

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA – UFSM
CENTRO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR NORTE DO RS – CESNORS
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM GESTÃO DE
ORGANIZAÇÃO PÚBLICA EM SAÚDE – EaD**

APLICAÇÃO DOS RECURSOS PÚBLICOS EM SAÚDE

ARTIGO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Cláudia Andréia Kipper

TRÊS DE MAIO, RS, BRASIL

2015

APLICAÇÃO DOS RECURSOS PÚBLICOS EM SAÚDE

Cláudia Andréia Kipper

Artigo apresentado ao Curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Gestão de Organização Pública em Saúde EaD, da UFSM/CESNORS, como requisito parcial de obtenção do grau de **Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde.**

Orientador: Professor Rafael Marcelo Soder

Três de Maio/RS, Brasil

2015

Universidade Federal de Santa Maria – UFSM
Centro de Educação Superior Norte do RS – CESNORS
Curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Gestão de Organização Pública
em Saúde EaD

A comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova o Artigo de Conclusão de
Curso

APLICAÇÃO DOS RECURSOS PÚBLICOS EM SAÚDE

Elaborado por
Cláudia Andréia Kipper

Como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Gestão de**
Organização Pública em Saúde

COMISSÃO EXAMINADORA

Dr. Rafael Soder
Orientador

Dr. Loiva Beatriz Dallepiane
Primeiro Examinador

Dr. Isabel Van der Sand
Segundo Examinador

Três de Maio, dezembro de 2015.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus que iluminou meu caminho, me concedendo saúde e capacidade para que eu conseguisse alcançar mais essa meta.

Agradeço ao meu professor orientador Rafael Marcelo Soder pela ajuda e apoio ao longo do desenvolvimento dessa pesquisa.

Agradeço aos amigos, familiares, professores e demais colegas que me ajudaram ao longo dessa caminhada, que acreditaram e torceram por mim.

Os milionários quiseram comprar a felicidade com seu dinheiro, os políticos quiseram conquistá-la com seu poder, as celebridades quiseram seduzi-la com sua fama. Mas ela não se deixou achar. Balbuciando aos ouvidos de todos, disse: "Eu me escondo nas coisas mais simples e anônimas..."

Augusto Cury

APLICAÇÃO DOS RECURSOS PÚBLICOS EM SAÚDE

Cláudia Andréia Kipper

Rafael Marcelo Soder

Luiz Anildo Anacleto da Silva

RESUMO

Este estudo tem como objetivo identificar o percentual de aplicação financeira realizado pelos gestores de saúde em vistas da lei de responsabilidade fiscal. Visto que, apropriar-se desse conhecimento diminui os riscos de endividamento, em razão da falta de planejamento de suas estratégias e ações, contribuindo na segurança e cuidado na aplicação de no mínimo 15% da arrecadação municipal na área da saúde, conforme legislação vigente. O método utilizado sustenta-se na abordagem qualitativa do tipo exploratória descritiva, apoiada pela revisão bibliográfica. Foram realizadas buscas em dados secundários em vinte municípios que pertencem a 17ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul localizada em Ijuí - RS, a fim de verificar se os municípios cumprem a lei de responsabilidade e, identificar qual o percentual que os mesmos, aplicam em saúde. Foram pesquisados os valores declarados pelos municípios no site do SIOPS (Sistema de Informações de Orçamentos Públicos em Saúde) durante anos de 2010 a 2014. A partir da análise, observou-se que há uma discrepância entre os municípios nas aplicações de recursos em saúde, sendo que um dos municípios apresentou percentual de investimentos em saúde na casa dos 32,75%, enquanto outro, apresentou índice de aplicação de 16,99%. Demonstrando que ocorrem entendimentos e/ou prioridades diferentes no contexto da saúde nos municípios de uma mesma Coordenadoria Regional de Saúde, evidenciado pela singularidade de recursos investidos na saúde.

Palavras chaves: Custos, Lei de Responsabilidade Fiscal, Saúde.

ABSTRACT

This review aims to identify the financial investment percentage accomplished by health managers in view of the fiscal responsibility law. Since, appropriating this knowledge reduces the risk of debt, because of the lack of their strategies and actions planning, contributing to the safety and care in the application of at least 15% of tax revenues town in health care, according to current law. The method used is sustained in the qualitative descriptive exploratory approach, supported by the literature review. Searches were conducted on secondary data in twenty towns belonging to the 17th Regional Coordination of the Rio Grande do Sul Health located in Ijuí – RS, in order to identify the percentage that towns apply in health. It was searched the values declared by towns in SIOPS

site (Information System of Public Budgets in Health) during the years 2010 to 2014. Through the analysis, it was observed that there is a discrepancy between the towns in health resources applications, whereas in one of the town, the percent of health investments at about 32.75%, while another, it presented a 16.99% application rate. It is demonstrating that occur understandings and / or different priorities in the health's context in the town of the same Regional Coordination of Health, evidenced by the uniqueness of resources invested in health.

