



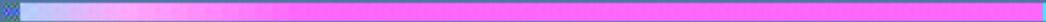
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA



Anna Paula Santos Pimentel
Marcela Ferreira Apolônio
Maria Edvalda da Silva Balbino

TRANSFERÊNCIAS DE RECURSOS FINANCEIROS PARA O FMS DE CANHOTINHO E LAJEDO

RECIFE
2008



Anna Paula Santos Pimentel
Marcela Ferreira Apolônio
Maria Edvalda da Silva Balbino

TRANSFERÊNCIAS DE RECURSOS FINANCEIROS
PARA O FMS DE CANHOTINHO E LAJEDO

Monografia apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde pelo Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

ORIENTADOR: Prof. Wilmar Pires Bezerra

RECIFE
NOVEMBRO DE 2008.

Anna Paula Santos Pimentel
Marcela Ferreira Apolônio
Maria Edvalda da Silva Balbino

TRANSFERÊNCIAS DE RECURSOS FINANCEIROS PARA O FMS DE CANHOTINHO
E LAJEDO

Monografia apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde pelo Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Aprovada em: 11/11/2008

BANCA EXAMINADORA

Orientador: _____

Wilmar Pires Bezerra
FAFICA – Faculdade de Filosofia de Caruaru

Debatedor: _____

Adriana Falangola
Aggeu Magalhães

Aos nossos familiares,
com enorme carinho e gratidão.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Deus, que nos dotou de capacidades intelectuais. Ao Prof. Wilmar Pires Bezerra nosso Orientador, que nos honrou com sua sapiência e rigor metodológico. Ao Ex - Secretário Municipal de Saúde de Canhotinho, e ao Ex - Secretário Municipal de Saúde de Lajedo, que viabilizaram essa pesquisa e aos nossos familiares que compreenderam nossa ausência durante a conclusão dos nossos trabalhos.

“Eu aprendi que para se crescer como pessoa eu preciso me cercar de gente mais inteligente do que eu.”

(William Shakespeare)

RESUMO

Este estudo tem por objetivo apresentar as transferências de recursos financeiros para os Fundos Municipais de Saúde de Canhotinho e Lajedo.

Abordamos um breve histórico do Sistema Único de Saúde e a luta por um financiamento próprio. Verificamos que o modelo de financiamento do Sistema Único de Saúde foi substancialmente aperfeiçoado com o advento da Emenda Constitucional n. 29/2000.

Analizamos a estruturação do Fundo Municipal de Saúde de Canhotinho e Lajedo e o repasse de recursos financeiros para estes órgãos. Observamos que grande parte dos recursos recebidos nestes municípios são oriundos de programas específicos e que o percentual referente à arrecadação de impostos repassados aos Fundos de Saúde atendem o percentual mínimo da EC 29. Realizamos um comparativo da execução financeira nestes municípios, e observamos a superação da despesa com relação à receita.

Utilizou-se, na elaboração da monografia, o método indutivo e a técnica da fixação de categorias, conceitos operacionais destas, buscas de referentes e fichamentos de obras doutrinárias.

Descritores: Captação de Recursos Financeiros/ Fontes de Financiamento/ Vias de Captação / Financiamento do SUS

ABSTRACT

This study it has for objective to present the transferences of financial resources for the Deep Municipal theatres of Health of Canhotinho and Lajedo.

We approach a historical briefing of the Only System of Health and the fight for a proper financing. We verify that the model of financing of the Only System of Health substantially was perfected with the advent of Constitutional Emendation N. 29/2000.

We analyze the structure of the Deep Municipal theatre of Health of Canhotinho and Lajedo and the view of financial resources for these agencies. We observe that it has left of the resources received in these cities are deriving of specific programs and that the referring percentage to the tax collection repassed to the Deep ones of Health takes care of the minimum percentage of EC 29. We carry through a comparative degree of the financial execution in these cities, and observe the overcoming of the expenditure with regard to the prescription.

It was used, in the elaboration of the monograph, the inductive method and the operational technique of the setting of categories, concepts of these, referring and fichas of doctrinal workmanships.

Descriptors: Captation of Financial Resources / Sources of Financing / Ways of Captation / Financing of the SUS.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADCT – ATO DAS DISPOSIÇÕES CONSTITUCIONAIS TRANSITÓRIAS
CNS – CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
CF – CONSTITUIÇÃO FEDERAL
EC – EMENDA CONSTITUCIONAL
FMS – FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
FNS – FUNDO NACIONAL DE SAÚDE
FPE – FUNDO DE PARTICIPAÇÃO DOS ESTADOS
FPM – FUNDO DE PARTICIPAÇÃO DOS MUNICÍPIOS
FUNASA – FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE
FB – FARMÁCIA BÁSICA
FAEC – FUNDO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS
HPP – HOSPITAL DE PEQUENO PORTE
INPS – INSTITUTO NACIONAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL
ICMS - IMPOSTO SOBRE CIRCULAÇÃO DE MERCADORIAS E SERVIÇOS
IPVA - IMPOSTO DE PROPRIEDADE DE VEÍCULOS AUTOMOTORES
ITCMD - IMPOSTO DE TRANSMISSÃO CAUSA MORTIS
IPI - IMPOSTO SOBRE PRODUTOS INDUSTRIALIZADOS
IRRF – IMPOSTO DE RENDA RETIDO NA FONTE
ISS – IMPOSTO SOBRE SERVIÇO
IPTU - IMPOSTO PREDIAL E TERRITORIAL URBANO
ITBI - IMPOSTO SOBRE A TRANSMISSÃO INTER VIVOS DE BENS IMÓVEIS
ITR – IMPOSTO TERRITORIAL RURAL
IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA
LOS – LEI ORGÂNICA DE SAÚDE
PAB – PISO DA ATENÇÃO BÁSICA
PSF – PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
PACS – PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
PIB – PRODUTO INTERNO BRUTO
PPI – PROGRAMAÇÃO PACTUADA INTEGRADA

SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

SIA – SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL

SIH – SISTEMA DE INFORMAÇÃO HOSPITALAR

SIOPS – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM ORÇAMENTOS PÚBLICOS

