 160 da Constituição Federal.

O descumprimento dos limites mínimos de aplicação em ações e serviços públicos de saúde impedirá, até que sua situação esteja regularizada, que o ente da Federação receba transferências voluntárias. (LRF, art. 25, § 1º, IV, b)

O Decreto nº 7.827/2012 regulamenta os procedimentos nos casos de descumprimento do limite estabelecido pela LC nº 141/12.

3 METODOLOGIA

Este capítulo visa demonstrar os procedimentos metodológicos utilizados na pesquisa, por meio do conhecimento científico, seguindo procedimentos e normas de pesquisa. A separação das tipologias se dará quanto: aos objetivos, aos procedimentos e a abordagem do problema.

A pesquisa parte de uma dúvida ou problema e, com uso do método científico, busca uma resposta ou solução. Para, Gil (2002, p. 19), a pesquisa pode ser definida como,

O procedimento racional e sistemático que tem como objetivo proporcionar respostas aos problemas que são propostos. Pesquisa é requerida quando não se dispõe de informação suficiente para responder ao problema, ou então quando a informação disponível se encontra em tal estado de desordem que não possa ser adequadamente relacionada ao problema.

De acordo com Barros e Lehfeld (2000, p. 67) “o conhecimento obtido pela investigação científica contribuirá para a ampliação do conhecimento já acumulado, bem como para a construção, reformulação e transformação de teorias científicas”.

A pesquisa referente aos objetivos é classificada como descritiva, e segundo afirma Barros e Lehfeld (2000, p. 70):

Neste tipo de pesquisa, não há a interferência do pesquisador, isto é, ele descreve o objeto de pesquisa. Procura descobrir a frequência com que um fenômeno ocorre, sua natureza, características, causas, relações e conexões com outros fenômenos.

Complementando, Cervo e Bervian (2002, p. 66), descreve que “a pesquisa descritiva observa, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos (variáveis) sem manipulá-los”. Ainda conforme os autores, “busca conhecer as diversas situações e relações que ocorrem na vida social, política, econômica e demais aspectos do comportamento humano.”

A tipologia de pesquisa utilizada quanto ao procedimento será uma pesquisa bibliográfica, baseada em literatura, artigos, leis, decretos. Conforme Cervo e Bervian (2002, p. 65), “a pesquisa bibliográfica procura explicar um problema a partir de referências teóricas publicadas em documentos.” Afirmam ainda que a pesquisa bibliográfica “busca conhecer e analisar as contribuições culturais e científicas do passado existente sobre um determinado assunto, tema ou problema.”

Será utilizada, também, a pesquisa documental, por meio da análise e utilização de relatórios. Conforme Fonseca (2002), a pesquisa documental recorre a fontes mais diversificadas e dispersas, tais como: tabelas estatísticas, jornais, revistas, relatórios, documentos oficiais, cartas, filmes ou relatórios de empresas. Vale-se de materiais que não receberam um tratamento analítico ou que ainda podem ser re-elaborados de acordo com os objetos de pesquisa.

Quanto à abordagem do problema será do tipo: quantitativa e qualitativa, uma vez que se pretende pesquisar dados e os analisá-los para a apresentação dos resultados obtidos.

A pesquisa quantitativa se traduz por tudo aquilo que pode ser quantificável, ou seja, traduzido em números as opiniões e informações para então obter a análise dos dados e, posteriormente, chegar a uma conclusão. Para Oliveira (1999, p. 115):

O Quantitativo, conforme o próprio termo indica, significa quantificar opiniões, dados, nas formas de coleta de informações, assim como também com o emprego de recursos e técnicas estatísticas desde as mais simples, como percentagem, média, moda, mediana e desvio padrão, até as de uso mais complexo, como coeficiente de correlação, análise de regressão, etc., normalmente utilizados em defesas de teses.

Será do tipo qualitativa, pois conforme aponta Richardson (1999, p. 80) “os estudos que empregam uma metodologia qualitativa podem descrever a complexidade de determinado problema, analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos vividos por grupos sociais”.

Nesse mesmo sentido, Fachin (2003, p. 81) descreve que a pesquisa qualitativa se caracteriza por:

Atributos e relaciona aspectos não somente mensuráveis, mas também definidos descritivamente. O conjunto de valores em que se divide uma variável qualitativa é denominado sistema de valores. Tais sistemas não são inalteráveis para cada variável. Conforme a natureza ou objetivos do pesquisador ou ainda das técnicas a serem usadas, a variável merece ser categorizada.

Sendo metodologia o caminho de métodos percorridos na busca do conhecimento, este trabalho busca verificar se a destinação dos recursos e o limite mínimo em gastos com ações e serviço públicos de saúde do Fundo Municipal de Saúde de Meleiro estão de acordo com a legislação em vigor.

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Com o intuito de verificar e identificar as Receitas de Impostos e Transferências Constitucionais, Legais e voluntárias na destinação dos recursos públicos na área da Saúde do município de Meleiro – SC., foram coletadas informações do SIOPS 2012 (ANEXO B).

Após a coleta dos dados, parte-se para a organização das informações recolhidas, através de tabelas e gráficos. Por meio destes, se faz a análise das receitas e despesas orçadas e efetivadas no ano de 2012 do Fundo Municipal de Saúde do município de Meleiro – SC.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

O município de Meleiro fica situado ao sul do estado de Santa Catarina. Sua base econômica é a agricultura, embasada no cultivo de arroz, fumo, milho e feijão; o extrativismo vegetal; a agroindústria e a avicultura.

Deu-se a criação do Município em 27-11-1961, com sua instalação em 20-12-1961. A população estimada é 7.002 (IBGE, 2010) habitantes, e o Produto Interno Bruto alcança o valor de R\$ 123.937.102,00, revelando um PIB per capita à época de R\$ 17.700,24.

4.2 APRESENTAÇÃO DOS DADOS

A base de dados para análise foi por meio de documentos fornecidos pela Prefeitura do Município de Meleiro, como o SIOPS (Sistema de Informações sobre Orçamento Público em saúde), demonstrativos de receitas e despesas do Fundo Municipal de Saúde do município. O ano escolhido foi 2012 por já ter sido aprovado pelo Tribunal de Contas do estado de Santa Catarina.

Foram analisadas as receitas realizadas e as despesas com ações e serviços públicos de saúde e verificado o percentual gasto com saúde no ano analisado. Para este cálculo foi considerado o valor pago, pois sendo o município pequeno os valores das despesas liquidadas são pagas no mesmo exercício

financeiro. O município também não apresentou restos a pagar, devido suas despesas empenhadas, liquidadas e pagas serem o mesmo valor.

