

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA**

**HIANA OLIVEIRA DOS SANTOS
SÁVIO MONTEIRO DE SOUZA
VINICIUS MOURA MACHADO**

**O ORÇAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE: um estudo de caso,
Conceição do Araguaia-PA**

**Belém
2007**

**HIANA OLIVEIRA DOS SANTOS
SÁVIO MONTEIRO DE SOUZA
VINICIUS MOURA MACHADO**

**O ORÇAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE: um estudo de caso,
Conceição do Araguaia-PA**

**Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado para obtenção do grau
em Medicina pela Universidade
Federal do Pará
Orientador: Prof. Amaury Dantas**

**Belém
2007**

**HIANA OLIVEIRA DOS SANTOS
SÁVIO MONTEIRO DE SOUZA
VINICIUS MOURA MACHADO**

**O ORÇAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE: um estudo de caso,
Conceição do Araguaia-PA**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para obtenção do grau em Medicina pela
Universidade Federal do Pará**

Banca Examinadora:

Orientador

Nome/Instituição

Nome/Instituição

Aprovado em: ____/____/____

Conceito: _____

AGRADECIMENTOS

À Deus, por mais uma conquista.

Aos nossos familiares, pelo incentivo.

Ao nosso orientador, pela paciência e colaboração.

Aos nossos professores e colegas de curso, pelos momentos que vivenciamos.

À Prefeitura de Conceição do Araguaia, pelas informações.

A todos, que de alguma forma nos ajudaram.

RESUMO

Este trabalho tem por objetivo analisar o uso de informações no processo de planejamento e orçamento no setor público municipal de saúde; para alcançar este propósito, foi escolhida uma abordagem metodológica empírico-analítica com a condução de um Estudo de Caso da gestão da política de saúde municipal; evidenciou-se o conceito, os aspectos históricos, a composição, a legislação, fiscalização, os princípios e a classificação do orçamento público de saúde, especificando a distribuição de recursos entre as esferas de governo; discriminaram-se os antecedentes, princípios e normas que regem o Sistema Único de Saúde (SUS); apresentaram-se dados e informações acerca do município referência, abrangendo seu histórico, aspectos religiosos, culturais e físico-territoriais, dados estatísticos de ordem econômica e social, assim como os pertinentes à pesquisa de campo realizada junto à Secretaria Municipal de Saúde; concluiu-se que o emprego dos Sistemas de Informação, em especial do SIOPS, auxilia no processo de tomada de decisão, constitui pressuposto para garantir o repasse de verbas e o enquadramento do Município às exigências de gestão do Ministério da Saúde.

Palavras-chave: Orçamento, Saúde, Sistema de Informação, Município.

ABSTRACT

This work has for objective to analyze the budget of the health in the City of Concision of the Araguaia, being explicated the job of the Systems of Information; to reach this intention, an empiricist-analytical methodological boarding with the conduction of a Study of Case of the management of the politics of municipal health was chosen; one proved the historical concept, aspects, the composition, the legislation, focalization, the principles and the classification of the public budget of health, specifying the distribution of resources between the government spheres; the antecedents, principles and norms had been discriminated that conduct the Only System of Health (SUS); they had been presented given and to information concerning the city reference, enclosing its religious, cultural and physiciat-territorial description, aspects, statistical data of economic and social order, as well as the pertinent ones to the research of field carried through together to the City department of Health; it was concluded that the job of the Systems of Information, in special of the SIOPS, assists in the process of decision taking, constitutes estimated to guarantee the view of mounts of money and the framing of the City to the requirements of management of the Health department.

Key-word: Budget, Health, System of Information, City.

LISTA DE ABREVIATURAS

ADCT – ATO DAS DISPOSIÇÕES CONSTITUCIONAIS TRANSITÓRIAS

CF – CONSTITUIÇÃO FEDERAL

CMS – CONSELHO MUNICIPAL SAÚDE

CNS – CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

CPMF – CONTRIBUIÇÃO PROVISÓRIA SOBRE MOVIMENTAÇÃO OU TRANSMISSÃO DE VALORES E DE CRÉDITOS DE NATUREZA FINANCEIRA

CSLL - CONTRIBUIÇÃO SOCIAL SOBRE O LUCRO LÍQUIDO

DOU - DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO

DPVAT – DOCUMENTO DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO AUTOMOTOR TERRESTRE - SEGURO OBRIGATÓRIO

EC – EMENDA CONSTITUCIONAL

FPM - FUNDO DE PARTICIPAÇÃO DOS MUNICÍPIOS

FUNASA – FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA

ICMS – IMPOSTO SOBRE CIRCULAÇÃO DE MERCADORIAS E SERVIÇOS

INAMPS – INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

INPS – INSTITUTO NACIONAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL

INSS – INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDADE SOCIAL

IPÍ – IMPOSTO SOBRE PRODUTOS INDUSTRIALIZADOS

IPVA - IMPOSTO DE PROPRIEDADE DE VEÍCULOS AUTOMOTORES

IR – IMPOSTO DE RENDA

ISSQN – IMPOSTO SOBRE SERVIÇOS DE QUALQUER NATUREZA

ITBVI - IMPOSTO DE TRANSMISSÃO DE BENS INTER VIVOS

ITCM - IMPOSTO DE TRANSMISSÃO CAUSA MORTIS

ITR – IMPOSTO TERRITORIAL RURAL

LC - LEI COMPLEMENTAR

LDO – LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS

LO - LEI ORÇAMENTÁRIA

LOA – LEI ORÇAMENTÁRIA ANUAL

LOS – LEI ORGÂNICA DA SAÚDE

LRF - LEI DE RESPONSABILIDADE FISCAL

MF – MINISTÉRIO DA FAZENDA

MPAS – MINISTÉRIO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL

MS – MINISTÉRIO DA SAÚDE

MT - MINISTÉRIO DO TRABALHO

NOAS – NORMA OPERACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

OSS – ORÇAMENTO DA SEGURIDADE SOCIAL

PEC – PROPOSTA DE EMENDA CONSTITUCIONAL

PIB - PRODUTO INTERNO BRUTO

SRF - SECRETARIA DE RECEITA FEDERAL

SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

TN - TESOURO NACIONAL

VS - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	09
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	11
2.1. ORÇAMENTO PÚBLICO	11
2.1.1 Conceito	11
2.1.2 Aspecto histórico.....	12
2.1.3 Natureza.....	14
2.1.4 Composição.....	16
2.1.5 Legislação.....	22
2.1.5.1 Plano Plurianual - PPA.....	22
2.1.5.2 Lei de Diretrizes Orçamentárias - LDO.....	24
2.1.5.3 Lei Orçamentária Anual - LOA	25
2.1.6 Fiscalização	27
2.1.7 Princípios	28
2.1.8 Classificação.....	30
2.1.9 Distribuição.....	32
2.2. SAÚDE PÚBLICA.....	33
2.2.1 Histórico.....	33
2.2.2 Conceito	34
2.2.3 Competências.....	34
2.3. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	37
2.3.1 Antecedentes	37
2.3.2 Princípios	37
2.3.3 Normas.....	38
3. MATERIAL E MÉTODO.....	41
3.1 TIPO DE PESQUISA	41
3.2 COLETA DE DADOS.....	41
3.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA	42
4. RESULTADOS.....	43
4.1 O MUNICÍPIO DE CONCEIÇÃO DO ARAGUAIA.....	43
4.1.1 Histórico.....	43
4.1.2 Religião e cultura	44
4.1.3 Aspectos físico-territoriais	44
4.1.4 Dados Estatísticos	47
4.1.5 Pesquisa de campo	51
5. DISCUSSÃO.....	57
6. CONCLUSÃO	59
REFERÊNCIAS	
APÊNDICES	

1. INTRODUÇÃO

Após a Constituição Federal de 1988, os municípios passaram a possuir maior autonomia política e administrativa e, conseqüentemente, assumiram novos encargos na área social, promovendo desenvolvimento econômico dentro de sua área de abrangência. Entretanto, a maioria não estava preparada para desempenhar esse novo papel, seja por traços históricos da Administração Pública brasileira, seja pelas dificuldades dos próprios governos locais, principalmente quanto ao aspecto técnico-administrativo mais deficitário, se comparado com os estados e a União.