TFVS – TETO FINANCEIRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLOGICA

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	
1.1 CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA	13
1.2 OBJETIVOS	13
1.2.1 Objetivo Geral	13
1.2.2 Objetivos Específicos	13
1.3 JUSTIFICATIVA	14
1.4 DELIMITAÇÃO DA PESQUISA	14
1.5 PROCEDIMENTO METODOLOGICO	14
2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	16
2.1 A Constituição Federal e o Financiamento do SUS	17
2.2. A Emenda Constitucional n.º 29/2000	20
2.3. A Participação da União, dos Estados e dos Municípios no Financiamento da Saúde	22
3. O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CANHOTINHO E LAJEDO	25
4. RESULTADO DA DISCURSÃO	32
CONSIDERAÇÕES FINAIS	
ANEXOS	

1. INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu as bases para a edificação de um novo modelo de gestão de saúde ao determinar a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, como meio de assegurar ao povo brasileiro o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação de sua saúde. (Manual do Gestor do Fundo Municipal de Saúde – Governo da Bahia).

Segundo previsão constitucional (art. 196), o objetivo do financiamento da saúde é custear ações voltadas para prevenção e combate de doenças, por isso determinou-se, que esse sistema deveria ser organizado de forma descentralizada, transferindo-se o poder de decisão e recursos financeiros da União e dos Estados para os Municípios, e administrado em todos os níveis, com a participação da comunidade. (Marília Coser Mansur, 2001).

Na verdade, o SUS constitui um moderno modelo de organização dos serviços de saúde que tem como uma de suas características primordiais valorizar o nível municipal. Os municípios, através dos FMS dispõem hoje de recursos financeiros superiores àqueles de que dispunham no passado, com uma autonomia e, portanto, responsabilidades muito maiores, esses recursos, por lei, devem ser gerenciados através de fundos especiais e geridos sob total transparência. (Coletânea Saúde e Cidadania, 1998).

Canhotinho e Lajedo, municípios da região do Agreste do Estado de Pernambuco, possuem fundos de saúde que funcionam como agente financeiro do SUS e frequentemente recebem transferências de recursos financeiros. Abordaremos neste estudo as transferências financeiras recebidas por estes fundos além de realizarmos um comparativo da execução financeira dos mesmos afim de observarmos a vinculação entre receita e despesas nestes municípios.

1.1 CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA

Não basta apenas à criação de um Fundo Especial para assegurar ao povo brasileiro o cumprimento de seus direitos previstos na legislação. A gestão de recursos financeiros em seu sentido mais amplo constitui, cada vez mais, um elemento crítico e imprescindível ao gerenciamento das ações e serviços de saúde. Decisões sobre a contratação de pessoal ou a implantação de novos serviços têm implicações diretas e indiretas sobre a estabilidade financeira de um município. (Bernard François e Paola Zucci, 1998).

Em decorrência dos recursos financeiros serem importantes para garantir um serviço de saúde qualificado para a sociedade, como está sendo a execução da despesa e da receita nos fundos de saúde de Canhotinho e Lajedo?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Apresentar as formas de transferências de recursos financeiros para os Fundos de Saúde dos municípios de Canhotinho e Lajedo.

1.2.2 Objetivos Específicos

Apontar as formas de repasses financeiros para os Fundos de Saúde de Canhotinho e Lajedo.

Realizar comparativo da receita e da despesa realizada nesses municípios.

Sensibilizar gestores de saúde para melhorarem gerenciamento do FMS.

1.3 JUSTIFICATIVA

Este trabalho se justifica pela importância de auxiliar os gestores de saúde dos municípios de Canhotinho e Lajedo a atentarem sobre a sustentação financeira do SUS a nível local, oferecendo-lhes comparativos sobre a execução financeira de seus municípios com intuito de repensarem o papel de diminuir gastos e/ou aumentar arrecadação tributária.

A atividade investigativa partiu da seguinte hipótese: 1) Se as fontes de financiamento do Sistema Único nesses municípios, na forma em que estruturada na Constituição e na legislação infraconstitucional, atende suficientemente o princípio da diversidade, porque alguns municípios não conseguem arcar com suas despesas?

1.4 DELIMITAÇÃO DA PESQUISA

O estudo foi realizado em Canhotinho e Lajedo, municípios localizados na Microrregião do Agreste Meridional do Estado de Pernambuco.

A escolha desses municípios para o estudo se deu devido ao fato de que somos clientes do SUS nestes municípios e percebermos a necessidade de aumentar a oferta de serviços e procedimentos de saúde à população.

1.5 PROCEDIMENTO METODOLOGICO

O método utilizado na pesquisa foi o método indutivo, pois o enfoque da pesquisa partiu de dados particulares, suficientes constatados, para um geral. A pesquisa é do tipo exploratória/descritiva, que envolve a pesquisa bibliográfica e a pesquisa de dados sobre os municípios. Exploratória porque buscou conhecer com maior profundidade o assunto e descritiva porque propôs descrever as vias de captação de recursos financeiros para o FMS de Canhotinho e Lajedo.

Inicialmente na pesquisa bibliográfica utilizou-se de fontes secundárias, através do levantamento de dados em livros, revistas, artigos, monografia, teses, sites, etc.

buscando conhecer e analisar as contribuições culturais ou científicas do passado para melhor explicar o problema.

2. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A Constituição de 1988 deu um novo tratamento à saúde passando a tratá-la como um “*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*” (art. 196). Ou seja, toda a população passou a ter direito às ações e serviços de saúde de forma gratuita. Além disso, em 1990, o Congresso Nacional aprovou a Lei Orgânica da Saúde que detalha o funcionamento do Sistema. Portanto, o SUS resultou de um processo de lutas, mobilização, participação e esforços desenvolvidos por um grande número de pessoas. (Jornal do Consensus, 2008)

O tratamento concedido à saúde pelo legislador constituinte de 1988, decorre de uma forte mobilização de vários setores da sociedade. Gilson de Carvalho, uma das maiores autoridades nessa área, descreve essa luta:

O direito à saúde é uma luta do homem através dos séculos. Faz parte do direito à vida e ao estado de bem estar e felicidade de todos os seres humanos. No Brasil, a luta vem de séculos, entretanto foi nas últimas décadas do Século XX que este direito à saúde foi mais discutido. Um dos marcos é a III Conferência Nacional de Saúde em 1963, cujos objetivos foram frustrados pelo início da ditadura militar. Nela se definiu o direito de todos à saúde e a municipalização como caminho para se conseguir implantá-lo. Outro destaque que se deve dar é à VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 que aglutinou e consolidou todas as propostas da denominada Reforma Sanitária com respaldo da sociedade, de técnicos, prestadores e administradores públicos, bem como de representantes do Legislativo. Os resultados da VIII CNS foram apresentados ao Congresso Nacional para discussão e incorporação à Constituição. Isto foi feito e consagrou-se na Constituição Federal de

*1988; um corpo doutrinário que brotou de forma ascendente e desembocou na criação do Sistema Único de Saúde – SUS.*¹

As diferentes situações de vida dos vários grupos populacionais geram problemas de saúde específicos, bem como riscos e/ou exposição maior ou menor a determinadas doenças, acidentes e violências. Isto significa, portanto, necessidades diferenciadas, exigindo que as ações da gestão do sistema e dos serviços de saúde sejam orientadas para atender a essas especificidades. (Coletânea Saúde e Cidadania, 1998).

Devido às significativas diferenças existentes entre as várias regiões e municípios brasileiros, o Ministério da Saúde criou formas de descentralizar a prestação dos serviços públicos de saúde, repassando responsabilidades diferenciadas aos diferentes municípios. Nem sempre é possível para os municípios ofertarem sozinhos todos os serviços de saúde. Pequenos municípios carecem de recursos humanos, financeiros e materiais, e sua população é insuficiente para manter um hospital ou serviços especializados. É por isso que um dos grandes problemas para implantação do SUS foi e é seu financiamento. (Revista Brasileira de Saúde da Família, 2005)

2.1. A Constituição Federal e o Financiamento do SUS

Até o advento da Constituição de 1988, a assistência médica era prestada apenas aos segurados e dependentes da Previdência Social, mediante a apresentação de carteira emitida pelo INPS. Os demais precisavam pagar para serem atendidos, salvo a população carente ou mesmo indigente, que eram assistidos de forma precária pelos hospitais e postos de saúde públicos. (João Batista Lazzari, 2003).

Após a citada Carta Magna o setor de saúde brasileiro, agora chamado de Sistema Único de Saúde - SUS, integrando as ações curativas às preventivas, passa a ser financiado, nos termos do art. 195, por recursos do orçamento da Seguridade

¹ CARVALHO, Gilson de Cássia Marques de. *O financiamento público da saúde no bloco de constitucionalidade*. www.ead.fiocruz.br/mp.

Social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

A Constituição Federal afirma, no art. 194, que “a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.” Deixa claro que cabe à seguridade social o compromisso de assegurar o direito à saúde.

À saúde são aplicáveis os princípios constitucionais da Seguridade Social, previstos no art. 194, parágrafo único, da Carta Magna, quais sejam:

I - universalidade da cobertura e do atendimento;

II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;

III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;

IV - irredutibilidade do valor dos benefícios;

V - eqüidade na forma de participação no custeio;

VI - diversidade da base de financiamento;

VII - caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados.

A saúde possui, também, objetivos específicos previstos no art. 198 da Constituição. 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 - descentralização², 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

Não há dúvidas de que a Constituição de 1988 preocupou-se com a necessidade de criar fontes de financiamento capazes de garantir o atendimento das ações e serviços de saúde e impôs essa responsabilidade às três esferas de governo, devendo, cada qual, assegurar o aporte regular de recursos. No entanto, não assegurou um percentual de aplicação obrigatória para o setor. (João Batista Lazzari, 2003)

Essa omissão do Constituinte provocou grave crise de financiamento para a implantação do SUS, a qual foi reconhecida pela XI Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 2000. Ficou consignado no relatório final dessa Conferência que: *“A contradição entre o modelo econômico brasileiro e a proposta de construção do SUS refletiu-se, nesses dez anos, na dificuldade de obter formas estáveis e montantes suficientes para o financiamento do sistema público de saúde, em constante atrito com a expansão de um sistema privado dirigido pela lógica excludente de mercado, coerente com o modelo de desenvolvimento hegemônico no Brasil.”*³

A Constituição de 1988 representou um grande avanço na prestação da assistência à saúde da população, pois reconheceu as ações e serviços como sendo de relevância pública, beneficiando toda a comunidade que passou a ter direito ao atendimento integral independentemente de pagamento.

² É a transferência do poder de decisão aos responsáveis pela execução das ações e serviços de saúde e se dá nos vários níveis de governo.

³ TOJAL, Sebastião Botto de Barros Tojal [et al]; Marcio Iorio Aranha e Sebastião Botto de Barros Tojal (org). *Op. Cit.* . p.594.

2.2. A Emenda Constitucional n.º 29/2000

A Constituição de 1988 não avançou a ponto de estabelecer os critérios de aplicação de recursos para os serviços de saúde. A Emenda Constitucional n. 29/2000 trouxe progresso neste sentido.

A EC-29, de 13.09.2000, procurou corrigir a omissão do constituinte de 1988, que não definiu parâmetros precisos para alocação de recursos para o financiamento do Sistema Único de Saúde, definindo assim regras mais objetivas e percentuais mínimos da dotação orçamentária a serem destinados ao SUS.

Ao art. 198 da Constituição foram acrescentados dois novos parágrafos que estabelecem:

2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:

I – no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º;

II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios;

III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3.º.

§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:

I – os percentuais de que trata o § 2º;

II – os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos

Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais;

III – as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal;

IV – as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União.

Ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) foi acrescentado o art. 77, com regras de transição para aplicação da nova norma, cujo conteúdo é o seguinte:

Art. 77. Até o exercício financeiro de 2004, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde serão equivalentes:

I – no caso da União:

a) no ano 2000, o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999 acrescido de, no mínimo, cinco por cento;

b) do ano 2001 ao ano 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB;

II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, doze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; e

III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, quinze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º.