Key words: Costs, Fiscal Responsibility Law, Health.

INTRODUÇÃO

O direito de acesso aos serviços de saúde passou por um processo de evolução ao longo dos anos, hoje o direito de acesso ao Sistema Único de Saúde é garantido a todos os cidadãos pela Constituição Federal de 1988, e deve atender no mínimo às necessidades mais básicas da população.

A Lei de Responsabilidade Fiscal estabelece que os órgãos públicos devam ter um controle dos seus custos. Atualmente, são poucos os órgãos que possuem esse controle. Estabelece também, que os municípios precisam investir no mínimo 15% das receitas de impostos e transferências constitucionais e legais vinculados à área da saúde ao longo do ano, pois caso não cumpram a aplicação desse percentual mínimo, ficarão impedidos de receber as transferências voluntárias, que são os principais recursos recebidos e necessários para que o município possa investir em ações de melhoria para os serviços oferecidos à população.

A gestão de custos é uma ferramenta de extrema importância para o gestor, pois serve como base para o planejamento de estratégias e ações, e ainda, como ferramenta de apoio para o processo de tomada de decisão, podendo assim, o gestor seguir o percurso mais eficiente na obtenção de melhores resultados no decorrer da sua administração.

Diante disso, traça-se como objetivo central do estudo, identificar os percentuais de aplicação financeira realizados pelos gestores de saúde em vistas da lei de responsabilidade fiscal. A fim de cumprir o objetivo proposto, faz-se a seguinte indagação: Quais são os percentuais aplicados em saúde nos últimos cinco anos em vinte municípios que compõe a 17ª Coordenadoria Regional de Saúde?

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: aspectos históricos e legais

Segundo Pessini e Barchifontaine (2002) os direitos sociais são aqueles que o Estado tem por função e obrigação assegurar a todo cidadão tais como moradia, saúde, educação, lazer, trabalho, cultura, entre outros, portanto ter direito à vida e conseqüentemente à saúde é um direito que merece ter uma atenção prioritizada.

Ainda conforme Pessini e Barchifontaine (2002) a Constituição Brasileira é o documento legal que define e determina as funções e deveres do governo e dos cidadãos.

A saúde é considerada como um direito de cada cidadão e conseqüentemente é dever do Estado garantir esse acesso, conforme a Constituição Federal de 1988 determina.

Para Pessini e Barchifontaine (2002) o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado para melhorar a saúde do povo e isso significou uma grande conquista dos movimentos que se organizaram e lutaram durante mais de dez anos para que isso acontecesse. A Constituição Federal e as demais leis da Saúde são uma conquista dessa sociedade que lutou unida e de forma organizada pelos seus direitos.

A saúde pública teve grandes avanços ao longo dos anos, antes de surgir a Constituição Federal de 1988 o atendimento à saúde era garantido somente aos trabalhadores que tinham emprego registrado, onde era descontado um valor do seu salário para a aposentadoria e a assistência médica. O restante da população que eram trabalhadores informais, agricultores ou estavam desempregados, não tinham direito de acesso à saúde e eram atendidos somente pela caridade.

Segundo Pessini e Barchifontaine (2002) desde o início do século a forma de organização da previdência e da assistência médica passou por diversas reformas, mas sempre conservou essa característica de ser direito apenas do trabalhador com registro na carteira.

Para Pessini e Barchifontaine (2002) com o SUS, grande parte da responsabilidade de prestar assistência passa a ser dos municípios, mas é

dever também do Estado e da União, cada um passou a ter um tipo de responsabilidade e suas atribuições específicas faz parte da descentralização.

Dessa forma, na esfera municipal, as prefeituras estão mais perto dos cidadãos e conhecem melhor as suas necessidades. Cada município deveria ter postos de saúde, hospitais, pronto-socorros, procurando atender as necessidades mais básicas dos seus munícipes.

Para BRASIL (1990) a Lei 8080 de 19 de setembro de 1990 regula em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado e estabelece que a saúde é um direito de todos e, conseqüentemente, é dever do Estado garantir esse acesso através de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. O Sistema Único de Saúde (SUS) é constituído por um 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 e a iniciativa privada pode participar do SUS em caráter complementar.