Historicamente, a Administração Pública brasileira convive com a herança patriarcal e traços do patrimonialismo (clientelismo, nepotismo, corrupção) e os municípios ainda sofrem com a falta do planejamento e coordenação do governo central em relação à descentralização, o que ocasiona a não preparação desses municípios para o recebimento das novas funções.

O processo de mudança da Administração Pública brasileira envolve diversos aspectos, merecendo destaque, o esforço pela integração entre Planejamento, Orçamento e Gestão e a expansão do uso de informações, que só começou a ser focado pelas iniciativas de reforma do Estado do Governo Fernando Henrique Cardoso. O destaque foi para o Plano Plurianual (PPA 2000/2003), mais conhecido como Avanço Brasil, o qual trazia em seu arcabouço um modelo de gestão por resultados, tendo como objeto principal os programas de governo.

Deve-se ressaltar que o PPA, juntamente com a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), constitui o suporte legal de Planejamento/Orçamento estabelecido pela Constituição Federal de 1988, tendo por elo de união os programas.

Atualmente, no Brasil, o enfoque está no chamado Orçamento-Programa, requerendo o emprego de Sistemas de Informação que auxiliem no processo de tomada de decisão e na elaboração de indicadores para tentar contemplar as demandas sociais. “O esforço de atualização tecnológica para armazenamento, tratamento e consulta dos indicadores sociais não parece ter sido acompanhado, contudo, pelo aprofundamento técnico no uso dos mesmos nos processos de formulação e avaliação das políticas públicas.” (JANNUZZI, 2001).

Diante da necessidade de integração dos sistemas, da associação entre informação, ações públicas e recursos pertinentes à saúde, uma das exigências para o repasse de recursos fundo a fundo é alimentação dos dados nos Sistemas de Informações.

Nesse sentido, o objetivo geral deste Trabalho de Conclusão de Curso centralizou-se em analisar o uso de informações no processo de planejamento e orçamento no setor público municipal de saúde. Os específicos contemplaram: i) esclarecer os principais aspectos que norteiam o Orçamento Público da Saúde; ii) verificar a relevância do emprego de Sistemas de Informação na previsão de recursos e levantamento de dados sobre a Saúde, tendo por referência o Município de Conceição de Araguaia.

A área da saúde foi escolhida pela relevância dos dispêndios sociais municipais nessa função, pelos avanços apresentados no processo de descentralização e crescimento no uso de Sistemas de Informações, notadamente após a criação e processo de implantação do Sistema Único de Saúde – SUS, em 1990.

Escolheu-se o Município de Conceição de Araguaia como referência em razão da facilidade de acesso à Secretaria de Saúde local e por se tratar de uma unidade municipal pertencente ao Estado do Pará onde já existe a utilização de Sistemas de Informações vinculada ao Planejamento e Orçamento.

O trabalho está estruturado em seis partes, incluindo inicialmente esta Introdução. A segunda é constituída da Revisão da Literatura, subdividida em Orçamento Público, Saúde Pública e Sistema de Saúde, tratando-se de conceitos, aspectos históricos, normas, entre outras questões. Em seguida, a terceira parte discrimina o Material e Método, especificando os procedimentos empregados na realização da pesquisa. A quarta parte abrange os Resultados, fazendo uma breve apresentação de dados sobre o Município de Conceição do Araguaia e acerca da pesquisa de campo. A quinta contempla a Discussão em torno dos dados e das informações apresentadas. Segue-se, a esta, a Conclusão, onde são realizadas as considerações finais sobre a pesquisa.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 ORÇAMENTO PÚBLICO

2.1.1 Conceito

Tradicionalmente o orçamento é compreendido como uma peça que contém apenas a previsão das receitas e a fixação das despesas para determinado período, sem preocupação com planos governamentais de desenvolvimento, tratando-se assim de mera peça contábil - financeira. Tal conceito não pode mais ser admitido, pois a intervenção estatal e a necessidade de democratização da gestão financeira se ampliaram, consequentemente o planejamento das ações do Estado é imprescindível.

No entender de Baleeiro (2002, p.48):

"... Orçamento público é o ato pelo qual o Poder Legislativo autoriza o Poder Executivo, por um certo período e, em pormenor, as despesas destinadas ao funcionamento dos serviços públicos e outros fins adotados pela política econômica ou geral do país, assim como a arrecadação das receitas já criadas em lei".

Para Campos (2000 apud CASTRO, 2007, p.2) o orçamento significa:

"(...) Do ponto de vista político, supõe-se a adoção de decisões de grande transcendência no andamento do Estado; do ponto de vista econômico representa um plano da atividade financeira e, portanto, uma ordenação das necessidades públicas segundo suas prioridades e do ponto de vista jurídico."

Referindo-se ao assunto Ingrosso (1999 apud CASTRO, 2007, p.3) entende o orçamento público é *"a maior das leis de organização"*. Para Allan D. Manuel (2001 apud CASTRO, 2007, p.3), no entanto, consiste em *"um plano expressando, em termos de dinheiro, para um determinado período de tempo, o programa de operações do governo e os meios de financiá-lo"*.

Bereijo (2000 apud CASTRO, 2007, p.4), o orçamento público consiste no *"ato legislativo mediante o qual se autoriza o máximo de gastos que o governo pode realizar durante um período de tempo determinado nas obrigações que detalhadamente são especificadas e que prevêem os ingressos necessários para cobri-las"*.

Na concepção de Veiga (1998 apud CASTRO, 2007, p.4) *"o orçamento público é o balanço prévio dos elementos ativos e passivos da gestão financeira, formulado em forma de*

lei.”

Deodato (1997 apud TORRES, 2007) compreende que “*o orçamento é, em suma, o quadro orgânico da economia pública*”.

2.1.2 Aspectos históricos

As origens históricas do orçamento remetem à época medieval, período que ainda não existiam os Estados Nacionais. Quando eram insuficientes os ingressos dominiais para o atendimento das necessidades supervenientes e extraordinárias, o rei lançava impostos adicionais o que, em princípio, significava a arbitrariedade na formação e recebimento dos recursos reais.

O rei podia dispor de numerários obtidos mediante a cobrança de impostos conforme os desígnios reais. Tal situação alterou-se, passando-se a exigir o consentimento dos principais vassalos reais para a cobrança, gerando a impossibilidade do poder real, direta e coativamente, arrecadar os impostos almejados.

O lançamento de tributos pelo monarca só se justificaria diante de seu caráter extraordinário e do consentimento de seus principais súditos que se reuniam através de conselhos ou assembléias, quando presente o caráter extraordinário do lançamento tributário. Baleeiro (2002, p.45) preleciona que:

"Com o tempo, essas assembléias, em cada país, receberam nomes específicos. Viriam a tomar caráter periódico e, no mundo contemporâneo, passaram a ser permanentes. Esses estilos provam que desde a alta Idade Média, no seio de vários povos da Europa, os monarcas encontravam dificuldade em criar impostos novos e manejar os antigos, ou levantar empréstimos forçados, sem o consentimento de certos órgãos colegiados, que pretendiam falar em nome dos contribuintes".