§ 1º Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios que apliquem percentuais inferiores aos fixados nos incisos II e III deverão elevá-los

gradualmente, até o exercício financeiro de 2004, reduzida a diferença à razão de, pelo menos, um quinto por ano, sendo que, a partir de 2000, a aplicação será de pelo menos sete por cento.

§ 2º Dos recursos da União apurados nos termos deste artigo, quinze por cento, no mínimo, serão aplicados nos Municípios, segundo o critério populacional, em ações e serviços básicos de saúde, na forma da lei.

§ 3º 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 que será acompanhado e fiscalizado por Conselho de Saúde, sem prejuízo do disposto no art. 74 da Constituição Federal.

§ 4º Na ausência da lei complementar a que se refere o art. 198, § 3º, a partir do exercício financeiro de 2005, aplicar-se-á à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios o disposto neste artigo.

Embora a EC n. 29/2000 não tenha sido aprovada na forma como pretendida pelos especialistas da área, ela significou um grande avanço na alocação de recursos orçamentários a serem destinados às ações e serviços de saúde.

2.3. A Participação da União, dos Estados e dos Municípios no Financiamento da Saúde

A apuração dos valores mínimos a serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde, de que tratam o art. 198, § 2º da Constituição Federal e o art. 77 do ADCT, dar-se-á a partir das seguintes bases de cálculo:

I – União

No ano 2000, o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999, acrescido de, no mínimo, cinco por cento.

De 2001 a 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB.

II – Estados

Doze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios.

Na apuração da base de cálculo dos Estados deve ser observada a seguinte fórmula:

. Total das receitas de impostos de natureza estadual: ICMS, IPVA, ITCMD

(+) Receitas de transferências da União: Quota-Parte do FPE, Cota-Parte do IPI – Exportação, Transferências da Lei Complementar nº 87/96 (Lei Kandir)

(+) Imposto de Renda Retido na Fonte – IRRF

(+) Outras receitas correntes: Receita da Dívida Ativa Tributária de Impostos, Multas, Juros de Mora e Correção Monetária.

(-) Transferências financeiras constitucionais e legais a Municípios: ICMS (25%), IPVA (50%), IPI – Exportação (25%),

(=) Base de Cálculo Estadual

III – Municípios

Quinze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º, da Constituição Federal.

No caso dos Municípios deve se proceder da seguinte forma:

. Total das receitas de impostos municipais: ISS, IPTU, ITBI

(+) Receitas de transferências da União: Quota-Parte do FPM, Quota-Parte do ITR, Quota-Parte da Lei Complementar n.º 87/96 (Lei Kandir)

(+) Imposto de Renda Retido na Fonte – IRRF

(+) Receitas de transferências do Estado: Quota-Parte do ICMS, Quota-Parte do IPVA, Quota-Parte do IPI – Exportação

(+) Outras Receitas Correntes: Receita da Dívida Ativa Tributária de Impostos, Multas, Juros de Mora e Correção Monetária

(=) Base de Cálculo Municipal

A Emenda Constitucional n. 29/2000, ao definir nova sistemática de cálculo para apuração dos recursos mínimos a serem aplicados em saúde pelos entes federados, proporcionou significativo aumento das dotações orçamentárias para o financiamento do Sistema Único de Saúde.

Como se pode verificar das diversificadas fontes de receitas examinadas neste trabalho, o pesquisador, ao instituir contribuições exigidas dos mais variados segmentos da sociedade, atentou para a observância do princípio da diversidade da base de financiamento do Sistema Único de Saúde.

3. O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CANHOTINHO E LAJEDO

Os Fundos de Saúde, instituídos no âmbito de cada Estado, Distrito Federal e Municípios, são considerados fundos especiais conforme definição da Lei nº 4.320/64. Suas receitas são especificadas e vinculadas à realização de objetivos e serviços determinados, no caso, as ações e serviços públicos de saúde. A obrigatoriedade de aplicação dos recursos, por meio dos Fundos de Saúde, antecede a Emenda Constitucional. (Manual Básico da Gestão Financeira do SUS, 2003).

O Fundo Municipal de Saúde (FMS) funciona como agente financeiro do SUS, sendo os seus recursos destinados a executar as despesas correntes e de capital das Secretarias Municipais de Saúde, oriundas de transferências para a cobertura de ações e serviços de saúde. (Manual do Gestor do Fundo Municipal de Saúde – Governo da Bahia).

O FMS deve ser paulatinamente organizado em conformidade com as diretrizes e os objetivos do Sistema Único de Saúde e gerido sob impermeável manto ético e total transparência.

A regra, prevista no art. 33, *caput*, da LOS, de que os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde devem ser depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde é da máxima importância para que os recursos do SUS não sejam desviados para outras finalidades.

Neste sentido: *“O controle das atividades administrativas no âmbito da Administração é, ao lado do comando, da coordenação e da correção, um dos meios pelos quais se exercita o poder hierárquico. Assim, o órgão superior controla o inferior, fiscalizando o cumprimento da lei e das instruções e a execução de suas atribuições, bem como os atos e o rendimento de cada servidor”*.⁴

O Fundo Municipal de Saúde de Canhotinho instituído pela Lei Municipal n.º 1.246/92, foi criado em 16 de abril de 1992 e é fiscalizado e acompanhado pelo Conselho Municipal de Saúde.

⁴ MEIRELLES, Hely Lopes. *Direito administrativo brasileiro*. 24. ed. São Paulo: Malheiros, 1999. p. 669.

O Conselho Municipal de Saúde de Canhotinho, constituído pela Lei Municipal n.º 1.291/94 tem como uma de suas prioridades, conforme inciso IV do Artigo 2.º de sua lei de criação, “*propor critérios para a programação e para as execuções financeiras e orçamentárias do Fundo Municipal de Saúde, acompanhando a movimentação do SUS no município*”. Esse conselho se reúne ordinariamente a cada mês e extraordinariamente quando há necessidade. Segue anexo ata do CMS acompanhando movimentação dos recursos do SUS durante o exercício de 2008.