Conforme BRASIL (2012) a Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012 no art. 2º estabelece para fins de apuração da aplicação dos recursos mínimos, consideram-se como despesas com ações e serviços públicos de saúde, aquelas voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde que atendam, simultaneamente, aos princípios estatuidos 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.

De acordo com BRASIL (1990) a Lei 8080/90 estabelece em seu art. 7º que 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.

Para BRASIL (2012) a Lei Complementar 141 de 13 de janeiro de 2012 no artigo 7º, consta que os Municípios e o Distrito Federal aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% (quinze por cento) da 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.

Dessa forma devem ser aplicados pelos municípios no mínimo 15% (quinze por cento) das seguintes receitas ao longo do exercício financeiro:

Receitas de Impostos:

ITR – Imposto Territorial Rural

IPTU – Imposto Predial Territorial Urbano

IRRF – Imposto de Renda Retido na Fonte

ITBI – Imposto Sobre Transmissão de Bens Imóveis

ISS – Imposto Sobre Serviços

Multas e juros de mora de impostos

Multa e juros de mora da dívida ativa de impostos

Receitas de Transferências da União:

Cota parte do FPM – Fundo de Participação dos Municípios

Cota parte do ITR – Imposto Territorial Rural

Lei complementar nº87/1996 – Lei Kandir

Receitas de Transferências do Estado:

Cota parte do ICMS – Imposto Sobre a Circulação de Mercadorias e Serviços

Cota parte do IPVA – Imposto Sobre a Propriedade de Veículos Automotores

Cota parte do IPI – Exportação – Imposto Sobre Produtos Industrializados

Os municípios precisam comprovar a aplicação do percentual mínimo em saúde através do preenchimento do SIOPS, que deve ser enviado pelos municípios de forma bimestral, sempre dentro do prazo de 30 dias após o encerramento do bimestre. O percentual mínimo de aplicação deve ser cumprido no envio do preenchimento do 6º bimestre do ano.

Sem prejuízo das atribuições próprias do Poder Legislativo e do Tribunal de Contas de cada ente da Federação, o Ministério da Saúde manterá sistema de registro eletrônico centralizado das informações de saúde referentes aos orçamentos públicos da União,

dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, incluída sua execução, garantido o acesso público às informações.

§ 1º O Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS), ou outro sistema que venha a substituí-lo, será desenvolvido com observância dos seguintes requisitos mínimos, além de outros estabelecidos pelo Ministério da Saúde mediante regulamento:

I - obrigatoriedade de registro e atualização permanente dos dados pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios;

II - processos informatizados de declaração, armazenamento e exportação dos dados;

III - disponibilização do programa de declaração aos gestores do SUS no âmbito de cada ente da Federação, preferencialmente em meio eletrônico de acesso público;

IV - realização de cálculo automático dos recursos mínimos aplicados em ações e serviços públicos de saúde previstos nesta Lei Complementar, que deve constituir fonte de informação para elaboração dos demonstrativos contábeis e extracontábeis;

V - previsão de módulo específico de controle externo, para registro, por parte do Tribunal de Contas com jurisdição no território de cada ente da Federação, das informações sobre a aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde consideradas para fins de emissão do parecer prévio divulgado nos termos dos arts. 48 e 56 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, sem prejuízo das informações declaradas e homologadas pelos gestores do SUS;

VI - integração, mediante processamento automático, das informações do Sioops ao sistema eletrônico centralizado de controle das transferências da União aos demais entes da Federação mantido pelo Ministério da Fazenda, para fins de controle das disposições do inciso II do parágrafo único do art. 160 da Constituição Federal e do art. 25 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. BRASIL (2002) Lei Complementar 141 de 13 de janeiro de 2012.

ORÇAMENTO PÚBLICO

Para Angélico (1995) o orçamento é um programa de custeios, investimentos, inversões, transferências e receitas que o Poder Executivo elabora com a sua proposta de valores e posteriormente precisa ser aprovado pelo Poder Legislativo.

Conforme Paludo (2010) o orçamento é um instrumento que expressa a alocação dos recursos públicos, sendo operacionalizado por meio de diversos programas, que constituem a integração do planejamento com o orçamento.

Segundo Angélico (1995) existem fatores que podem influenciar na estimativa da receita, como por exemplo, a oscilação dos preços, o crescimento vegetativo e demográfico, a política tributária, alteração de alíquotas, intensificação da fiscalização, entre outros.