As receitas de impostos e transferências constitucionais e legais do exercício de 2012 apresenta-se na tabela 2:

Tabela 2: Receitas de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais

RECEITA	PREVISÃO ATUALIZADA 2012 (R\$)	RECEITA REALIZADA 2012 (R\$)	ANÁLISE VERTICAL DA RECEITA REALIZADA (%)
Impostos (I)	1.020.000,00	849.482,86	7,01
ITR	0,00	0,00	0,00
IPTU	280.000,00	216.480,82	1,79
IRRF	125.000,00	142.358,45	1,17
ITBI	90.000,00	87.508,59	0,72
ISS	400.000,00	345.842,46	2,85
Multas e Juros de Mora de Impostos	35.000,00	4.739,67	0,04
Multas e Juros de Mora da Dívida Ativa	25.000,00	18.867,13	0,16
Dívida Ativa de Impostos	65.000,00	33.685,74	0,28
Transferências da União (II)	5.750.000,00	5.179.249,25	42,71
Cota-Parte FPM	5.480.000,00	4.918.424,87	40,56
Cota-Parte FPM-adic. (Art. 159 - I- alin. D CF/88)	220.000,00	218.246,06	1,80
Cota-Parte ITR	10.000,00	15.152,14	0,12
Lei Compl. nº 87/96 - Lei Kandir	40.000,00	27.426,18	0,23
Transferências do Estado (III)	6.725.000,00	6.096.954,31	50,28
Cota-Parte do ICMS (100%)	5.900.000,00	5.336.965,34	44,01
Cota-Parte do IPVA	700.000,00	674.136,62	5,56
Cota-Parte do IPI - Exportação (100%)	125.000,00	85.852,35	0,71
Receitas de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais (IV = I + II + III)	13.495.000,00	12.125.686,42	100,00

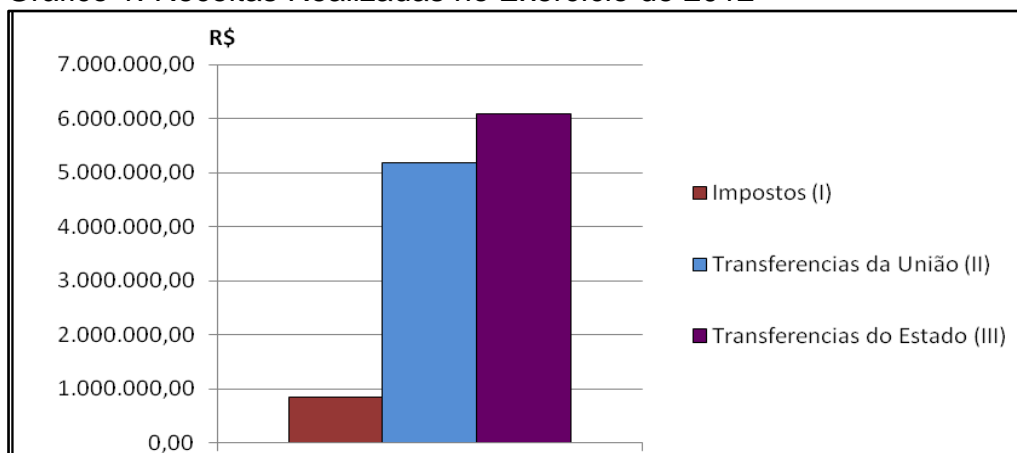
Fonte: SIOPS, 2012 (Adaptado pelo autor)

O município de Meleiro, é um município pequeno que tem como base da economia a agricultura, com isso, verifica-se na tabela acima, que torna-se pequena a arrecadação própria e para se manter necessita das transferências do Estado e da União.

Sua maior arrecadação é de ISS, correspondendo a 2,85% da arrecadação anual, sendo seguido pelo IPTU com 1,79%. Com os recursos

transferidos da União, sua maior receita vem do FPM, que representa 40,56% da receita total. E do Estado é o ICMS, correspondendo a 44,01%.

Gráfico 1: Receitas Realizadas no Exercício de 2012



Fonte: Elaborado pelo autor com base no SIOPS 2012.

No ano de 2012 a receita de transferências do Estado foi maior, sendo 50,28% do total, da União corresponde a 42,71% e a arrecadação do município a somente 7,01%. Da receita arrecadada, pode-se perceber no gráfico acima, que na sua maioria são receitas de transferência do Estado e da União.

A tabela abaixo mostra as transferências do Estado e da União para o município.

Tabela 3: Receitas de Transferências de outras Esferas de Governo para a Saúde

TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS DO SUS	PREVISÃO ATUALIZADA 2012 (R\$)	RECEITA REALIZADA 2012(R\$)	ANÁLISE VERTICAL DA RECEITA REALIZADA (%)
União (I)	945.000,00	926.032,36	70,60
Receita de Prest. Serviços (SAI/SIH)	0,00	0,00	0,00
Atenção Básica	665.000,00	612.654,10	46,71
Atenção de MAC Ambulatorial e Hospitalar	150.000,00	199.415,36	15,20
Vigilância em Saúde	35.000,00	27.941,54	2,13
Assistência Farmacêutica	60.000,00	36.021,36	2,75
Gestão do SUS	0,00	0,00	0,00
Investimento na Rede de Serviços de Saúde	35.000,00	50.000,00	3,81
Outras Transferências Fundo a Fundo	0,00	0,00	0,00
Convênios	0,00	0,00	0,00

Outras Transferências da União	0,00	0,00	0,00
Estado (II)	142.000,00	377.959,00	28,82
Receita de Prest. Serviços ao Estado	0,00	0,00	0,00
Convênios	17.000,00	300.000,00	22,87
Outras Transferências do Estado	125.000,00	77.459,00	5,91
Municípios (III)	0,00	0,00	0,00
Receita de Prest. Serviços a Municípios	0,00	0,00	0,00
Convênios	0,00	0,00	0,00
Transferências de outros Municípios	0,00	0,00	0,00
Rec. Prest. Serv. a Consórcios de Saúde	0,00	0,00	0,00
Outras Receitas do SUS (IV)	5.500,00	7.628,01	0,58
Remuneração de Depósitos Bancários	5.500,00	7.628,01	0,58
Rec. Prest. Serv. Instituições Privadas	0,00	0,00	0,00
Receitas de outros Serviços de Saúde	0,00	0,00	0,00
Total (V = I + II + III + IV)	1.092.500,00	1.311.619,37	100,00

Fonte: SIOPS, 2012 (Adaptada pelo autor)

A União e o Estado repassam ao município valores na forma de transferências, para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. A quantia destinada a cada município depende do tipo de programa. Estes recursos devem ser aplicados de acordo com sua finalidade.