O Município de Canhotinho, Estado de Pernambuco, segundo o Censo IBGE/2000, tem uma população de 24.919 habitantes e uma Densidade Demográfica de 95,12 habitantes por Km². O Centenário Município está localizado no Agreste Meridional do Estado de Pernambuco.

Atualmente o município conta com oito equipes de saúde da família com saúde bucal, distribuídas na sede e nos distritos. O município ainda possui o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, onde cinquenta servidores trabalham arduamente para aumentar a eficácia desse programa, além disso, existe em Canhotinho o Departamento de Vigilância em Saúde, onde estão integrados os setores de epidemiologia e vigilância sanitária. Canhotinho possui um hospital de pequeno porte onde são realizados internamentos e alguns procedimentos de média complexidade além de contar com um Centro de Saúde onde são ofertados exames e consultas de diversas especialidades.

O município de Lajedo situado no agreste Pernambucano, há 196km da Capital, Lajedo conta com uma população de 33.348hab. em uma área de 18km² . A Saúde deste município dispõe de 01 Hospital com 24 Leitos (02 cirúrgicos, 11 clínicos, 05 obstétricos e 06 pediátricos); 01 casa de Parto Normal (que é voltada especialmente à assistência à saúde da mulher); 82 Agentes Comunitários de Saúde, os quais fazem parte de 02 equipes de PACS (01rural e 01Urbano) e 03 equipes de USF (apenas 01 com saúde bucal – a mais recente implantada no município); 06 postos de saúde nos principais povoados do município; 01 departamento de Vigilância em Saúde, o qual é formado pela Vigilância Sanitária e Epidemiológica Ambiental; 01 Carro Odontomédico que visita e presta atendimento bucal nas principais comunidades.

Em 28 de setembro de 1991, entra em vigor a Lei nº 825/91 que institui o Fundo Municipal de Saúde de Lajedo, o qual tem por objetivo criar condições financeiras e de gerência dos recursos destinados no desenvolvimento das ações de Saúde, executadas e coordenadas pela Secretaria Municipal de Saúde.

No dia 1º de Janeiro de 2007 entrando em vigor em Lajedo a Lei Orgânica do Município, art. 57 sancionada em 24 de novembro de 2006 que desmembra a Secretaria de Saúde da Secretaria de Ação Social e, tendo como objetivo principal a Organização, execução e gerenciamento dos serviços e ações de Atenção Saúde de seus municípios, de maneira Universal em seu território.

Nesses municípios todos os recursos públicos são repassados para o Fundo Municipal de Saúde, gerenciados pela Secretaria Municipal de Saúde, acompanhados e fiscalizados pelos Conselhos de Saúde dessas cidades.

As formas de repasse de recursos financeiros para estes municípios foram redefinidas com o Pacto de Gestão do SUS: Bloco da Atenção Básica, Bloco de Média e alta Complexidade, Vigilância em Saúde e Assistência Farmacêutica, conforme Portaria GM/MS n.º 698/2006.

Os recursos para Atenção Básica são o Piso de Atenção Básica, e incentivos para o Programa de Saúde da Família, para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e para o Programa de Saúde Bucal no PSF.

Os recursos do bloco de vigilância em saúde destinam-se às ações da Vigilância Epidemiológica e Sanitária.

Os recursos do bloco de financiamento para Assistência Farmacêutica se referem ao componente da assistência farmacêutica básica.

Os repasses financeiros do Ministério da Saúde, conforme os blocos de financiamento do Pacto de Gestão são baseados em incentivos vinculados a programas.

A transferência referente remuneração por serviços produzidos destina-se ao pagamento do faturamento hospitalar registrado no Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e da produção ambulatorial registrada no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) contemplando ações de assistência de média e alta complexidade

de acordo com programação pactuada integrada e tetos financeiros dos respectivos municípios.

Os recursos para Média e Alta Complexidade, no caso de Canhotinho e Lajedo, destinam-se a manutenção das atividades dos hospitais dessas cidades. No que se refere ao município de Canhotinho os recursos financeiros recebidos fundo a fundo são referentes adesão do HPP, oriundos de serviços produzidos conforme SIA/SUS – Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (pagos de acordo com a tabela do SUS), além de transferências dos blocos de Gestão do SUS e de transferências referente o cumprimento da EC29.

Segue abaixo quadro dos recursos mensais recebidos pelos Municípios de Canhotinho e Lajedo, referentes aos blocos financeiros do Pacto de Gestão do SUS.

MUNICIPIO: CANHOTINHO		
Recursos Mensais vinculados a Programas Específicos		
Bloco	Programa	Valor
Da Atenção Básica	PAB	31.943,75
	PSF	64.800,00
	PACS	29.050,00
	SAÚDE BUCAL	20.400,00
Vigilância em Saúde	TFVS	6.212,30
	Vig. Sanitária	760,36
Componente Farmácia Básica	FARMÁCIA BÁSICA	8.358,88

MUNICÍPIO: LAJEDO		
Recursos Mensais vinculados a Programas Específicos		
Bloco	Programa	Valor
Da Atenção Básica	PAB	42.562,50
	PSF	16.200,00
	PACS	47.642,00
	SAÚDE BUCAL	1.700,00
Vigilância em Saúde	TFVS	1.021,54
	Vig. Sanitária	7.269,50
Componente Farmácia Básica	FARMÁCIA BÁSICA	11.426,36

Os dados apresentados foram coletados na página do Fundo Nacional de Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco referente a recursos repassados durante o mês de Agosto de 2008. <http://www.fns.saude.gov.br>

MUNICÍPIO: CANHOTINHO	
Créditos referente ao HPP e produção SIA/SUS	
Mês	Crédito
Janeiro/2008	37.156,84
Fevereiro/2008	43.848,17
Março/2008	14.950,74
Abril/2008	126.563,35
Maió/2008	66.312,83
Junho/2008	25.003,90
Julho/2008	93.617,49
Agosto/2008	26.049,11

MUNICÍPIO: LAJEDO	
Créditos referente a produção SIA/SUS	
Mês	Crédito
Janeiro/2008	21.905,59
Fevereiro/2008	33.420,23
Março/2008	1.236,00
Abril/2008	57.437,21
Maió/2008	41.557,08
Junho/2008	106,76
Julho/2008	39.128,39
Agosto/2008	29.188,10