Para Mauss e Souza (2008) o orçamento reflete o resultado do planejamento operacional, discriminando quais projetos e atividades que devem ser executados para a realização dos programas governamentais, além de ser considerado também, como um instrumento de ligação entre os instrumentos de planejamento e de finanças, pois assim é possível operacionalizar os planos de governo e o controle institucional.

O orçamento possui a sua receita orçada e a despesa fixada e dessa maneira é possível fazer um acompanhamento se tanto as arrecadações da receita, quanto a execução da despesa, estão dentro dos resultados esperados.

A fixação da despesa ocorre quando da elaboração do orçamento pelo gestor e é registrada pela contabilidade no sistema orçamentário. O empenho da despesa é o registro da intenção do gasto e a reserva orçamentária da entidade para futura cobertura do mesmo. Na fase da liquidação, há o registro da efetiva execução da despesa e do direito do credor em receber esse valor. Há o registro da execução orçamentária no sistema orçamentário, da reserva financeira no sistema financeiro e da redução patrimonial no sistema patrimonial. O pagamento é o desembolso do valor registrado no sistema financeiro. A receita pública tem seus registros iniciados no sistema orçamentário quando da sua previsão para o ano. O lançamento da receita é o ato de registrar a dívida do contribuinte para com o Estado e acarreta o aumento do patrimônio público no sistema patrimonial (MAUSS e SOUZA, 2008, pag. 12).

LEI DE RESPONSABILIDADE FISCAL

Conforme BRASIL (2000) a Lei Complementar 101 de 04 de maio de 2000 é conhecida como a Lei de Responsabilidade Fiscal e estabelece as normas de finanças públicas que são voltadas para a responsabilidade da gestão fiscal nas três esferas de governo, compreendendo o Poder Executivo, as respectivas administrações diretas, fundos, autarquias, fundações e empresas estatais dependentes, o Poder Legislativo, neste abrangidos os Tribunais de Contas, o Poder Judiciário e o Ministério Público.

Conforme Cruz, Júnior, Glock, Herzmann e Tremel (2006) a Lei de Responsabilidade Fiscal possui como objetivo corrigir o rumo da administração pública, tanto no contexto, dos Estados, Municípios e União, procurando limitar os gastos com as receitas, por meio de técnicas de planejamento governamental, organização, controle interno e externo, além de transparência das ações do governo em relação à população.

Com isso os gestores são considerados como os responsáveis e estão sujeitos às penalidades existentes em leis e precisam responder por seus atos, caso sejam estes, contrários aos interesses da população e não atendam aos limites especificados em lei quanto aos gastos mínimos com despesas de saúde, educação, equilíbrio financeiro entre receitas e despesas públicas, etc. em virtude disso percebe-se a importância de um bom planejamento de suas ações.

Segundo BRASIL (2000) entende-se por transferências voluntárias, a entrega de recursos correntes ou de capital a outro ente da Federação, a título de cooperação, auxílio ou assistência financeira, que não decorra de determinação constitucional, legal ou os destinados ao Sistema Único de Saúde.

Uma das exigências para que os Municípios, por exemplo, possam receber as transferências voluntárias é o cumprimento dos limites constitucionais relativos à despesa com a área da saúde, que estabelece que os municípios devem aplicar no mínimo 15% dos seus recursos na saúde.

Segundo Cruz, Júnior, Glock, Herzmann e Tremel (2006) a saúde pretende oferecer uma política social e econômica destinada a reduzir riscos de doenças e outros agravos, proporcionando ações e serviços para a proteção e recuperação da pessoa.

É preciso que exista um equilíbrio entre as contas públicas, ou seja, o gestor deve ter um controle e não gastar mais do que há de recursos disponíveis, procurando dessa maneira, atender prioritariamente as despesas que são consideradas como mais urgentes.

Conforme Cruz, Júnior, Glock, Herzmann e Tremel (2006) a administração pública eficaz, eficiente e efetiva não é resultado exclusivamente da profissionalização do servidor público. A busca por uma administração gerencial tem como pressuposto que o ocupante do cargo tenha uma boa capacidade gerencial. Ou seja, a Lei de Responsabilidade Fiscal determina que a administração pública mantenha um sistema de custos que permita a avaliação e o acompanhamento da gestão orçamentária, financeira e patrimonial.

Através desse sistema de controle de custos, a administração pública consegue fiscalizar e acompanhar a sua própria gestão orçamentária, podendo ter um melhor conhecimento da sua real situação financeira e assim poder avaliar quais as melhores decisões a serem tomadas para alcançar melhores resultados para a gestão.