Pode-se perceber na tabela 3 que a grande maioria dos recursos vem da União, representando 70,60% do total repassado, sendo este a maior parte para Atenção Básica, 46,71%. A maior transferência do Estado foi com convênio, representando 22,87%. A transferência de recursos do SUS vem em conta bancária específica e deve ser aplicado, rendendo durante o ano R\$ 7.628,01.

As despesas com ações e serviços públicos de saúde são mostradas na tabela 4.

Tabela 4: Despesa Total com Ações e Serviços Públicos de Saúde

DESPESA	DOTAÇÃO ATUALIZADA 2012 (R\$)	DESPESA PAGA 2012 (R\$)	ANÁLISE VERTICAL DA DESPESA PAGA (%)
Despesas Correntes (I)	3.508.292,18	3.097.348,67	84,23
Pessoal e Encargos Sociais	1.834.468,32	1.729.850,06	47,04

Juros e Encargos da Dívida	0,00	0,00	0,00
Outras Despesas Correntes	1.673.823,86	1.367.498,61	37,19
Despesas de Capital (II)	713.553,29	579.694,01	15,77
Investimentos	713.553,29	579.694,01	15,77
Inversões Financeiras	0,00	0,00	0,00
Amortizações da Dívida	0,00	0,00	0,00
Total (III = I + II)	4.221.845,47	3.677.042,68	100,00
(-) Inativos e Pensionistas (IV)	0,00	0,00	0,00
Total (V = III - IV)	4.221.845,47	3.677.042,68	100,00

Fonte: SIOPS, 2012 (Adaptado pelo autor)

A despesa com ações e serviços públicos de saúde, totalizaram no ano de 2012 R\$ 3.677.042,68, sendo 84,23% em despesas correntes, como maior despesa o gasto com pessoal e encargos sociais representado 47,04% da despesa. A despesas de capital representou 15,77%, sendo que os gastos ocorreram com investimentos.

Estas despesas são assim divididas por fonte de recursos:

Tabela 5: Despesa por Fonte de Recursos

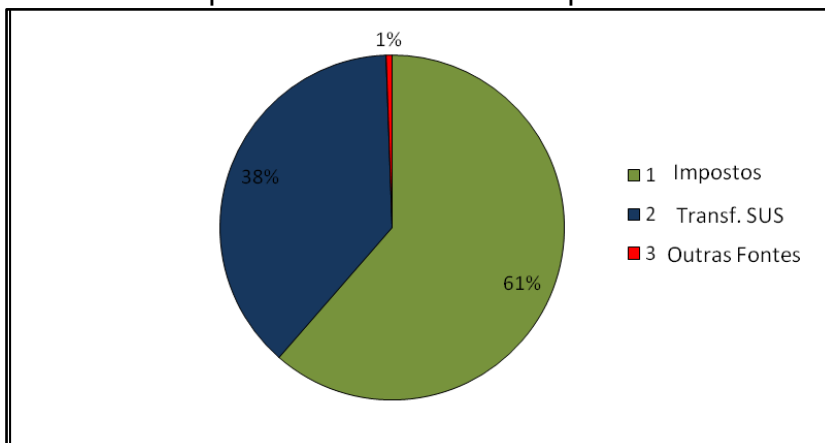
DESPESA POR FONTE DE RECURSOS	DOTAÇÃO ATUALIZADA	EMPENHADA	LIQUIDADADA	PAGA
Total	422.184.547,00	3.677.042,68	3.677.042,68	3.677.042,68
Impostos (incluindo Transf. Const. e Legais)	2.470.000,00	2.258.167,32	2.258.167,32	2.258.167,32
Receita de Transf. do SUS	1.640.345,47	1.398.251,23	1.398.251,23	1.398.251,23
Operações de Crédito	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras Fontes	111.500,00	20.624,13	20.624,13	20.624,13

Fonte: SIOPS, 2012

Nesta tabela percebe-se que o valor empenhado, liquidado e pago são iguais, portanto não apresentando restos a pagar na área da saúde no município.

As receitas utilizadas para os dispêndios com saúde no ano de 2012 foram utilizadas conforme mostra o gráfico 2.

Gráfico 2: Despesas do Exercício 2012 por Fonte de Recursos



Fonte: Elaborado pelo autor.

As despesas pagas com ações e serviços públicos de saúde, em sua maioria são de recursos de receitas de impostos e transferências constitucionais e legais, sendo estas 61% do total. As outras despesas foram pagas com recursos de receitas de transferências do SUS, correspondendo a 38% e 1% são outras fontes, como alvará sanitário e alienação.

A despesa se divide em Atenção básica, Vigilância sanitária e epidemiológica, conforme a tabela 6.

Tabela 6: Despesas Municipais com Saúde por Subfunção

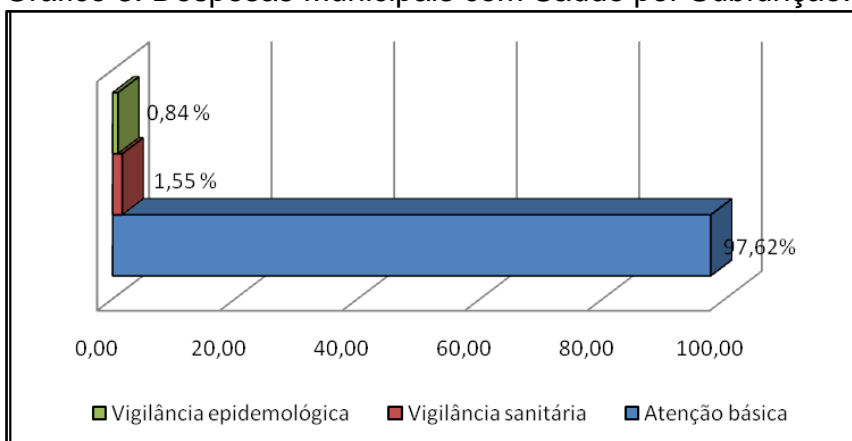
ESPECIFICAÇÃO	DESPESA FIXADA 2012	DESPESA PAGA 2012
Subfunções Vinculadas	4.221.485,47	3.677.042,68
Atenção Básica	4.092.845,47	3.589.401,75
Vigilância Sanitária	91.500,00	56.871,17
Vigilância Epidemiológica	37.500,00	30.769,76

Fonte: SIOPS, 2012

Analisando a tabela acima a Atenção Básica foi a subfunção em que mais houve gasto. As despesas com vigilância são bem menores comparados com as da Atenção Básica.