Na Inglaterra, por exemplo, a mobilização dos barões, que obrigaram o rei João-Sem-Terra a se submeter ao Parlamento, vedando a cobrança de qualquer tributo sem o consentimento do Conselho do Reino/Parlamento, resultou na assinatura da Magna Carta, em 1215. Tal fato externou o sentimento de que o poder real deveria ser exercido com limites, dentre os quais se incluía a impossibilidade de cobrança arbitrária de tributos.

A concepção inicial de orçamento vincula-se às reivindicações da então revolucionária classe burguesa, desejosa de que houvesse limitações aos poderes exercidos pelo Soberano

que, no Absolutismo, era visto como fonte de poder divino (absoluto), acarretando que à vontade de Sua Majestade se confundisse com o próprio ordenamento legal.

Fruto das Revoluções Liberais, a criação do Estado de Direito possibilitou a organização e a publicização das finanças públicas, seja por possibilitar o lançamento e a cobrança regular de tributos efetuados, agora, por uma autoridade fortalecida devido à unidade nacional, independentemente de sua natureza real ou republicana, seja pela definição de requisitos e limites para a utilização dos recursos públicos.

Durante o Absolutismo, portanto, as origens orçamentárias eram identificadas, fundamentalmente, à limitação do poder absoluto do soberano por meio de pressupostos legais que impedissem a cobrança arbitrária de tributos.

Se, por um lado, as origens orçamentárias são identificadas na emergência das Revoluções Liberais européias ocorridas, sobretudo, nos séculos XVII e XVIII, por meio da exigência de autorização parlamentar para a cobrança de tributos; por outro, não se pode deixar de reconhecer que *"esses impostos, a rigor, não se confundem com os que permanentemente passam a ser cobrados a partir da instauração da estrutura liberal de Governo, posto que eram apropriados privadamente, sem a nota da publicidade que marca os tributos permanentes"* (BALEIRO, 2002, p.46).

Com o surgimento do Estado liberal foram impostos limites ao exercício do poder pela autoridade real ou republicana: a Teoria Constitucional, as garantias individuais, a separação dos poderes em Legislativo, Executivo e Judiciário e a criação de um Parlamento permanente demonstram a existência de um novo panorama filosófico, político e econômico que refletiria na própria concepção orçamentária.

Alçado à disciplina constitucional, o orçamento liberal tanto assegurou a cobrança permanente de tributos com vistas ao atendimento das despesas dos Estados Nacionais que foram se constituindo na Europa, quanto garantiu normativamente a liberdade de seus cidadãos.

Ao conquistar o poder político na Europa, a partir da Revolução Francesa, a burguesia concebeu o Estado de Direito conforme os valores do liberalismo econômico, passando o Orçamento a ser utilizado para a avaliação da compatibilidade anual entre as despesas e as receitas públicas.

O dogma liberal, pautado na idéia de não intervenção estatal no setor econômico¹, justificava o modelo de um Estado em que a preocupação financeira, particularmente a orçamentária, se limitava a assegurar a inexistência de *déficits* fiscais através da harmonização entre os recursos gastos e os impostos arrecadados.

A insuficiência desse modelo orçamentário ficaria evidente ante a crise do Estado Liberal que nem oferecia soluções às reivindicações dos direitos sociais, levadas a cabo pelos trabalhadores a partir do século XIX, nem garantia o pleno funcionamento do mercado ou soluções que pusessem fim às constantes crises econômicas.

O agravamento da crise econômica, que se iniciou com a quebra da Bolsa de Valores em 1929, e a necessidade de que este interviesse no domínio econômico possibilitou a edificação do Estado de Bem-estar Social. Agora, para que o Estado cumprisse o seu novo papel, não bastava o equilíbrio das contas estatais por meio de uma equalização entre receitas e despesas, impondo-se o planejamento financeiro estatal para atender às novas demandas surgidas.

A teoria geral de Keynes rompia com a idéia de um orçamento neutro, procurando ampliar o papel do Estado na sociedade e na economia, custeado através do aumento de impostos e da criação de outras receitas orçamentárias. Atuando funcionalmente, a atividade financeira estatal devia orientar-se para influir sobre a conjuntura econômica, sobrepondo-se à iniciativa privada, inclusive a benefício desta nos momentos de desequilíbrios cíclicos.

Os sucessivos déficits orçamentários, as exacerbadas subvenções ao capital privado e o volume de receitas incompatíveis com as despesas a serem despendidas, dentre outros fatores, conduziram à crise do Estado de Bem-estar Social a partir dos anos 70.

Atualmente, desenham-se modelos de superação da crise do *Welfare State*, fundamentados na proposta neoliberal, pautada na redução dos gastos sociais e diminuição de intervenção estatal na ordem econômica.

2.1.3 Natureza

Diferentes momentos históricos gerando diferentes concepções sobre a atividade

¹ Os defensores do liberalismo econômico, a exemplo de Adam Smith e David Ricardo, acreditavam que o mercado seria capaz de auto-regular a atividade econômica por meio da concorrência.

financeira e orçamentária do Estado. Apesar disso, identifica-se uma característica que parece estar ínsita à própria concepção de orçamento: o seu caráter instrumental. É assim que durante a transição do Absolutismo para as Monarquias Constitucionais, a lei orçamentária visou criar obstáculos ao arbítrio do Monarca - que a seu bel-prazer aumentava impostos -, tornando requisito para tanto a aprovação pelo Parlamento. Do mesmo modo, a característica instrumental está presente no liberalismo, onde o orçamento cumpria a função de compatibilizar receitas e despesas. E, ainda, no modelo inaugurado pelo Estado de Bem-Estar Social, quando o orçamento possibilitou o aumento dos gastos públicos e a intervenção no domínio econômico.

Servindo de instrumento das diferentes concepções sobre a atividade financeira e sobre a própria organização do Estado e da sociedade, o orçamento inseriu-se no contexto ideológico de cada época permitindo a implementação de diretrizes econômico-sociais. Esta a razão do processo do orçamento, juntamente com os processos político e econômico, inserir-se no processo histórico da nação.

O caráter instrumental ou processual significa que o orçamento não é um fim em si mesmo, ou seja, os objetivos do orçamento se encontram fora de si, eis que visam permitir a implementação de políticas públicas e a atualização dos programas e do planejamento governamental.

Assim, o orçamento programa do governo mantém uma relação restrita com a política governamental. Segundo Giacomoni (2005, p. 189), “[...] enquanto que nas organizações empresariais privadas, como regra geral, mantêm a execução financeira (receitas e despesas) de forma autônoma em relação ao orçamento. Este sofre mudanças de rumo, adequando-se, por assim dizer, ao comportamento real das finanças.”

É relevante frisar que, o orçamento não pode garantir que as previsões orçamentárias sejam realizadas concretamente. Estas dependem do desempenho econômico e de decisões políticas. Portanto, o orçamento não é uma declaração de receitas e despesas puramente exemplificativa das intenções dos poderes estatais, já que resultando do conjunto de inter-relações sociais, representa a compatibilidade dos interesses das diversas forças sociais dispostas contabilmente, efetuadas após o cumprimento de requisitos legais para a sua constituição.

Observado isso, a função processual ou instrumental do orçamento se revela no

instante em que abriga previsões de resultados financeiros sobre determinado período de tempo, possibilitando tanto a definição e o direcionamento das prioridades estatais, quanto o controle sobre as finanças públicas. O sentido da expressão instrumental ou processual é utilizada para designar a impossibilidade do orçamento dirigir a administração pública ou garantir os resultados econômicos previstos, contrariamente, a função processual representa a baliza, o limite da ação pública definidos na peça orçamentária. Cumpre-se a função processual, portanto, quando o orçamento realiza o "servir", imanente a qualquer instrumento que, ressalte-se, só tem razão de existir quando útil à realização de um objetivo fora de si.