CUSTOS NA GESTÃO PÚBLICA

Segundo Mauss e Souza (2008) a gestão pública necessita da contabilidade de custos para lhe oferecer os parâmetros e mecanismos necessários para fundamentar o planejamento e mensurar o resultado das atividades públicas.

O controle dos custos na administração pública oferece ao gestor o amparo de que precisa para tomar as suas decisões e ter um eficiente controle gerencial, para conseqüentemente evitar possíveis transtornos com endividamentos, que são resultantes muitas vezes, do simples fato da falta de um bom planejamento e de um controle eficiente da contabilidade de custos, podendo fazer com que o gestor sinta dificuldades em cumprir a Lei de Responsabilidade Fiscal.

Para Mauss e Souza (2008) os entes públicos que adotaram os conceitos de sistemas de custos puderam obter resultados mais positivos na sua gestão administrativa e financeira em relação à aplicação dos recursos que estão sob os seus cuidados.

Os gestores públicos devem sempre procurar tomar decisões de maneira à melhor prestar os serviços públicos para a população, tendo sempre em vista o bem estar da sociedade em geral e uma boa formulação de suas estratégias para atingir determinados objetivos.

Conforme Paludo (2010) pode-se afirmar que a conquista da excelência nos serviços públicos decorre de um amplo conjunto de fatores, muitos dos quais são associados à incorporação de novas filosofias gerenciais, de novas tecnologias, de princípios e ferramentas de qualidade, do desempenho dos recursos humanos, com mudanças culturais e amplo engajamento dos servidores públicos e com a participação e controle da sociedade, tudo isso deve ser direcionado para o bom atendimento das necessidades dos cidadãos.

De acordo com Mauss e Souza (2008) os cidadãos cobram resultados e um retorno em relação aos recursos alocados na atividade pública através dos tributos que pagam. Dessa forma a gestão pública deve procurar alcançar um resultado econômico positivo, onde o gestor deve procurar maximizar os resultados econômicos, aumentar a eficiência operacional, através de um parâmetro, fazer uma avaliação do desempenho e procurar seguir o princípio constitucional da economicidade.

Para Paludo (2010) os efeitos da globalização, das tecnologias e da competitividade global atingiram também as organizações públicas e com isso os cidadãos e usuários estão mais conscientes de sua cidadania e conhecedores de informações sobre os mais variados bens e serviços que são produzidos mundialmente e utilizam as informações para fazer comparações com os bens e serviços que são oferecidos pelos entes públicos brasileiros.

A mensuração dos custos na administração pública é fundamental para o bom planejamento das ações no setor público. Através do seu conhecimento, o gestor pode se basear para tomar decisões e ter uma maior eficácia ao longo da sua administração, podendo atender as necessidades da população com maior economicidade.

SIOPS - SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE

Conforme o PORTAL DA SAÚDE (2015) a idéia de criar um sistema que disponibilizasse informações sobre despesas em saúde de todos os entes federados surgiu no Conselho Nacional de Saúde em 1993. Em 30 de abril de 1999, foi assinada a Portaria Interministerial MS/PGR nº 529 pelo Ministro da Saúde e pelo Procurador-Geral da República, designando uma equipe para desenvolver o projeto de implantação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

Até o ano de 2012, o SIOPS era preenchido pelos estados, Distrito Federal e municípios, e a partir de 2013 com o surgimento da Lei Complementar nº 141, a União também passou a ser obrigada a preencher.

As informações contidas no SIOPS possuem natureza declaratória e são inseridas e transmitidas eletronicamente para o banco de dados do sistema

pela internet. Até o ano de 2012, sua transmissão era semestral e a partir de 2013 passou a ser bimestral.

Segundo o PORTAL DA SAÚDE (2015) o SIOPS pode ser considerado como um instrumento para o acompanhamento do cumprimento do dispositivo constitucional que determina aplicação mínima de recursos em ações e serviços públicos de saúde, tendo sido reconhecido seu papel na própria Lei Complementar 141/2012, que o elege para tal, além de facultar aos Conselhos de Saúde e à sociedade em geral a transparência e a visibilidade sobre a aplicação dos recursos públicos. A consolidação das informações sobre gastos em saúde no país é uma iniciativa que vem proporcionar a toda a população o conhecimento sobre quanto cada unidade político-administrativa tem aplicado na área.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Buscou-se fazer um levantamento dentre os vinte municípios que compõe a 17ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul, procurando verificar se os municípios estão cumprindo a Lei de Responsabilidade Fiscal e qual o percentual que cada um dos municípios aplicou na área da saúde ao longo dos últimos cinco anos, conforme dados coletados no site do SIOPS.