Verifica-se no gráfico abaixo o percentual aplicado em cada subfunção.

Gráfico 3: Despesas Municipais com Saúde por Subfunção.



Fonte: Elaborado pelo autor.

Foram gastos com ações e serviços de saúde no ano de 2012, como já visto na tabela 6, o montante de R\$ 3.677.042,68. Deste valor 97,62% foram gastos com atenção básica, que envolve ações que relacionam os aspectos coletivos e individuais e visa resolver os problemas de saúde mais frequentes e de maior relevância para a população. A despesa do município esta mais voltada a saúde básica.

Com vigilância sanitária foram gastos 1,55%. São ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde.

E 0,84% foi gasto com vigilância epidemiológica. Tem como responsabilidade acompanhar o comportamento das doenças na sociedade, reunindo informações indispensáveis para conhecer, detectar ou prever qualquer mudança que possa ocorrer nos fatores condicionantes do processo saúde-doença, bem como identificar a gravidade de novas doenças à saúde da população.

Já foram apresentadas as receita e despesas com saúde do município. Mas estas despesas correspondem a no mínimo 12% conforme Lei Complementar 141/2012? Abaixo está apresentado o cálculo do gasto mínimo com saúde do município em 2012, considerando somente as despesas pagas com recurso próprio, não utilizando receitas e dispêndios pagos com recursos de transferências do SUS.

Tabela 7: Base de Cálculo para o Limite Mínimo de Aplicação da Receita em Ações e Serviços Públicos de Saúde

Base de cálculo para o limite mínimo de aplicação em ações e serviços públicos de saúde	
Receitas de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais (I)	12.125.686,42
(-) Cota-Parte FPM-adic. (Art. 159 - I-alin. D CF/88) (II)	218.246,06
Receita de Impostos Líquida (III = I - II)	11.907.440,36

Fonte: Próprio autor

Tabela 8: Demonstrativo da Aplicação de Recursos Próprios Municipais em Ações e Serviços de Saúde

ITENS	EXECUTADO NO EXERCÍCIO DE 2012
Receita de Impostos Líquida - em R\$ (A)	11.907.440,36
Despesas com recursos próprios em ações e serviços de saúde - em R\$ (B)	2.258.167,32
Recursos próprios aplicados em ações e serviços de saúde - em % (C = B/A x 100)	18,96
Recurso mínimo aplicado em saúde – em R\$ (D = A x 15%)	1.786.116,05
Recurso aplicado além do limite – em R\$ (E = D – B)	472.051,27
Diferença de percentual – em % (F = C – 15)	3,96

Fonte: SIOPS, 2012 (adaptada pelo autor)

Conforme demonstrado acima, é possível constatar que o município gastou além do limite mínimo exigido por lei com ações e serviços públicos de saúde. O mínimo a ser gasto seria de R\$ 1.786.116,05, sendo gasto 3,96% além deste valor, ou seja, uma quantia a mais de R\$ 472.051,27. Com isso, foi atingido o proposto no artigo 7º, da Lei Complementar 141/2012, em que diz que os municípios devem gastar no mínimo 15% da arrecadação em ações e serviços públicos de saúde.

Conforme o SIOPS (2012), as despesas totais com ações e serviços de saúde por habitante corresponde a R\$ 526,19. Se considerar apenas as despesas com recursos próprios, esse valor será de R\$ 323,15.

Os recursos do SUS de transferências fundo a fundo são organizados por bloco de financiamento. Estes são constituídos por componentes, conforme as especificidades de suas ações e dos serviços de saúde. (PORTARIA Nº 204/2007)

Estas transferências fundo a fundo vem em conta específica e só pode ser gasto com o que cada bloco permite. Os recursos financeiros transferidos da

União e do Estado e o recurso próprio utilizado com ações e serviços públicos de saúde pode ser verificado na tabela 9.

Tabela 9: Demonstrativo da Execução Financeira do SUS, por Bloco de Financiamento (Receitas)

BLOCO DE FINANCIAMENTO	RECEITAS					TOTAL - R\$ (5 = 1 + 2 + 3 + 4)
	TRANSFERENCIA FUNDO A FUNDO - R\$		RENDIMENTOS - R\$ (3)	RECURSOS PRÓPRIOS - R\$ (4)		
	FEDERAL (1)	ESTADUAL (2)				
Atenção básica	612.654,10	45.950,00	3.593,70	1.998.158,39	2.660.356,19	
Atenção de MAC Ambulatorial e Hospitalar	199.415,36	0,00	915,61	41.267,03	241.598,00	
Vigilância em Saúde	27.941,54	0,00	887,28	54.541,15	83.369,97	
Assistência Farmacêutica	36.021,36	31.509,00	527,30	109.458,22	177.515,88	
Gestão do SUS	0,00	0,00	663,47	0,00	663,47	
Investimento na Rede de Serviços de Saúde	50.000,00	0,00	0,00	7.291,72	57.291,72	
Convênios	0,00	300.500,00	253,81	95.241,61	395.995,42	
Outras Receitas do SUS	0,00	0,00	786,84	11.940,27	12.727,11	
TOTAL	926.032,36	377.959,00	7.628,01	2.317.898,39	3.629.517,76	

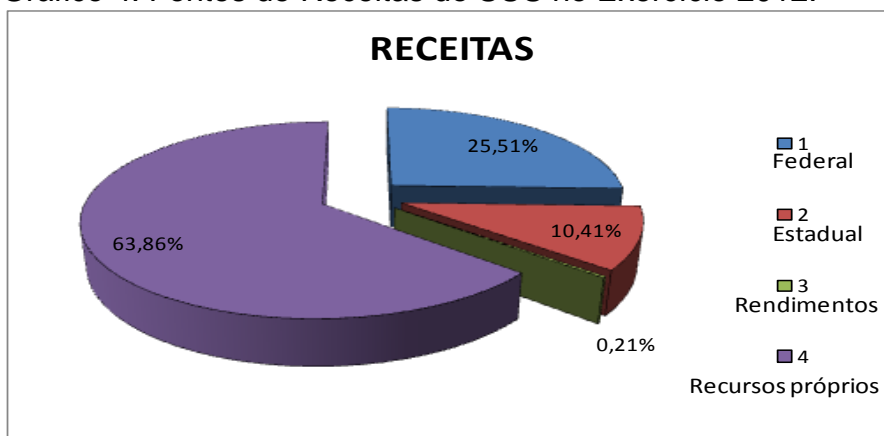
Fonte: SIOPS, 2012 (Adaptado pelo autor)

A Atenção básica recebe o maior recurso, sendo o valor de R\$ 2.660.356,19, é também neste bloco em que é mais repassado recursos do governo federal e recursos próprios. Dentro deste bloco há programas, como: ESF – Estratégia da Saúde Familiar, PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde, PSB – Programa de Saúde Bucal, PAB – Programa de Atenção Básica.