De outro modo, a condição instrumental imanente ao orçamento requer a organização do instrumental orçamentário a fim de que se confira manuseabilidade e eficiência capazes de justificar a existência do próprio orçamento. A organização do instrumental orçamentário está disposta na Constituição Federal e em normas infra-constitucionais (Lei 4.320/64), onde se definem os elementos, momentos e requisitos do processo orçamentário.

Na verdade, esse instrumento só se realiza e mede a sua utilidade a partir da organização que é dada pelos elementos/requisitos que o constituem que, diga-se, parecem ter sido construídos tendo em vista a utilidade que propiciará aos órgãos públicos e à própria sociedade. Interessante observar que na própria expressão processo orçamentário, subsiste a idéia de um conjunto de etapas, elementos e procedimentos organizados que o informam e o caracterizam. Ser instrumento, portanto, exige a própria organização do instrumento, no caso o processo orçamentário. A Lei nº 4.320/64 e a Constituição Federal, como se mencionou, regulam a temática orçamentária e disciplinam os seus principais institutos.

2.1.4 Composição

Com a necessidade de atender às demandas para a descentralização trazidas com a Constituição de 1988, a solução que o governo federal encontrou para garantir o seu próprio financiamento foi ampliar as fontes tributárias, principalmente através da criação e/ou ampliação de alíquotas das contribuições sociais. Ou seja, as contribuições sociais, mais do que serem importantes para garantir o financiamento do setor social, significam uma grande fatia da arrecadação federal.

Carvalho (2007) explica que o art. 198, § 2º da Constituição Federal trata da apuração dos valores mínimos a serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde. Atualmente, cabe à União o mínimo de 10%.

Os recursos que a União aplica em ações e serviços de saúde são advindos em grande parte da arrecadação decorrente das contribuições sociais destinadas à Seguridade Social, assim definidas no art. 195 da Constituição:

“I - do empregador, da empresa e da entidade a ela equiparada na forma da lei, incidentes sobre:

- a) a folha de salário e demais rendimentos do trabalho pagos ou creditados, a qualquer título, à pessoa física que lhe preste serviço, mesmo sem vínculo empregatício;*
- b) a receita ou o faturamento;*
- c) o lucro;*

II - do trabalhador e dos demais segurados da previdência social, não incidindo contribuição sobre aposentadoria e pensão concedidas pelo regime geral de previdência social;

III – sobre a receita de concurso de prognósticos.”

Carvalho (2007) explica que com a necessidade de atender às demandas para a descentralização trazidas com a Constituição de 1988, a solução que o Governo Federal encontrou para garantir o seu próprio financiamento foi ampliar as fontes tributárias, principalmente através da criação e/ou ampliação de alíquotas das contribuições sociais. Estas significam uma grande fatia da arrecadação federal.

Além dessas contribuições, poderão ser instituídas, através de lei complementar, outras fontes destinadas a manutenção ou expansão da seguridade social, consoante previsão contida no parágrafo 4º., do mencionado art. 195 da Constituição.

Os Estados e o Distrito Federal destinam 12% 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.

Segundo Carvalho (2007), 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

Quanto aos Municípios e o Distrito Federal, destina-se 15% 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 apuração da base de cálculo do Distrito Federal é definido pelo somatório do percentual de vinculação correspondente aos Estados aplicado sobre a base estadual com o percentual de vinculação correspondente aos municípios aplicado sobre a base municipal:

Base de Cálculo Estadual: ICMS (75%), IPVA (50%), ITCD, Simples, Imposto de Renda Retido na Fonte, Quota-parte FPE, Quota-parte IPI-exportação (75%), Transferência LC 87/96 - Lei Kandir (75%), Dívida Ativa Tributária de Impostos, Multas, juros de mora e correção monetária.

Base de Cálculo Municipal: ICMS (25%), IPVA (50%), IPTU, ISS, ITBI, Quota-parte FPM, Quota-parte IPI-exportação (25%), Quota-parte ITR, Transferência LC 87/96 - Lei Kandir (25%), Dívida Ativa Tributária de Impostos, Multas, juros de mora e correção monetária:

- 1) **Contribuição do segurado empregado, empregado doméstico e trabalhador avulso:** as alíquotas são 8, 9 e 11% aplicadas sobre o salário de contribuição (art. 20 da Lei n. 8.212/91);
- 2) **Contribuição dos segurados contribuinte individual e facultativo:** a alíquota é de 20% incidente sobre o salário de contribuição (art. 21 da Lei n. 8.212/91);
- 3) **Contribuições da empresa e da entidade a ela equiparada:**
 - a) **sobre a folha de salário e demais rendimentos do trabalho pagos ou creditados, a qualquer título, à pessoa física que lhe preste serviço, mesmo sem vínculo empregatício:** a alíquota é de 20 % incidente sobre o total das remunerações pagas, devidas ou creditadas a qualquer título, durante o mês, aos segurados empregados, trabalhadores avulsos e contribuintes individuais que lhe prestem serviços (art. 22, I e III, da Lei n. 8.212/91);
 - b) **seguro acidente do trabalho (SAT):** 1, 2 ou 3% incidente sobre o total das remunerações pagas ou creditadas, no decorrer do mês, aos segurados empregados e trabalhadores avulsos (art. 22, II, da Lei n. 8.212/91);
 - c) **sobre a receita e o faturamento: COFINS - Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social:** a alíquota é de 3% incidente sobre a receita bruta (Lei Complementar n. 70/91);
 - d) **sobre o lucro líquido – CSLL:** 9% incidente sobre o lucro líquido do período-base, antes da provisão para o imposto de renda (Lei n. 7.689/88 e alterações posteriores);
- 4) **Contribuição das associações desportivas que mantém equipe de futebol profissional:** 5% incidentes sobre a receita bruta decorrentes dos espetáculos

desportivos, licenciamento de uso de marcas e símbolos, publicidade, propaganda e transmissão de espetáculos desportivos (art. 22, par. 9º, da Lei n. 8.212/91);

- 5) **Contribuição incidente sobre a remuneração dos trabalhadores na construção civil:** sobre o salário de contribuição contido em nota fiscal de serviço/fatura ou com base na área construída e ao padrão da construção da obra (art. 30, par. 4º, da Lei n. 8.212/91);
- 6) **Contribuição do empregador doméstico:** 12% (art. 24 da Lei n. 8.212/91);
- 7) **Contribuição do produtor rural – pessoa física e do segurado especial:** 2% incidente sobre a receita bruta proveniente da comercialização da produção (art. 25 da Lei n. 8.212/91);
- 8) **Contribuição do produtor rural – pessoa jurídica:** 2,5% incidente sobre a receita bruta proveniente da comercialização da produção (art. 22-A da Lei n. 8.212/91);
- 9) **Contribuição sobre a receita de concursos de prognósticos:** constitui receita da Seguridade Social a renda líquida dos concursos de prognósticos, excetuando-se os valores destinados ao Programa de Crédito Educativo (art. 26 da Lei n. 8.212/91);
- 10) **Contribuição provisória sobre movimentação ou transmissão de valores e de créditos de natureza financeira (CPMF):** 0,38 % incidente sobre movimentação ou transmissão de valores e de créditos de natureza financeira, sendo: 0,20% destinada ao Fundo Nacional de Saúde, para financiamento das ações e serviços de saúde; 0,10% ao custeio da previdência social; 0,08% ao Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza (Emenda Constitucional n. 37/2002).