Os dados apresentados foram coletados referente balancete de receita do Sistema de Orçamentos Públicos do Fundo Municipal de Saúde de Canhotinho e Lajedo e consta nos anexos deste trabalho

MUNICÍPIO: CANHOTINHO	
Teto Financeiro da PPI	
MUNICÍPIO: CANHOTINHO	VALOR
MAC I	9.352,82
MAC II	12.492,64
MAC III	2.933,02
TOTAL TETO	24.778,48

MUNICÍPIO: LAJEDO	
Teto Financeiro da PPI	
MUNICÍPIO: LAJEDO	VALOR
MAC I	6.325,50
MAC II	2.308,55
MAC III	-
TOTAL TETO	8.634,05

MUNICÍPIO: CANHOTINHO	
SIOPS 2007	
PERCENTUAL APLICADO EM SAÚDE	19,96%

MUNICÍPIO: LAJEDO	
SIOPS 2007	
PERCENTUAL APLICADO EM SAÚDE	20,56%

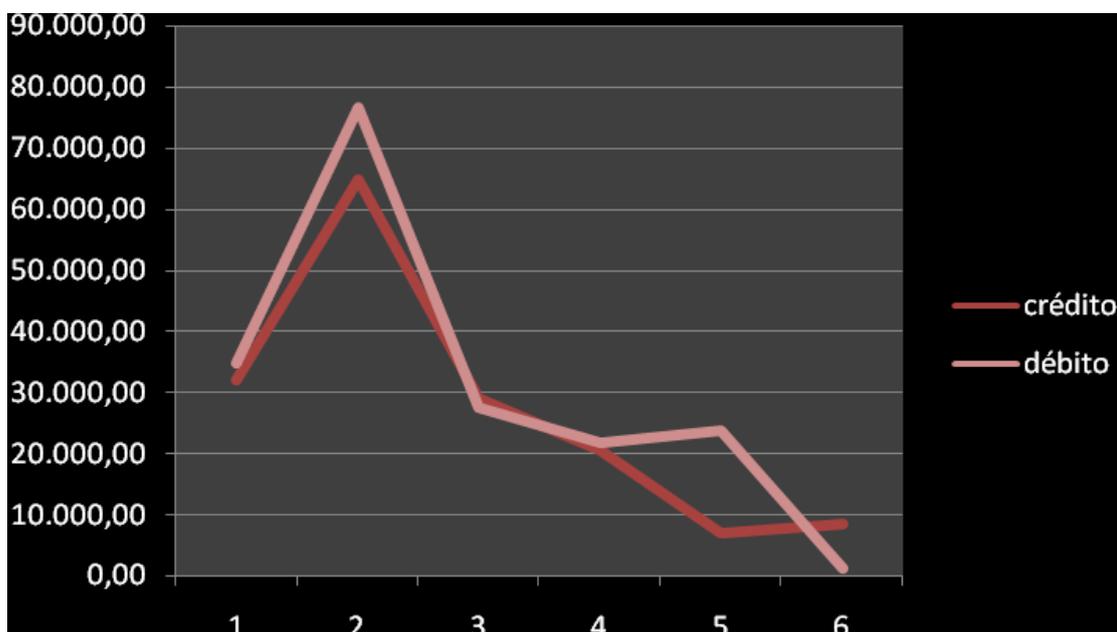
4. RESULTADO E DISCURSÃO

Ficou evidenciado que o Fundo Municipal de Saúde nestas localidades vem sendo organizado em conformidade com as diretrizes e os objetivos do Sistema Único de Saúde, gerindo os recursos arrecadados com ética e transparência através do Conselho Municipal de Saúde.

Evidenciou-se também que parte dos recursos recebidos nestes municípios, são provenientes de programas específicos e que o percentual referente à arrecadação de impostos repassados pelo município aos seus respectivos Fundos cumpre as exigências da EC 29.

Contudo, ao realizarmos um comparativo da execução orçamentária nesses municípios, nos damos conta de que a despesa excede a receita arrecada no período, exceto nos recursos do PACS e da Farmácia Básica no caso do município de Canhotinho.

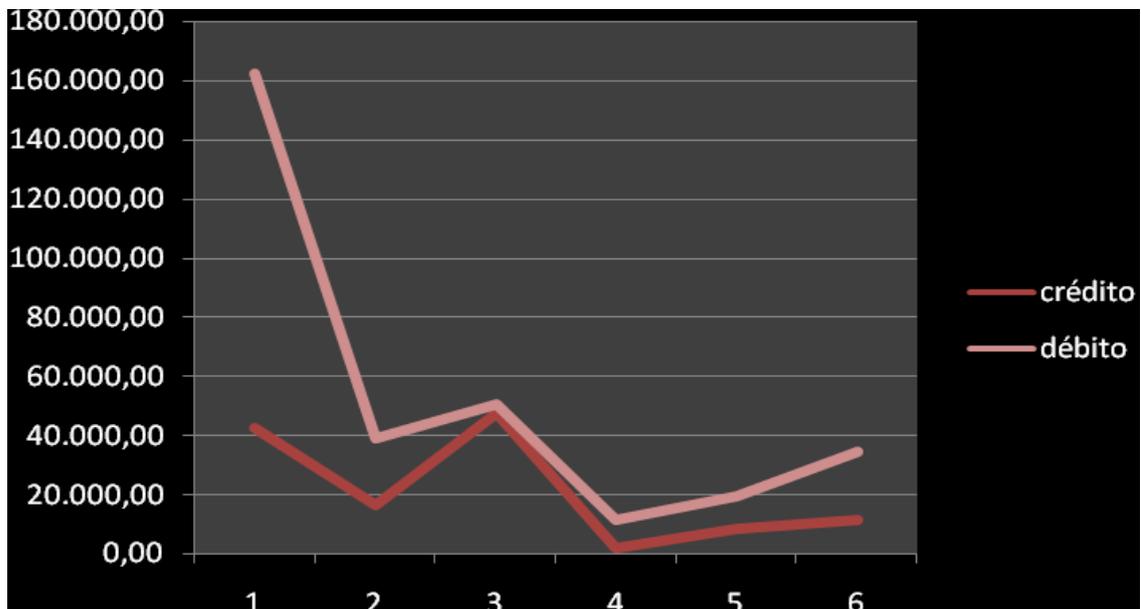
CANHOTINHO			
Despesas Mensais referentes contas contábeis específicas			
Bloco	Programa	Crédito	Débito
Da Atenção Básica	PAB	31.943,75	34.888,24
	PSF	64.800,00	76.673,01
	PACS	29.050,00	27.552,03
	SAÚDE BUCAL	20.400,00	21.609,32
Vigilância em Saúde	TFVS e Vig. Sanitária	6.972,66	23.694,71
Componente Farmácia Básica	FARMÁCIA BÁSICA	8.358,88	1.158,30