Os maiores repasses da União além da Atenção Básica é o da Atenção MAC Ambulatorial e Hospitalar. E os recursos do Estado se destinam para Atenção Básica, Assistência Farmacêutica e Convênios.

O gráfico 4 mostra a porcentagem de recursos recebidos por transferência (Federal e Estadual), os rendimentos e os recursos próprios em relação ao total de receitas recebidas durante o ano de 2012 na saúde.

Gráfico 4: Fontes de Receitas do SUS no Exercício 2012.



Fonte: Elaborado pelo autor.

Analisando o gráfico acima, a maior fonte financeira da saúde é o de recursos próprios (impostos, transferências constitucionais e legais) representando 63,86%. As transferências da União correspondem a 25,51% e do Estado 10,41%. Durante o ano, estas receitas são aplicadas, gerando um rendimento de R\$ 7.628,01, representado apenas 0,21%.

O total de receitas do Fundo Municipal de Saúde no ano de 2012 foi de R\$ 3.629.517,76, sendo que foram gastos com ações e serviços públicos de saúde a valor de R\$ 3.677.042,68. Esta diferença se dá devido a saldo remanescente na conta no final do exercício anterior e do exercício atual, conforme mostra a tabela 10.

Tabela 10: Saldo Financeiro da Saúde

SALDO FINANCEIRO DA SAÚDE (R\$)	31/12/2011	31/12/2012
Total	267.647,21	220.122,29
Fonte: Impostos (incluindo Transf. Const. e Legais)	14.378,66	11.524,41
Fonte: Receita de Transferência do SUS	244.037,36	201.056,07
Fonte: Operações de Crédito	0,00	0,00
Outras Fontes	9.231,19	7.541,81

Fonte: SIOPS, 2012

A tabela abaixo mostra o percentual de receita por fonte, considerando o total por bloco de financiamento como base para o cálculo da porcentagem.

Tabela 11: Percentual das Receitas da Saúde no Exercício 2012.

RECEITAS					
BLOCO DE FINANCIAMENTO	TRANSFERENCIA FUNDO A FUNDO		RENDIMENTOS (%)	RECURSOS PRÓPRIOS (%)	TOTAL (%)
	FEDERAL (%)	ESTADUAL (%)			
Atenção básica	23,03	1,73	0,14	75,11	100
Atenção de MAC Ambulatorial e Hospitalar	82,54	0,00	0,38	17,08	100
Vigilância em Saúde	33,52	0,00	1,06	65,42	100
Assistência Farmacêutica	20,29	17,75	0,30	61,66	100
Gestão do SUS	0,00	0,00	100,00	0,00	100
Investimento na Rede de Serviços de Saúde	87,27	0,00	0,00	12,73	100
Convênios	0,00	75,88	0,06	25,05	100
Outras Receitas do SUS	0,00	0,00	6,18	93,82	100

Fonte: Próprio autor.

Verificando a tabela, os recursos próprios são a maioria da fonte de receita da saúde, como Atenção básica (75,11%), Vigilância em saúde (65,42%), Assistência farmacêutica (61,66%) e outras receitas do SUS (93,82%). A participação da União está nos recursos destinados a Atenção de MAC (82,54%) e ao Investimento em Serviços de Saúde (87,27%) que se destinou ao término da reforma da unidade de saúde. Já o Estado tem pouca participação, sua maior representação está no convênio (75,88%), firmado para a construção a reforma da secretaria de saúde, aquisição de 03 (três) veículos e de um veículo de 16 lugares.

As despesas pagas também são classificadas por bloco de financiamento, sendo demonstrada na tabela 12.

Tabela 12: Demonstrativo da Execução Financeira do SUS, por Bloco de Financiamento (Despesas)

BLOCO DE FINANCIAMENTO	TOTAL DE RECEITAS ARRECADADAS (R\$) (1)	DESPESA FIXADA (R\$)	DESPESA PAGA (R\$) (2)	SALDO FINANCEIRO DO EXERCÍCIO ANTERIOR (R\$) (3)	SALDO FINANCEIRO DO EXERCÍCIO ATUAL (R\$) (4 = 3 + 1 - 2)
Atenção básica	2.660.356,19	2.970.000,00	2.651.537,01	63.769,11	72.588,29
Atenção de MAC Ambulatorial e Hospitalar	241.598,00	290.000,00	243.182,90	9.440,50	7.855,60
Vigilância em Saúde	83.369,97	150.925,76	87.640,93	21.925,76	17.654,80
Assistência Farmacêutica	177.515,88	200.000,00	179.403,48	3.044,34	1.156,74
Gestão do SUS	663,47	10.000,00	4.295,45	15.976,11	12.344,13
Investimento na Rede de Serviços de Saúde	57.291,72	70.000,00	57.386,10	94,38	0,00

Convênios	395.995,42	500.000,00	428.019,01	120.277,40	88.253,81
Outras Receitas do SUS	12.727,11	30.919,71	25.577,80	33.119,61	20.268,92
TOTAL	3.629.517,76	4.221.845,47	3.677.042,68	267.647,21	220.122,29

Fonte: SIOPS, 2012 (Adaptado pelo autor)

Analisando a tabela acima, verifica-se que a maior despesa é com a atenção básica, sendo R\$ 2.651.537,01. Com convênios foi gasto uma quantia de R\$ 428.019,01 e com atenção de MAC R\$ 243.182,90, foram os blocos que mais tiveram despesas.

A tabela a seguir mostra a comparação entre despesa fixada e paga.