É importante ressaltar, todavia, que somente as contribuições referidas nos itens 3 “c” e “d”, 9 e 10 poderão ser transferidas para o Sistema Único de Saúde por força da vedação constante do art. 167, XI, da Constituição.

As outras Receitas do Sistema Único de Saúde são previstas no art. 32 da Lei Orgânica da Saúde - LOS que são provenientes de: serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde; ajuda, contribuições, doações e donativos; alienações

patrimoniais e rendimentos de capital; taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); e rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais.

Segundo Carvalho (2007), a LOS prevê, também, que as ações de saneamento básico executadas supletivamente pelo SUS serão financiadas com recursos do Sistema Financeiro de Habitação (art. 32, § 3º). Por sua vez, as atividades de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde serão co-financiadas pelo SUS, pelas universidades e pelo orçamento fiscal², além de recursos de instituições de fomento e financiamento ou de origem externa e receita própria das instituições executoras (art. 32, § 5º).

Outra fonte de recursos de significativa importância para o SUS é o repasse de 50% (cinquenta por cento) do Seguro Obrigatório de Veículos Automotores Terrestres (DPVAT).

Torres (2007) explica que, o Fundo Nacional de Saúde (FNS) é o agente financeiro do SUS, destinado a prover as despesas correntes e de capital do Ministério da Saúde, órgãos e entidades da Administração Indireta, as transferências para a cobertura de ações e serviços de saúde (executados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal) e outras autorizadas pela Lei Orçamentária Federal, em consonância com o Plano Quinquenal do Ministério da Saúde (art. 2º. da Lei n. 8.142/90).

Os recursos provedores do FNS possuem origens diversas, a saber:

- Consignações do Orçamento da Seguridade Social destinadas, conforme o disposto no art. 34 da Lei n. 8.080/90, para as despesas e transferências estabelecidas no art. 2º. da Lei n. 8.142/93;
- Consignações do Orçamento Fiscal da União;
- Recursos decorrentes de créditos adicionais e de doações feitas pelos organismos internacionais vinculadas à Organização das Nações Unidas e de entidades de cooperação técnica e de financiamentos e empréstimos;
- Resultados de aplicações financeiras na forma da legislação vigente;
- Outras fontes, de acordo com o art. 32 da Lei n. 8.080/90 e da CPMF;

² Orçamento Fiscal: Está contido na lei orçamentária anual e se refere aos Poderes da União, seus fundos, órgãos e entidade da administração direta e indireta, inclusive fundações instituídas e mantidas pelo poder público.

- 50% do valor bruto do Seguro Obrigatório de Veículos Automotores Terrestres (DPVAT).

2.1.5 Legislação

O processo orçamentário é regido pelas leis orçamentárias previstas constitucionalmente, visando garantir a realização de ações articuladas do planejamento e da organização financeira estatal. Para isso, são estabelecidos momentos independentes, contudo, relacionados entre si.

O Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA) compõem as leis que regulam a atividade orçamentária dos entes públicos federal, estaduais e municipais. Apesar de se constituírem de etapas distintas, cada uma dessas leis possui vínculos recíprocos, estabelecendo nexos entre si e possibilitando que se possa denominar a ação articulada dessas leis de processo orçamentário, contemplando a idéia de orçamento-programa.

O modelo orçamentário constitucional, prevendo o Plano Plurianual, a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual, se encontra na idéia de orçamento-programa, pois segundo Giacomoni (2005, p. 190),

"Abre amplas possibilidades à implantação de um sistema integrado de planejamento do orçamento-programa, de sorte que o orçamento fiscal, os orçamentos de investimento das empresas e o orçamento da seguridade social passam a constituir etapas do planejamento de desenvolvimento econômico e social, ou, se se quiser, conteúdo dos planos e programas nacionais, regionais e setoriais, na medida em que estes têm que se compatibilizar com o Plano Plurianual".

A idéia é que o Plano Plurianual, a LDO e a LOA, ao se integrarem, permitam um planejamento estrutural das ações governamentais com repercussões no plano econômico.

2.1.5.1 Plano Plurianual - PPA

O Plano Plurianual regula os projetos governamentais de longa duração, ou seja, aqueles programas tenham existência temporal superior a um exercício financeiro. A sua base legal encontra-se no artigo 165, I CF e abrangência no §1º do mesmo artigo, que dispõe: "§ 1º

- A lei que instituir o Plano Plurianual estabelecerá, de forma regionalizada, 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".

Esse dispositivo define duas modalidades de despesas que devem obrigatoriamente estar previstas no Plano Plurianual. A primeira delas é relativa às despesas de capital, que compreende os investimentos, as inversões financeiras e as transferências de capital. A segunda contempla os programas de duração continuada, ou seja, todos aqueles que tiverem a sua duração prolongada por mais de um exercício financeiro.

O sistema orçamentário concebido pela Constituição Federal (art. 165, §4º), ao adotar o orçamento-programa, prevendo a integração do orçamento público e a coordenação da política fiscal (intervencionismo indireto) com a política econômica (intervencionismo indireto), vislumbra o planejamento conjuntural, que visa promover o desenvolvimento econômico, o equilíbrio entre as diversas regiões do País e a estabilidade econômica.

A importância do Plano Plurianual reside na sua efetividade, determinando, por exemplo, que nenhum investimento cuja execução ultrapasse um exercício financeiro poderá ser iniciado sem prévia inclusão no plano plurianual, ou sem lei que autorize a inclusão sob pena de crime de responsabilidade, conforme redação do art. 167, § 1º, C.F.

Cabe ao legislador ordinário a tarefa de regular a vigência e os prazos do plano plurianual mediante Lei Complementar (art. 165, § 9º C.F). Entretanto, como o referido diploma legal ainda não foi elaborado, aplica-se o disposto no art. 35, § 2º, I, do ADCT, ou seja, o plano deve ser elaborado no primeiro ano de mandato do chefe do Poder Executivo nas três esferas de governo (Federal, Estadual e Municipal).

O prazo para encaminhamento do Plano Plurianual é de até quatro meses antes encerramento do primeiro exercício financeiro e devolvido para sanção antes do encerramento da sessão legislativa. A vigência é de quatro anos, iniciando-se a execução a partir do segundo ano de governo até o final do primeiro ano no exercício financeiro do mandato subsequente.

Saliente-se que os programas nacionais, regionais e setoriais previstos no art. 43, § 1º, II da C.F. devem guardar consonância com o Plano Plurianual (art. 165, § 4º). Aqueles planos visam articular a ação da União em um mesmo complexo geoeconômico e social, visando desenvolver regiões e reduzir desigualdades regionais (art. 43).

2.1.5.2 Lei de Diretrizes Orçamentárias - LDO

Inspirada nas constituições da República Federal da Alemanha e da França, a Lei de Diretrizes Orçamentárias está prevista no §2º, art. 165, CF/88, compreendendo as metas e prioridades da administração pública, incluindo as despesas de capital para o exercício financeiro subsequente.