* Os dados apresentados foram coletados referente balancete de despesa do Sistema de Orçamentos Públicos do Fundo Municipal de Saúde de Canhotinho - 2008.

LAJEDO			
Despesas Mensais referentes contas contábeis específicas			
Bloco	Programa	Crédito	Débito
Da Atenção Básica	PAB	42.562,50	162.030,34
	PSF	16.200,00	38.971,25
	PACS	47.642,00	50.360,01
	SAÚDE BUCAL	1.700,00	11.376,06
Vigilância em Saúde	TFVS e Vig. Sanitária	8.291,04	19.358,92
Componente Farmácia Básica	FARMÁCIA BÁSICA	11.426,36	34.259,46

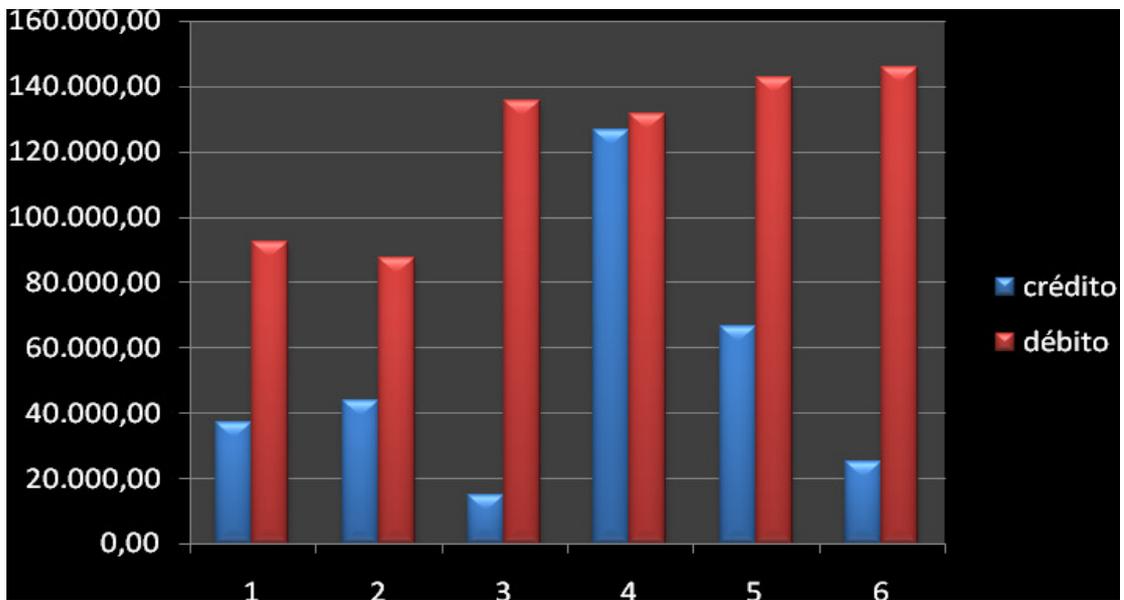
* No caso de Lajedo a despesa excede a receita em todos os recursos.



* Os dados apresentados foram coletados referente balancete de despesa do Sistema de Orçamentos Públicos do Fundo Municipal de Saúde de Canhotinho - 2008.

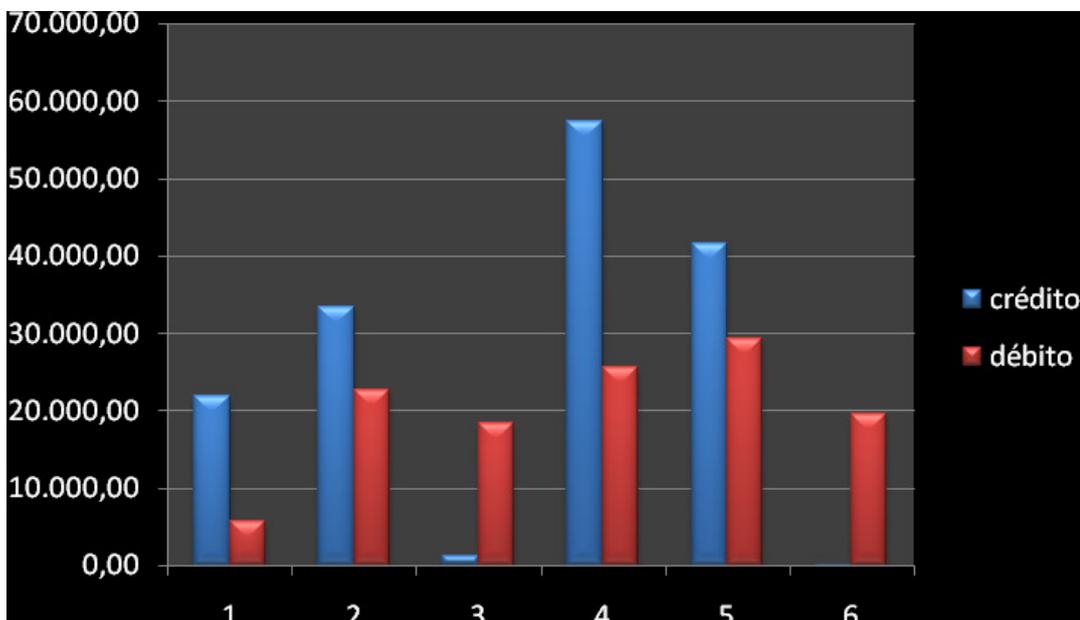
Com relação à remuneração de serviços produzidos (AIH e SIA) os valores variam de acordo com produção apresentada no SIA/SUS, devendo salientar nos quadros comparativos que no município de Canhotinho a despesa também excede a receita em todos os meses e que no município de Lajedo o caso ocorre apenas nos meses de março e junho.