A 17ª Coordenadoria Regional de Saúde tem sua sede em Ijuí, composta por vinte municípios: Ajuricaba, Augusto Pestana, Bozano, Campo Novo, Catuípe, Chiapetta, Condor, Coronel Barros, Crissiumal, Humaitá, Ijuí, Inhacorá, Jóia, Nova Ramada, Panambi, Pejuçara, Santo Augusto, São Martinho, São Valério do Sul e Sede Nova, conforme demonstrado na Figura 1.



Fonte: SES - Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (2015)

Figura 1: Municípios de compõe a 17ª Coordenadoria Regional de Saúde do RS

A Figura 2 demonstra o valor dos percentuais que foram declarados pelos municípios conforme dados obtidos no site do SIOPS, durante os anos de 2010 a 2014.

PERCENTUAL APLICADO EM SAÚDE PELOS MUNICÍPIOS DA 17ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE DO RS						
Município	2010	2011	2012	2013	2014	valor médio aplicado
Ajuricaba	20,75	22,06	21,13	17,73	23,69	21,07
Augusto Pestana	17,73	15,52	21,10	22,43	26,06	20,57
Bozano	18,68	18,69	24,14	21,40	21,75	20,93
Campo Novo	17,22	16,92	19,32	16,35	19,35	17,83
Catuípe	19,35	17,79	22,67	23,06	27,05	21,98
Chiapeta	15,85	15,77	17,59	16,99	18,97	17,03
Condor	22,44	21,99	24,48	23,51	24,51	23,39
Coronel Barros	20,75	18,04	20,46	18,25	18,92	19,28
Crissiumal	16,40	16,56	17,51	16,92	19,88	17,45
Humaitá	15,08	16,18	17,58	16,79	19,34	16,99
Ijuí	31,05	27,74	26,52	26,78	27,95	28,01
Inhacorá	21,38	15,87	15,49	17,57	19,20	17,90
Jóia	17,24	18,29	17,19	15,33	17,02	17,01
Nova Ramada	22,59	19,13	22,20	22,18	18,09	20,84
Panambi	30,31	30,75	35,36	34,62	32,69	32,75
Pejuçara	15,38	16,08	17,32	17,42	19,89	17,22
Santo Augusto	18,59	16,54	17,23	16,32	19,76	17,69
São Martinho	18,26	19,09	17,27	18,06	17,69	18,07
São Valério do Sul	16,47	16,91	19,39	17,79	18,68	17,85
Sede Nova	16,48	18,88	21,09	17,46	17,16	18,21

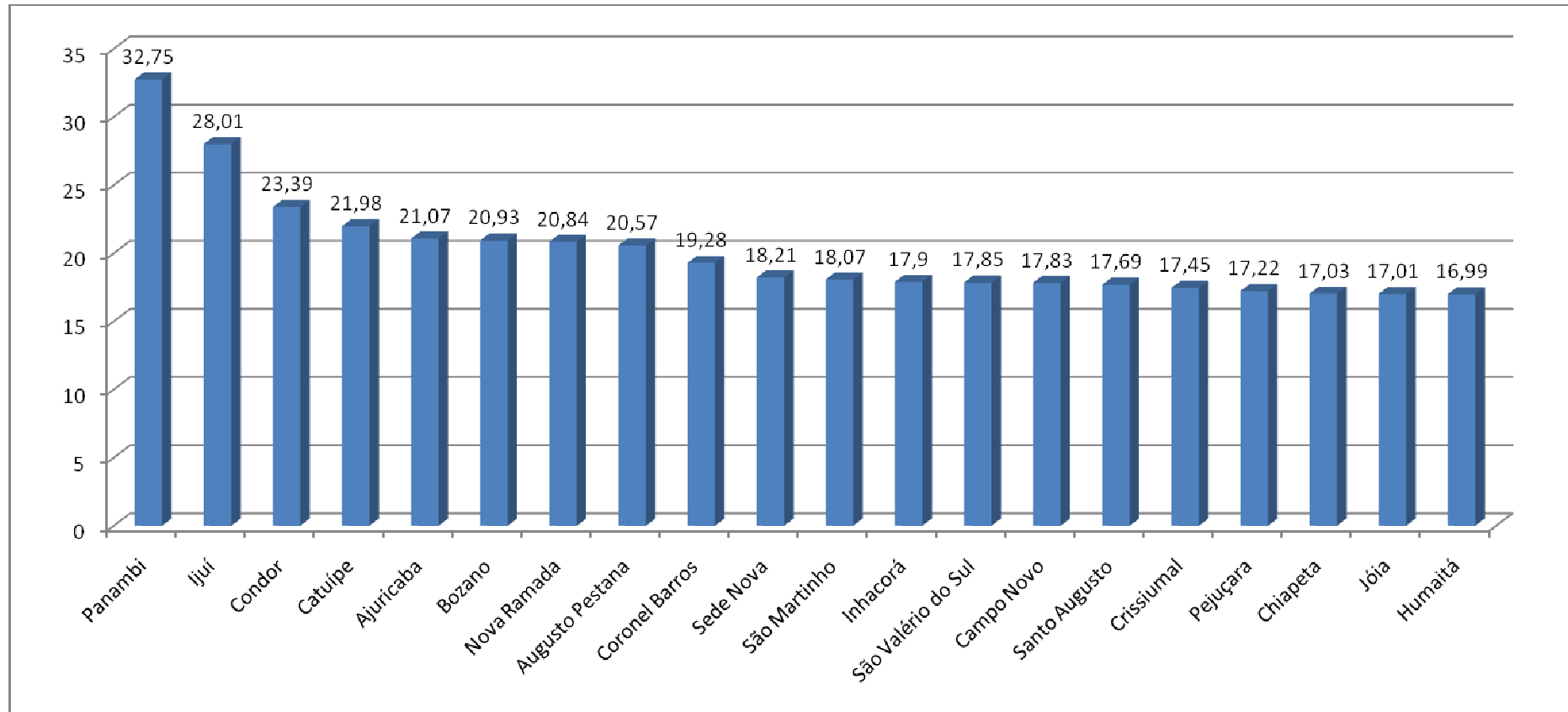
Fonte: PORTAL DA SAÚDE (2015)