A LDO dispõe sobre:

a) **definição das metas e prioridades da administração pública:** o orçamento não visa alcançar fim em si mesmo, suas disposições devem ser comparadas com as metas e prioridades da administração pública. Isso permite auferir se o discurso governamental traduzido em suas metas e prioridades pode, de fato, ser realizadas a partir dos dispositivos financeiros e econômicos previstos na lei orçamentária anual;

b) **orientação à elaboração da lei orçamentária anual:** essa é uma finalidade genérica que incluiria, inclusive, as metas e prioridades da Administração Pública, as alterações na legislação tributária e a política de aplicação das agências oficiais de fomento. As diretrizes para a elaboração da lei orçamentária caracteriza a LDO como *"um plano prévio, fundado em considerações econômicas e sociais, para a ulterior elaboração da proposta orçamentária do Executivo, do Legislativo (art. 51, IV e 52, XIII), do Judiciário (art. 99, § 1º) e do Ministério Público"* (GIACOMONI, 2005, p. 192)

c) **disposição sobre as alterações na legislação tributária:** os tributos deixaram de ser encarados especificamente em seu aspecto fiscal, ou seja, destinados à obtenção de recursos para suprir as demandas governamentais. Atualmente, os tributos são utilizados pelos governos para interferir na economia indiretamente, estimulando e inibindo comportamentos com o objetivo de alcançar as finalidades governamentais previstas. Sobre esse prisma e tendo-se em vista que o planejamento estrutural envolve o aspecto econômico, fiscal, financeiro, é natural que os governos utilizem as possibilidades tributárias para alcançar os seus objetivos governamentais;

d) **estabelecimento da política de aplicação das agências financeiras oficiais de fomento:** tais agências atuam estimulando o desenvolvimento econômico e social do país, representando, desse modo, repercussões na economia. A obrigatoriedade de estarem contidas

na LDO evita a ausência de controle sobre os gastos que serão efetuados;

e) **Autorizações específicas segundo o Art. 169, § 1º, II:** além das hipóteses anteriormente mencionadas, observa-se outro conteúdo disposto no mencionado artigo, conforme expressa Giacomoni (2005, p. 192):

"a concessão de qualquer vantagem ou aumento de remuneração, a criação de cargos, empregos e funções ou alteração de estrutura de carreiras, bem como a admissão ou contratação de pessoal, a qualquer título, pelos órgãos e entidades da Administração Direta ou Indireta, inclusive fundações instituídas e mantidas pelo poder público, só poderão ser feitas: I – (...); II - se houver autorização específica na lei de diretrizes orçamentárias, ressalvadas as empresas públicas e as sociedades de economia mista."

2.1.5.3 Lei Orçamentária Anual - LOA

É o instrumento legal que reúne a previsão de receitas e despesas governamentais, orientando a ação estatal e permitindo a criação de parâmetros que possibilite a fiscalização.

Sanches (2004 apud GIACOMONI, 2005, p.193) define-a como uma:

"lei de natureza especial – em razão do seu objeto e da forma peculiar de tramitação que lhe é definida pela Constituição –, por meio da qual são previstas as receitas, autorizadas as despesas públicas, explicitados a política econômica financeira e o programa de trabalho do Governo e definidos os mecanismos de flexibilidade que a Administração fica autorizada a utilizar".

O conteúdo da LOA é encontrado no § 5º, do art. 165, C.F, contemplando três tipos de orçamento:

a) o orçamento fiscal - Previsto no art. 165, §5º, I da C.F., o orçamento fiscal é especificado na Lei 4.320/64, que disciplina o conteúdo, as classificações, a elaboração, o exercício financeiro, a disposição contábil além de outros aspectos relativos ao direito financeiro.

b) o orçamento de investimentos das empresas estatais - Previsto no art. 165, § 5º, II C.F., abrange as empresas em que a União, direta ou indiretamente, detenha a maioria do capital social com direito a voto. Segundo Torres (2007), restringindo-se às despesas de capital, não atingido as de custeio, visa impedir as transferências dos recursos do tesouro e as emissões inflacionárias para suprir a ineficiência das empresas estatais.

c) o orçamento da seguridade social - Previsto no art. 165, § 5º III, C.F., abrange todas as entidades e órgãos da Administração Direta ou Indireta, bem como os fundos e fundações instituídos e mantidos pelo poder público.

É um orçamento que detalha os gastos relativos à saúde, à previdência e à assistência social que serão efetuadas através do montante das receitas vinculadas aos gastos da seguridade social – especialmente as contribuições sociais previstas no artigo 195, CF –, bem como outras que lhe sejam asseguradas ou transferidas do orçamento fiscal.

Um dos objetivos do sistema orçamentário inaugurado pela Constituição Federal de 1988 é exatamente o de permitir o controle sobre os recursos públicos e o equilíbrio orçamentário. Por isso, o art. 167, CF define vedações orçamentárias que, de algum modo, não possibilitariam alcançar-se o controle dos recursos ou o equilíbrio orçamentário. Dentre elas se destacam:

a) programas e projetos não podem se iniciados sem que estejam incluídos na lei orçamentária anual;

b) a realização de despesas ou a assunção de obrigações diretas não podem exceder os créditos orçamentários ou adicionais;

c) a realização de operações de crédito não podem exceder o montante das despesas de capital, ressalvadas as autorizadas mediante créditos suplementares ou especiais com finalidade precisa, aprovados pelo Poder Legislativo por maioria absoluta;

d) abertura de créditos suplementares ou especial está condicionada à prévia autorização legislativa e a indicação dos recursos correspondentes;

e) impõe-se autorização legislativa para a transposição, o remanejamento ou a transferência de recursos de uma categoria de programação para outra ou de um órgão para outro;

f) a concessão ou utilização de créditos é limitada.

Segundo (2007) assevera que, a elaboração do PPA, LDO e LOA cabe ao chefe do Poder Executivo (Presidente da República, Governador do Estado e Prefeito Municipal), sendo de fundamental relevância o administrador público decidir as prioridades públicas com base em diagnósticos.

O Judiciário e o Legislativo possuem autonomia relativa para a elaboração orçamentária, devendo o projeto unificado ser sistematizado pelo Poder Executivo, sendo, a seguir, remetido ao Poder Legislativo para discussão e votação.

No plano federal, tais projetos de lei (incluindo-se os créditos adicionais) serão apreciados pelas duas Casas do Congresso Nacional na forma do regimento comum. No plano estadual, a apreciação e deliberação compete às Assembléias legislativas, enquanto no plano municipal, a competência é das Câmaras Municipais.

Até a votação das leis orçamentárias nas comissões municipais ou estaduais ou na comissão mista, no caso de orçamento federal, o chefe do poder executivo pode propor alterações nos referidos projetos conforme redação do art. 166, § 5º, C.F.: *"o Presidente da República poderá enviar mensagem ao Congresso Nacional propondo modificação nos projetos a que se refere este artigo enquanto não iniciada a votação, na comissão mista, da parte cuja alteração é proposta"*.

As mudanças do PPA, LDO e LOA podem ser propostas após a remessa dos projetos orçamentários à Comissão Mista Permanente de Deputados e Senadores (em se tratando de orçamento da União). Cumpre, contudo, atender a algumas exigências constitucionais. Primeiro, os parlamentares devem apresentar as suas emendas junto à Comissão Mista, que emitirá parecer sobre elas. A seguir, tais emendas são apreciadas pelo plenário nas duas Casas do Congresso Nacional na forma regimental.

Observe-se que as emendas parlamentares à lei de diretrizes orçamentárias somente podem ser aprovadas se apresentarem compatibilidade com o Plano Plurianual (art. 166, § 4º).

2.1.6 Fiscalização

Aprovado o projeto da LOA pelo parlamento, inicia-se a Execução Orçamentária. Vale ressaltar que as despesas implementadas por meio de recursos públicos não podem estar imunes à fiscalização, matéria que é, inclusive, disciplinada constitucionalmente na Seção IX, Capítulo I, Título IV intitulada *Da Fiscalização Contábil, Financeira e Orçamentária*, disposta nos artigos 70 à 75.