Tabela 13: Percentual de Despesa Paga em Relação a Despesa Fixada.

BLOCO DE FINANCIAMENTO	DESPEZA FIXADA (R\$)	DESPEZA PAGA (R\$)	% DE DESPEZA PAGA EM RELAÇÃO A FIXADA	% DE DESPEZA PAGA EM RELAÇÃO AO TOTAL PAGO
Atenção básica	2.970.000,00	2.651.537,01	89,28	72,11
Atenção de MAC	290.000,00	243.182,90	83,86	6,61
Ambulatorial e Hospitalar				
Vigilância em Saúde	150.925,76	87.640,93	58,07	2,38
Assistência Farmacêutica	200.000,00	179.403,48	89,70	4,88
Gestão do SUS	10.000,00	4.295,45	42,95	0,12
Investimento na Rede de Serviços de Saúde	70.000,00	57.386,10	81,98	1,56
Convênios	500.000,00	428.019,01	85,60	11,64
Outras Receitas do SUS	30.919,71	25.577,80	82,72	0,70
TOTAL	4.221.845,47	3.677.042,68	87,10	100,00

Fonte: SIOPS, 2012 (Adaptado pelo autor)

A tabela apresenta que o município não gastou mais do que foi orçado, não ultrapassando 90% do que estava previsto a ser gasto. Os blocos de financiamento que ficaram mais abaixo do orçado foram a Gestão do SUS e a Vigilância em Saúde.

A maior despesa foi na área da atenção básica, correspondendo a 72,11% dos gastos, seguido pela despesa com convênio 11,64% e com Atenção de MAC 6,61%.

A comparação entre a receita arrecada e a despesa paga no ano de 2012 com saúde apresenta-se na tabela 14.

Tabela 14: Percentual de Despesa Paga em Relação ao Total de Receita Arrecadada.

BLOCO DE FINANCIAMENTO	TOTAL DE RECEITAS ARRECADADAS (R\$)	DESPESA PAGA (R\$)	% DE DESPESA PAGA EM RELAÇÃO AO TOTAL DE RECEITAS
Atenção básica	2.660.356,19	2.651.537,01	99,67
Atenção de MAC Ambulatorial e Hospitalar	241.598,00	243.182,90	100,66
Vigilância em Saúde	83.369,97	87.640,93	105,12
Assistência Farmacêutica	177.515,88	179.403,48	101,06
Gestão do SUS	663,47	4.295,45	647,42
Investimento na Rede de Serviços de Saúde	57.291,72	57.386,10	100,16
Convênios	395.995,42	428.019,01	108,09
Outras Receitas do SUS	12.727,11	25.577,80	200,97
TOTAL	3.629.517,76	3.677.042,68	101,31

Fonte: SIOPS, 2012 (Adaptado pelo autor)

A maioria das despesas superou a arrecadação e não colocou o município em situação de déficit financeiro, pois houve superávit financeiro no exercício de 2011. Destaca-se a gestão do SUS, que sua receita em 2012 foi apenas de rendimentos financeiros e outras receitas do SUS, que além dos rendimentos financeiros, apresentou receitas recebidas de recursos próprios.

4.3 ANÁLISE GERAL DOS DADOS

Meleiro é um município pequeno que tem como base da sua economia a agricultura. Com isso sua arrecadação de impostos é baixa, dependendo de recursos de transferências constitucionais e legais do governo Federal e Estadual para fazer e manter ações e projetos no município. Sua principal fonte de receita é o FPM (transferência Federal) e o ICMS (transferência Estadual).

A União e o Estado também repassam ao município recursos que só podem ser gastos em determinados programas, como as transferências de recursos do SUS, que é destinado para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. A União é o ente que mais repassa, sendo o maior repasse é para o programa de Atenção básica na saúde.

Destes recursos financeiros destinado ao município, os recursos próprios (impostos e transferências constitucionais e legais) têm um limite mínimo exigido por

lei a ser aplicado em saúde e o município cumpriu este limite, aplicando além do mínimo exigido.

Os dispêndios com saúde foram pagos a maior parte com recursos próprios. O principal gasto com ações e serviços públicos de saúde foi com atenção básica.

Em relação a despesas fixadas e pagas o município ficou dentro do proposto, não ultrapassou o que foi orçado para o ano.

Já as despesas pagas superaram a arrecadação anual. Mas o município não ficou em déficit, pois existia um superávit do ano anterior no qual foi utilizado durante o ano em estudo.

Portanto, o município de Meleiro apresentou suas receitas e despesas dentro do que foi orçado, cumprindo seu planejamento no que envolve as ações e despesas públicas de saúde. Também cumpriu a legislação no mínimo a ser gasto com saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde pública passou por mudanças ao longo da sua história, mas suas evoluções foram lentas. Com a Constituição Federal de 1988 criou-se o SUS, com o princípio de se ter uma saúde pública gratuita, universal, com equidade e integralidade, sendo um direito de todos. A responsabilidade passou a ser dever do Estado, sendo que cada ente (União, Estado e Municípios) tem autonomia, mas seguindo normas gerais de funcionamento.

Para que o funcionamento com saúde ocorra, é necessário recursos oriundos de transferências constitucionais. As receitas geradas por estas transferências tem um limite mínimo a ser gasto com ações e serviços públicos de saúde.

Diante do exposto, surgiu a seguinte interrogação: Quais as receitas de impostos e transferências constitucionais, legais e voluntárias arrecadadas e sua destinação na área da saúde do município de Meleiro – SC? Para se chegar a resposta, foi proposto como objetivo geral identificar estas receitas e a destinação dos recursos na área da saúde.

Para alcançar o objetivo geral, foi realizada uma pesquisa bibliográfica sobre alguns assuntos da área pública e uma pesquisa documental na área da saúde, realizando análises quantitativas e qualitativas.

A Administração Pública está envolvida com a distribuição e destinação de receitas entre as esferas governamentais e o estabelecimento de limites legais impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal. A receita é o recolhimento de bens aos cofres públicos e a despesa é o gasto deste recurso.

A destinação destes recursos deve ser planejada para determinar quais objetivos se pretende atingir e as ações que devem ser tomadas. Para isto existem os instrumentos: PPA, LDO e LOA. Estes recursos também são classificados por fonte/destinação de recursos com o objetivo de identificar as fontes de financiamento dos gastos públicos, como por exemplo, identificar os gastos na área da saúde.