MUNICÍPIO: CANHOTINHO		
Créditos e Débitos Mensais referentes aos serviços hospitalares		
Mês	Crédito	Débito
Janeiro/2008	37.156,84	92.528,14
Fevereiro/2008	43.848,17	87.450,10
Março/2008	14.950,74	135.596,03
Abril/2008	126.563,35	131.424,69
Maió/2008	66.312,83	142.770,66
Junho/2008	25.003,90	145.613,63



*Os dados apresentados foram coletados referente balancete de despesa do Sistema de Orçamentos Públicos do Fundo Municipal de Saúde de Canhotinho.

MUNICÍPIO: LAJEDO		
Créditos e Débitos Mensais referentes aos serviços hospitalares		
Mês	Crédito	Débito
Janeiro/2008	21.905,59	5.620,25
Fevereiro/2008	33.420,23	22.694,69
Março/2008	1.236,00	18.440,75
Abril/2008	57.437,21	25.627,10
Mai/2008	41.557,08	29.326,49
Junho/2008	106,76	19.636,86



*Os dados apresentados foram coletados referente balancete de despesa do Sistema de Orçamentos Públicos do Fundo Municipal de Saúde de Canhotinho.

Conforme SIOPS, no ano de 2007 o percentual das receitas municipais aplicadas em Canhotinho foi de 19,96% e em Lajedo de 22%.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Procurou-se avaliar, neste trabalho, as transferências de recursos financeiros para o FMS de Canhotinho e Lajedo.

Observamos que o financiamento do SUS nestas localidades é definido por normas do Ministério da Saúde e que os recursos financeiros são geridos em sua totalidade pelo FMS sob a fiscalização do Conselho Municipal de Saúde.

Notamos que o recebimento de receitas nos seus respectivos fundos de saúde, acontece de forma sistemática e em parcelas mensais por meio de transferências financeiras diretamente para o FMS. Verificamos também que essas receitas são creditadas em contas específicas conforme origem de cada recurso e estão vinculadas ao financiamento dos elementos de despesa que compõem o orçamento do Fundo Municipal de Saúde.

Contudo ao observarmos a execução financeira nesses municípios, percebemos que a despesa excede a receita, significando assim um problema orçamentário para as Secretarias de Saúde desses municípios.

Observamos que nestas localidades há necessidade de executar um planejamento com uma programação financeira com gastos em saúde compatível com a capacidade de pagamento de cada secretaria, sendo que o valor debitado deve ser limitado ao valor de cada crédito.

O gestor de saúde deve ter subsídios para execução do processo de aplicação dos recursos previstos no orçamento do FMS, considerando critérios e procedimentos na legislação vigente.

Sendo assim, tanto o gestor de saúde terá maior controle dos seus gastos e focalizará seus recursos em ações de maior impacto de saúde como também aumentará seus esforços em estruturar o setor de tributos afim de aumentar a arrecadação de impostos para que a população seja beneficiada por serviços e ações planejadas para o melhor atendimento de suas necessidades.

O trabalho tem por objetivo dar maior publicidade à origem dos recursos destinados ao atendimento das ações e serviços de saúde pública, possibilitando à

sociedade e aos estudiosos da área, através de uma visão mais acurada do tema abordado, o aperfeiçoamento do atual sistema de financiamento, especialmente em municípios de pequeno porte como Canhotinho e Lajedo.

A realização deste trabalho nos ajudou a abrir nossos horizontes com relação ao financiamento da saúde e nos fez ver que todos os esforços na arrecadação dos recursos destinados as ações e serviços de saúde cairão por terra se não forem geridos sob impermeável manto ético e total transparência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 5 de outubro de 1988. www.senado.gov.br/sf/legislacao/ .

_____. Lei nº 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. www.senado.gov.br/sf/legislacao/ .

_____. Lei nº 8142 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. www.senado.gov.br/sf/legislacao/ .

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 322, de 08 de maio de 2003. http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2005/resolucao322.htm

_____. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde: Manual Básico. Brasília, 2003.

CARVALHO, Gilson de Cássia Marques de. O financiamento público da saúde no bloco de constitucionalidade. http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/grupos-de-trabalho/saude/docs_publicacao/financiamento_publico.pdf

_____. O financiamento público federal do sistema único de saúde. Acessado em 21/10/2008 em: <http://www.idisa.org.br/site/download/TESEGC.pdf>

CAMPOS, F.C.C. de. Gestão Intergovernamental e financiamento do Sistema Único de Saúde: apontamentos para os gestores municipais. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Gestão Municipal de Saúde: textos básicos. Rio de Janeiro, 2001.

CONASS. Nota Técnica. Para entender o Pacto de Gestão do SUS. Acessado em 21/10/2008 em: <http://www.conass.org.br/admin/arquivos/NT%2013-06.pdf>.

TOJAL, Sebastião Botto de Barros Tojal [et al]; Marcio Iorio Aranha e Sebastião Botto de Barros Tojal (org). Manual Conceitual do Curso de Especialização em Direito Sanitário para Membros do Ministério Público e da Magistratura Federa. Brasília: UnB, 2002. 701p.

MEIRELLES, Hely Lopes. Direito administrativo brasileiro. 24. ed. São Paulo: Malheiros, 1999. 749 p.

CASTRO, Carlos Alberto Pereira de; LAZZARI, João Batista. Manual de Direito previdenciário. 3. ed. São Paulo: LTr, 2002. 632 p.

CUNHA, Luiz Cláudio Flores da, in THIESEN, Ana Maria Wicker [et al]; Vladimir Passos de Freitas (coord). Direito Previdenciário: aspectos materiais, processuais e penais. 2. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 1999. p. 37-38.