O artigo 70 da C.F./88 traça as linhas gerais do sistema de fiscalização constitucional em cinco áreas:

a) Contábil: através da contabilidade, busca-se instrumentalizar o controle. O art. 83, da Lei 4.320/64 informa que *"a contabilidade evidenciará perante a Fazenda Pública a situação de todos quantos, de qualquer modo, arrecadem receitas, efetuem despesas, administrem ou guardem bens a ela pertencentes ou confiados"*. O dispositivo obriga que os registros contábeis sejam efetuados claramente, possibilitando a identificação daqueles que estejam relacionados com a arrecadação, guarda e administração de bens e valores da administração pública.

b) Financeira: compreende a descrição das despesas e receitas orçamentárias após o momento posterior à arrecadação e à execução.

c) Orçamentária: a partir dos dados concernentes à receita arrecada e à despesa realizada, verifica o adequado emprego dos recursos públicos conforme as leis orçamentárias aprovadas, analisando a compatibilidade das despesas aprovadas com as efetivamente realizadas na execução.

d) Operacional: visa ao controle das operações de crédito e de despesas que não constem da previsão orçamentária.

e) Patrimonial: objetiva a preservação dos bens públicos de modo que as autoridades públicas não dêem utilização ímproba no patrimônio público.

2.1.7 Princípios

A elaboração do orçamento obedece a determinados princípios, a saber:

a) Legalidade: a despesa executada deve ter guardado compatibilidade com o disposto na peça orçamentária.

b) Legitimidade: é fundamental que a despesa pública atenda às reais necessidades públicas.

c) Economicidade: a despesa pública deve alcançar o máximo da efetividade, devendo a racionalidade, representada pela relação custo-benefício, pautar a ação do agente público.

d) Aplicação das subvenções - também será objeto de controle interno e externo pelo

poder público.

e) Renúncias de receita: o poder público deve exigir as receitas públicas a que tem direito, todavia, em algumas situações, pode renunciá-las, a exemplo das isenções fiscais.

Para fins de fiscalização orçamentária são levados em conta dois tipos de controle dos recursos públicos. O primeiro deles, o controle externo, é efetuado pelos órgãos que não estão diretamente envolvidos na execução orçamentária, a saber, o Congresso Nacional e o Tribunal de Contas; o segundo, o controle interno, é efetuado pelo próprio órgão gestor dos recursos gastos. O sistema de fiscalização construído pela CF/88 adota as duas modalidades de controle.

Além desses princípios, existem aqueles que devem ser seguidos para elaboração e controle do orçamento, que estão definidas na Constituição, na Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964, no Plano Plurianual e na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

Princípio da transparência - a Lei nº 4.320/64 estabelece os fundamentos da transparência orçamentária (art. 2º): *"A Lei do Orçamento conterá a discriminação da receita e despesa, de forma a evidenciar a política econômico-financeira e o programa de trabalho do governo, obedecidos os princípios da unidade, universalidade e anualidade"* (MACHADO e REIS, 2001, p.43).

A transparência, enquanto elemento de evidenciação é preceituada na Lei Complementar nº 101, de 04 de maio de 2000 (*Lei de Responsabilidade Fiscal*), e na concepção de Nóbrega (2002, p.168):

[...] Significa colocar bem mais do que dar publicidade a dados e informações, representa por à disposição da população informações acessíveis para que esta população possa promover o controle de seu gestor. A adoção de um modelo de transparência significa, em última instância, a valorização de canais democráticos de participação popular, um verdadeiro resgate da cidadania.

Princípio da Unidade - cada entidade de direito público deve possuir apenas um orçamento, fundamentado em uma única política orçamentária e estruturado uniformemente. Assim, existe o orçamento da União, o de cada Estado e o de cada Município.

Princípio da Universalidade - a Lei orçamentária deve incorporar todas as receitas e despesas, ou seja, nenhuma instituição pública deve ficar fora do orçamento.

Princípio da Anualidade - Estabelece um período limitado de tempo para as estimativas de receita e fixação da despesa, ou seja, o orçamento deve compreender o período de um exercício, que corresponde ao ano fiscal.

2.1.8 Classificação

De grande importância para a compreensão do orçamento são os critérios de classificação das contas públicas. As classificações são utilizadas para facilitar e padronizar as informações que se deseja obter.

Entre as razões para classificar o orçamento destacam-se:

- 1) Facilitar a formulação de programas.
- 2) Proporcionar uma contribuição efetiva para o acompanhamento da execução do orçamento.
- 3) Determinar a fixação de responsabilidades.
- 4) Possibilitar a análise dos efeitos econômicos das atividades governamentais.

Dependendo do critério de classificação, alguns aspectos das contas poderão ser evidenciados. A Lei estabelece a obrigatoriedade de classificação segundo critérios, entre os quais: por Categoria Econômica e Funcional Programática.

A classificação por Categoria Econômica é importante para o conhecimento do impacto das ações de governo na conjuntura econômica do país. Ela possibilita que o orçamento constitua um instrumento de importância para a análise e ação de política econômica, de maneira a ser utilizado no fomento ao desenvolvimento nacional, no controle do déficit público, etc. Por esse critério, o orçamento se divide em dois grandes grupos: as Contas Correntes e Contas de Capital:

RECEITAS CORRENTES e RECEITAS DE CAPITAL

Receita Tributária Operações de Crédito

Receita de Contribuições Alienação de Bens

Receita Patrimonial Amortização de Empréstimos

Receita Agropecuária Transferências de Capital

Receita Industrial Outras Receitas de Capital

Receita de Serviços

Transferências Correntes

Outras Receitas Correntes

DESPESAS CORRENTES e DESPESAS DE CAPITAL

Pessoal e Encargos Sociais Investimentos

Juros e Encargos da Dívida Inversões Financeiras

Outras Despesas Correntes Amortização da Dívida

Outras Despesas de Capital

A classificação Funcional Programática representou um grande avanço na técnica de apresentação orçamentária. Ela permite a vinculação das dotações orçamentárias a objetivos de governo. Os objetivos são viabilizados pelos Programas de Governo. Esse enfoque permite uma visão de "o que o governo faz", o que tem um significado bastante diferenciado do enfoque tradicional, que visualiza "o que o governo compra".

Os programas, na classificação funcional-programática, são desdobramentos das funções básicas de governo. Fazem a ligação entre os planos de longo e médio prazos e representam os meios e instrumentos de ação, organicamente articulados para o cumprimento das funções. Os programas geralmente representam os produtos finais da ação governamental. Esse tipo de orçamento é normalmente denominado Orçamento-Programa.

No Brasil, o Orçamento-Programa está estruturado em diversas categorias programáticas, ou níveis de programação, que representam objetivos da ação governamental em diversos níveis decisórios. Assim, a classificação funcional programática apresenta:

- Um rol de funções, representando objetivos mais gerais: o maior nível de agregação das ações, de modo a refletir as atribuições permanentes do Governo.
- Um rol de programas, representando produtos concretos. São os meios e instrumentos de ações organicamente articulados para o cumprimento das funções. Uma função se concretiza pela contribuição de vários programas.

-Um rol de subprogramas, representando produtos e ações parciais dos programas.

Por exemplo, a função Saúde e Saneamento está desdobrada em programas de Saúde, Saneamento e Proteção ao Meio Ambiente. O programa de Saneamento está desdobrado em subprogramas de Abastecimento D'água, Saneamento Geral e Sistema de Esgoto.

Aos subprogramas estarão vinculados os projetos e atividades. Cada projeto se subdivide em vários subprojetos e cada atividade em várias subatividades. Os subprojetos e subatividades constituem o menor nível de agregação das ações e concorrem diretamente para a obtenção dos objetivos pretendidos nos outros níveis de programação.