A história da saúde pública é marcada por sucessivas reorganizações administrativas devido a uma falta de clareza e de uma definição em relação a saúde pública. As bases para o Sistema Único de Saúde foram lançadas em 1963,

mas somente foi instituído com a Constituição Federal de 1988. E foi regulamentado com a Lei nº 8.080/1990.

Com a Emenda Constitucional nº 29/2000 o sistema começou a se estabilizar financeiramente e houve mudanças na participação dos entes da Federação no financiamento do SUS. Também se definiu os percentuais mínimos de aplicação em ações e serviços públicos de saúde. Os critérios de reavaliação, normas de fiscalização e controle dos percentuais mínimos foram definidos com a Lei Complementar 141/2012. Sendo o limite mínimo de 15% dos recursos próprios aplicados em saúde para os municípios.

Tendo como base está parte teórica, estudou-se o SIOPS do ano de 2012 do município de Meleiro – SC. Através deste documento foram analisadas as receitas de recursos próprios e as transferências de recursos do SUS, as destinações destes recursos, o percentual aplicado em saúde e se as despesas fixadas foram cumpridas.

Verificou-se que o município é dependente dos recursos de transferências constitucionais da União e do Estado. De recursos de impostos apresenta somente 7,01%, como principal fonte de receita o ISS (2,85%). Da União o município recebe 42,71% da sua receita, dando destaque ao FPM (40,56%) e do Estado conta com sua maior receita, representando 50,28%, sendo sua maioria de ICMS (44,01%). O total de receitas de impostos e transferências constitucionais e legais no ano de 2012 foram de R\$ 12.125.686,42.

As transferências de recursos do SUS totalizaram R\$ 1.311.619,37, sendo da União a maior parte com 70,60%, do Estado 28,82% e outras receitas do SUS correspondem a 0,58%. A principal transferência se dá para atenção básica em saúde, com 46,71% dos recursos transferidos do SUS.

Com ações e serviços públicos de saúde foram gastos R\$ 3.677.042,68, deste 61%, ou seja, R\$ 2.258.167,32 pagos com recurso próprio, o restante com recurso de transferência do SUS. O maior gasto foi com Atenção básica a saúde, correspondendo a 72,11%.

Para verificar se os gastos com saúde atingiram o mínimo previsto em lei, foi considerada a receita de impostos e transferências constitucionais e legais no valor R\$ 11.907.440,36, constatando que o município gastou 18,96% com saúde. Ou seja, 3,96% a mais que o mínimo estipulado em lei, representando R\$ 472.051,27.

O município cumpriu mais que o mínimo exigido por lei sem ultrapassar seu orçamento. Suas despesas pagas forma menores que as fixadas para o exercício. Em questão as receitas arrecadadas, suas despesas foram maiores que a receita. Isto se deu devido a superávit financeiro no exercício anterior.

Portanto, o município de Meleiro está cumprindo o limite mínimo com ações e serviços públicos de saúde sem descumprir o que foi planejado na área da saúde. Suas receitas e despesas estão dentro do orçado, proporcionando um melhor controle das ações e serviços com saúde a serem cumpridos.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Nilton de Aquino. **Contabilidade pública na gestão municipal: novos métodos após a LC nº 101/00 e as classificações contábeis da SOF e STN.** São Paulo: Atlas, 2002.

_____, et. al. **Planejamento governamental para municípios: plano plurianual, lei de diretrizes orçamentárias e lei orçamentária anual.** São Paulo: Atlas, 2006.

ARAUJO, Inaldo; ARRUDA, Daniel. **Contabilidade pública: da teoria a prática.** São Paulo: Saraiva, 2004.

BARROS, Aidil da Silveira; LEHFELD, Neide Aparecida de Souza. **Fundamentos de metodologia: um guia para indicação científica.** 2. ed. São Paulo: Makron Books, 2000.

BARROS, Fabio Batalha Monteiro de. **História e legislação do SUS e saúde da família: problematizando a realidade da saúde pública.** Rio de Janeiro: Agbook, 2011.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 25 ago. 2014.

_____. Decreto-Lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967. **Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del0200.htm>. Acesso em: 25 ago. 2014.

_____. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. **Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm#art6>. Acesso em: 23 set. 2014.

_____. Lei Complementar nº 101, de 04 de maio de 2000. **Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm>. Acesso em: 02 set. 2014.

_____. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. **Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação**

e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp141.htm>. Acesso em: 15 set. 2014.

_____. Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964. **Estatui normas gerais de direito financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l4320.htm>. Acesso em: 27 abr. 2014.

_____. Lei nº 5.172, de 25 de outubro de 1966. **Dispõe sobre o sistema tributário nacional e institui normas gerais de direito tributário aplicáveis à União, Estados e Municípios.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l5172.htm>. Acesso em: 01 maio 2014.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 18 set. 2014.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 22 set. 2014.

_____. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. **Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007.html>. Acesso em: 21 out. 2014.

CARVALHO, André Castro. **Vinculações de receitas públicas e princípio da não afetação: usos e mitigações.** 2010. 36 p. Dissertação (Mestrado em direito econômico, financeiro e tributário) – Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/.../Carvalho_Andre_Castro_dissertacao_parcial.pdf>. Acesso em: 02 set. 2014.

CASTIEL, Luis David. **O que é saúde pública?** Biblioteca da Saúde Pública, 2008. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/bibsp/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=107>>. Acesso em: 21 ago. 2014

CASTRO, Domingos Poubel de. **Auditoria, contabilidade e controle interno no setor público.** 5 ed. São Paulo: Atlas, 2013.

CERVO, Amado Luiz; BERVIAN, Pedro Alcino. **Metodologia científica.** 5. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

CONOF/CD. **Regulamentação da emenda constitucional nº 29, de 2000**: nota técnica 014, de 2012. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/orcamentobrasil/estudos/2012/nt14.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2014.

FACHIN, Odília. **Fundamentos de metodologia**. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 2003.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

FUNASA. Cronologia histórica da saúde pública. Disponível em: <<http://www.funasa.gov.br/site/museu-da-funasa/cronologia-historica-da-saude-publica/>>. Acesso em: 07 set. 2014.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002. 175 p.

IBGE CIDADES. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br>>. Acesso em: 07 out. 2014

GIACOMONI, James. **Orçamento público**. 11 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

KOHAMA, Helio. **Contabilidade pública**: teoria e pratica. 9 ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LIMA, Diana Vaz de; CASTRO, Róbson Gonçalves. **Contabilidade pública**: integrando União, Estados e Municípios (Siafi e Siafem). São Paulo: Atlas, 2000.