Figura 2: Percentual aplicado em saúde pelos municípios da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde do RS

Com base nos dados coletados verificou-se que todos os municípios cumpriram a Lei de Responsabilidade Fiscal ao longo dos últimos cinco anos,

aplicando em saúde ao menos o percentual mínimo de 15% conforme legislação vigente.

A Figura 3 demonstra quem mais investiu na ordem decrescente dos vinte municípios de acordo com a média do percentual aplicado. O município que mais aplicou em saúde foi Panambi, com um percentual de 32,75%, em seguida, o município de Ijuí com 28,01%. O município com o percentual de aplicação mais baixo foi Humaitá com 16,99% seguido do município de Jóia com 17,01%.



Fonte: Kipper, Soder, 2015.

Figura 3: Análise em ordem decrescente da média dos percentuais aplicados em saúde ao longo dos últimos cinco anos pelos municípios da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde do RS

METODOLOGIA

O presente artigo trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa do tipo exploratória descritiva, apoiada pela revisão bibliográfica, pautada nas temáticas envolvendo a administração pública em saúde e a aplicação de recursos públicos na saúde.

A busca foi realizada em livros e periódicos científicos durante os meses de junho a agosto de 2015, utilizando-se de escritores que envolvam aplicação de recursos públicos em saúde.

A coleta dos dados foi realizada de forma secundária, através de uma busca no site do SIOPS (Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde), onde se obteve os valores que os vinte municípios da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde declararam ao longo dos anos de 2010 a 2014, em seguida foi feita a soma desses percentuais e dividiu-se por cinco, a fim de se obter uma média em percentual aplicado ao longo dos últimos cinco anos.

CONCLUSÃO

Em 1988 com o surgimento da Constituição Federal, foi instituído o Sistema Único de Saúde – SUS, que deve considerar a saúde como um direito a ser garantido a todos os cidadãos independentemente de classe social e de ser ou não, um trabalhador com registro formal de emprego.

O SUS é descentralizado e cabe a cada ente garantir aos usuários os serviços que são de sua responsabilidade. Assim, a saúde dos usuários está diretamente relacionada com as ações dos gestores. São eles que planejam, traçam as ações e tomam as decisões de modo a beneficiar os usuários através de ações que melhorem os serviços de acesso à saúde.

Ser o profissional responsável pela gestão da saúde de um município não é considerada uma tarefa fácil, os desafios estão presentes no dia-a-dia de qualquer gestor, seja na área pública ou privada, e na área da saúde pública, não deixa de ser diferente. A cada dia surgem usuários com necessidades e problemas específicos, que buscam soluções para seus casos de problemas de saúde e diante disso, o gestor precisa estar preparado para lidar com as

mais diversas situações e traçar ações que procurem resolver as necessidades específicas de cada usuário.