MANUAL de contabilidade aplicada ao setor público. 5 ed. Brasília: Secretaria do Tesouro Nacional, Subsecretaria de Contabilidade Pública. Coordenação-Geral de Normas de Contabilidade Aplicadas à Federação, 2012.

MANUAL de demonstrativos fiscais. 5 ed. Brasília: Secretaria do Tesouro Nacional, Subsecretaria de Contabilidade Pública. Coordenação-Geral de Normas de Contabilidade Aplicadas à Federação, 2012.

OLIVEIRA, Silvio Luiz de. **Tratado de metodologia científica**. São Paulo: Pioneira, 1999.

ORÇAMENTO FEDERAL. **Receita vinculada**. Disponível em: <<http://www.orcamentofederal.gov.br/glossario-1/receita-vinculada>>. Acesso em: 18 maio 2014.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **Histórias das políticas de saúde no Brasil**: uma pequena revisão. Disponível em: <www.saude.mt.gov.br/arquivo/2226>. Acesso em: 07 set. 2014.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social**: métodos e técnicas. 3. ed. rev. e ampl. São Paulo: Atlas, 1999.

SERVO, Luciana Mendes Santos; et. al. Financiamento e gasto público de saúde: histórico e tendências. In: MELAMED, Clarice; PIOLA, Sérgio Francisco (org.). **Políticas públicas e financiamento federal do sistema único de saúde**. Brasília: Ipea, 2011, P. 85-107.

SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**. 25 ed. São Paulo: Malheiros, 2005.

ANEXOS

**ANEXO A – CONSTITUIÇÃO FEDERAL: SEÇÃO VI
DA REPARTIÇÃO DAS RECEITAS TRIBUTÁRIAS – ARTIGOS 158 A 160**

Art. 158. Pertencem aos Municípios:

I - o produto da arrecadação do imposto da União sobre renda e proventos de qualquer natureza, incidente na fonte, sobre rendimentos pagos, a qualquer título, por eles, suas autarquias e pelas fundações que instituírem e mantiverem;

II - cinqüenta por cento do produto da arrecadação do imposto da União sobre a propriedade territorial rural, relativamente aos imóveis neles situados, cabendo a totalidade na hipótese da opção a que se refere o art. 153, § 4º, III; [\(Redação dada pela Emenda Constitucional nº 42, de 19.12.2003\)](#)

III - cinqüenta por cento do produto da arrecadação do imposto do Estado sobre a propriedade de veículos automotores licenciados em seus territórios;

IV - vinte e cinco por cento do produto da arrecadação do imposto do Estado sobre operações relativas à circulação de mercadorias e sobre prestações de serviços de transporte interestadual e intermunicipal e de comunicação.

Parágrafo único. As parcelas de receita pertencentes aos Municípios, mencionadas no inciso IV, serão creditadas conforme os seguintes critérios:

I - três quartos, no mínimo, na proporção do valor adicionado nas operações relativas à circulação de mercadorias e nas prestações de serviços, realizadas em seus territórios;

II - até um quarto, de acordo com o que dispuser lei estadual ou, no caso dos Territórios, lei federal.

Art. 159. A União entregará: [\(Vide Emenda Constitucional nº 55, de 2007\)](#)

I - do produto da arrecadação dos impostos sobre renda e proventos de qualquer natureza e sobre produtos industrializados quarenta e oito por cento na seguinte forma: [\(Redação dada pela Emenda Constitucional nº 55, de 2007\)](#)

a) vinte e um inteiros e cinco décimos por cento ao Fundo de Participação dos Estados e do Distrito Federal;

b) vinte e dois inteiros e cinco décimos por cento ao Fundo de Participação dos Municípios;

c) três por cento, para aplicação em programas de financiamento ao setor produtivo das Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, através de suas instituições financeiras de caráter regional, de acordo com os planos regionais de desenvolvimento, ficando assegurada ao semi-árido do Nordeste a metade dos recursos destinados à Região, na forma que a lei estabelecer;

d) um por cento ao Fundo de Participação dos Municípios, que será entregue no primeiro decêndio do mês de dezembro de cada ano; [\(Incluído pela Emenda Constitucional nº 55, de 2007\)](#)

II - do produto da arrecadação do imposto sobre produtos industrializados, dez por cento aos Estados e ao Distrito Federal, proporcionalmente ao valor das respectivas exportações de produtos industrializados.

III - do produto da arrecadação da contribuição de intervenção no domínio econômico prevista no art. 177, § 4º, 29% (vinte e nove por cento) para os Estados e o Distrito Federal, distribuídos na forma da lei, observada a destinação a que se refere o inciso II, c, do referido parágrafo. [\(Redação dada pela Emenda Constitucional nº 44, de 2004\)](#)

§ 1º - Para efeito de cálculo da entrega a ser efetuada de acordo com o previsto no inciso I, excluir-se-á a parcela da arrecadação do imposto de renda e proventos de qualquer natureza pertencente aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, nos termos do disposto nos arts. 157, I, e 158, I.

§ 2º - A nenhuma unidade federada poderá ser destinada parcela superior a vinte por cento do montante a que se refere o inciso II, devendo o eventual excedente ser distribuído entre os demais participantes, mantido, em relação a esses, o critério de partilha nele estabelecido.

§ 3º - Os Estados entregarão aos respectivos Municípios vinte e cinco por cento dos recursos que receberem nos termos do inciso II, observados os critérios estabelecidos no art. 158, parágrafo único, I e II.

§ 4º Do montante de recursos de que trata o inciso III que cabe a cada Estado, vinte e cinco por cento serão destinados aos seus Municípios, na forma da lei a que se refere o mencionado inciso. [\(Incluído pela Emenda Constitucional nº 42, de 19.12.2003\)](#)

Art. 160. É vedada a retenção ou qualquer restrição à entrega e ao emprego dos recursos atribuídos, nesta seção, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, neles compreendidos adicionais e acréscimos relativos a impostos.

Parágrafo único. A vedação prevista neste artigo não impede a União e os Estados de condicionarem a entrega de recursos: [\(Redação dada pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000\)](#)

I – ao pagamento de seus créditos, inclusive de suas autarquias; [\(Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000\)](#)

II – ao cumprimento do disposto no art. 198, § 2º, incisos II e III. [\(Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000\)](#)

ANEXO B – SIOPS 2012 DO MUNICÍPIO DE MELEIRO – SC