Ter um controle eficiente sobre a gestão de custos também é uma tarefa que todos os gestores deveriam ter, mas nem todos possuem esse controle. A Lei de Responsabilidade Fiscal ressalta sobre a importância da gestão de custos, pois através desse controle, fica mais fácil para o gestor poder tomar suas decisões a respeito de novos investimentos e de serviços que precisam ser oferecidos nas unidades de saúde.

Pode-se também, através da gestão de custos, ter um controle maior quanto aos gastos que podem as vezes ser desnecessários e evitar problemas de endividamento devido a falta de planejamento e a aplicação indevida dos recursos, além de auxiliar, no controle em relação ao percentual mínimo que é estabelecido em lei para que os municípios apliquem ao menos 15% dos recursos que são vinculados à área da saúde, dentro de ações de melhoria na própria área da saúde.

Caso os municípios descumpram a lei e não apliquem na saúde o mínimo especificado em lei, podem ficar impossibilitados de receberem as transferências voluntárias, ou seja, passam a não receberem mais os recursos financeiros que lhes são transferidos habitualmente, e com isso, não receberem mais verbas, não podendo mais investir também em outras áreas como a educação, agricultura, obras, etc.

Com o desenvolvimento desta pesquisa verificou-se que os vinte municípios que compõe a 17ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul estão cumprindo a Lei de Responsabilidade Fiscal, aplicando no mínimo os 15% dos recursos vinculados na área da saúde. Dessa forma, verificou-se que o município de Panambi é o que apresenta o índice de aplicação mais elevado com 32,75% e o município de Humaitá é o que apresenta o índice de aplicação mais baixo com 16,99%.

Enfim, cabe a cada gestor da saúde conhecer a realidade do seu município e de acordo com isso, procurar desenvolver as ações mais adequadas de investimentos para atender as necessidades locais, baseando-se sempre num controle dos seus custos e seguindo o orçamento do seu município, para tentar alcançar o equilíbrio financeiro entre receitas e

despesas, a fim de evitar problemas de endividamento e tendo o cuidado de aplicar no mínimo os 15% dos recursos vinculados na área da saúde, seguindo a legislação vigente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANGÉLICO, João (1995) **Contabilidade Pública** São Paulo 8ª Edição Editora Atlas SA

BRASIL (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm acesso em 31 de julho de 2015.

BRASIL (1990). **Lei 8080 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 31 de julho de 2015.

BRASIL (2000). **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 31 de julho de 2015.

BRASIL (2012). **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 31 de julho de 2015.

COLLIS, Jill , HUSSEY, Roger (2005) - **Pesquisa em Administração**. 2 ed., Porto Alegre, Ed. Bookman.

CRUZ Flávio da, JUNIOR Adauto Viccari, GLOCK Osvaldo José, HERZMANN Nélío, TREMEL Rosangela (2006) **Lei de Responsabilidade Fiscal Comentada** – Lei Complementar n 101, de 4 de maio de 2000 5 Edição São Paulo Editora ATLAS

MAUSS, César Volnei e SOUZA, Marcos Antonio de (2008) **Gestão de Custos Aplicada ao Setor Público** - Modelo para mensuração e análise da eficiência e eficácia governamental Editora ATLAS SA – São Paulo

PESSINI Leo, BARCHIFONTAINE Christian de Paul de (2002) **Problemas Atuais de Bioética** Editora Layola São Paulo 6ª edição

PORTAL DA SAÚDE (2015) – **SIOPS – SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE** - disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/siops/mais-sobre-siops/5982-o-que-e-siops> acesso em: 27 de outubro de 2015

PORTAL DA SAÚDE (2015) - **Percentual aplicado em saúde pelos municípios da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde do RS** - disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/evolpercEC29.php> acesso em 27 de outubro de 2015.

PORTAL DA SAÚDE (2015) - **Percentual aplicado em saúde pelos municípios da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde do RS** - disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/consleirespfiscal.php> acesso em 27 de outubro de 2015.

SES – SECRETÁRIA ESTADUAL DE SAÚDE DO RS (2015) - **Municípios de compõe a 17ª Coordenadoria Regional de Saúde do RS** - disponível em: [http://www.saude.rs.gov.br/lista/174/17%C2%AA CRS \(lju%C3%AD\)](http://www.saude.rs.gov.br/lista/174/17%C2%AA%20CRS%20(lju%C3%AD) acesso em: 31 de julho de 2015