2.1.9 Distribuição

A distribuição do gasto público com saúde vem sofrendo alteração. Entre 1980 e 1990 a União era responsável por mais de 70% desse dispêndio. No ano de 2000 essa percentagem se reduziu para 60%. Entre 2003 e 2004 a participação caiu para 50%.

Houve, assim, uma mudança na estrutura de distribuição do gasto público com saúde, aumentando a participação dos Estados e Municípios no financiamento do setor.

A evolução da participação média dos três entes federados no gasto público com saúde pode ser verificada por meio da Tabela adiante.

TABELA 1 - Participação no gasto com saúde segundo esfera do governo

Ano	União	Estados	Municípios
2000	59,8	18,5	21,7
2001	56,1	20,7	23,2
2003	50,4	24,5	25,2
2004	49,9	25,6	24,5

Fonte: CONASS (2007, p. 86).

Como é possível verificar a participação da União era de 59,8% em 2000 caiu para 49,9%. Os Estados participavam com 18,5% passaram a participar com 25,6 e os Municípios que empenhavam 21,7%, encejaram 24,5%.

2.2. SAÚDE PÚBLICA

2.2.1 Histórico

Na década de 70, o modelo de atenção à saúde começou a apresentar graves problemas em função da tendência de expansão da cobertura e do gasto, agravamento da situação pós-milagre econômico, exclusão de parcelas expressivas da população, incapacidade de alterar os perfis de morbi-mortalidade e crise financeira. Esta última originou-se nas fraudes no sistema de pagamento e faturamento, na utilização das verbas da previdência em grandes projetos do governo, nos acordos com o sistema financeiro e aumento dos gastos com a assistência médica efetuados pelo setor privado, etc.

Tal contexto favoreceu o debate político na área da saúde, com o objetivo de mudar a estrutura e a organização do setor. Na segunda metade da década de 70, iniciou-se um processo de expansão da cobertura assistencial. Nesse mesmo período surge o movimento de Reforma Sanitária Brasileira, constituído inicialmente por uma parcela da intelectualidade universitária e dos profissionais da área e depois incorporando outros segmentos da sociedade, tendo como proposição a construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática, considerando a descentralização, universalização e unificação como elementos essenciais para a reforma.

Assim como as outras políticas setoriais, as mudanças na área da saúde têm sua origem em fins da década de 70 e no início dos anos 80, em uma conjuntura de abertura política e oposição ao regime militar.

Antes da década de 80, a assistência à saúde no Brasil era bastante limitada, baseava-se no modelo médico - privatista e caracterizava-se pela centralização, burocratização e exclusão da população que não participava do mercado formal de trabalho, ou seja, dos não - previdenciários.²

A partir de então foram elaboradas e implantadas diversas propostas de uma rede de serviços voltada para a atenção primária à saúde. Outro fato importante foi a realização, em março de 1986, da VII Conferência Nacional de Saúde, considerada como um marco histórico do setor para consagrar os princípios preconizados pelo movimento de Reforma Sanitária.

² CONASS, 2003, p.14.

O processo de análise crítica da política e sistema de saúde existente e a formulação de proposta de mudanças, nessas duas décadas, resultaram na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) com seus princípios formalizados na Constituição Federal de 1988, a qual determina que “a saúde é direito de todos e dever do Estado (art. 196 da CF). Mas antes de falarmos mais especificamente sobre os SUS, seria interessante, antes, traçarmos alguns traços conceituais como orçamento público, Saúde Pública, entre outros.

2.2.2 Conceito

O conceito de saúde pública no Brasil está historicamente relacionado à atuação do Estado: Saúde Pública = sanitarismo = higiene = público. Referindo-se ao assunto, Bertolli Filho (1999, p.12-13) afirma que:

Pouco a pouco, entretanto, começou a ganhar forma no Brasil um novo campo do conhecimento, voltado para o estudo e a prevenção de doenças e para o desenvolvimento de formas de atuação nos surtos epidêmicos. Definiu-se assim uma área científica chamada de medicina pública, medicina sanitária, higiene ou simplesmente saúde pública. A saúde pública era complementada por um núcleo de pesquisa das enfermidades que atingiam a coletividade - a epidemiologia.

Compreende-se que a Saúde Pública possui um conceito relacionado à qualidade de vida da sociedade, consistindo no conjunto de ações e meios capazes de não só curar, mas também viabilizar a prevenção de enfermidades, como ressalta Rouquayrol (1994 apud TEIXEIRA, 2007, p.5)

Saúde pública é a ciência e a arte de evitar doenças, prolongar a vida e desenvolver a saúde física e mental e a eficiência, através de esforços organizados da comunidade para o saneamento do meio ambiente, o controle de infecções na comunidade, a organização de serviços médicos e para-médicos para o diagnóstico precoce e o tratamento preventivo de doenças, e o aperfeiçoamento da máquina social que irá assegurar a cada indivíduo, dentro da comunidade, um padrão de vida adequado à manutenção da saúde.

É importante levar em conta que, no campo da Saúde Pública, objetivos cada vez mais específicos, relacionados aos fatores referentes aos ambientes, biológico, físico e social e as maneiras pelas quais eles poderiam representar riscos, traduzíveis em ameaças à saúde e à qualidade de vida, precisam ser observados na definição de políticas públicas.

2.2.3 Competências

Competências são diversas modalidades de poder de que se servem as entidades estatais para realizar as suas funções. O princípio que norteia a repartição de competência entre as entidades componentes do Estado federal é o da predominância de interesse. À União cabem as matérias de interesse geral, nacional; aos Estados, as matérias e assuntos de interesse predominantemente regional; e aos Municípios, os assuntos de interesse local.

A distribuição das competências para a gestão da Saúde Pública obedece ao princípio da autonomia dos entes federados, como evidencia Rocha (1999, p.55):

A autonomia das entidades componente do Estado federal pressupõe repartição de competências. A distribuição de atribuições aos entes é o ponto fundamental da federação. Atribuem-se à União as chamadas competências expressas e enumeradas, e aos Estados-Membros, as residuais, reservadas ou remanescentes, executando-se a matéria tributária.

A repartição de competências obedece ao critério da prevalência ou predominância do interesse, sendo importante esclarecer que predominância não é o mesmo que exclusividade. Assim, se haver interesse comum de duas ou mais entidades estatais, cuidará deste a esfera cujo interesse predominar ou preponderar.

Carvalho (2001, p.129) esclarece a questão nos seguintes termos:

“Assim, quando o interesse é de toda a nação, a competência para dispor sobre ele é reservada para a Federação ou União; se o interesse se limita à população de uma região, a competência legislativa é atribuída à entidade política de âmbito regional; e, quando o interesse é restrito a um núcleo menor da população, localizado num pequeno território, a competência reguladora fica no poder da entidade política local.”

Duas modalidades de competências são predominantes no Federalismo brasileiro: a competência material e a competência legislativa.

A competência material amparada pelo art. 25, § 2º da Constituição Federal, segundo Carvalho (2001), refere-se à realização de determinados assuntos. É exclusiva quando somente uma esfera pode exercê-la. Classifica-se como comum quando outras esferas federativas possuem igualmente, o poder-dever de atuar no mesmo campo, ou seja, paralelamente, conforme permissão do art. 23 da CF.

No que diz respeito à competência legislativa, esta se refere à atribuição para normatizar ou regular certos assuntos, classificando-se em exclusiva, privativa e concorrente.

A Constituição de 1988 mudou profundamente o sistema de competências da área de saúde. A parte global das matérias pode ser legislada nos três planos – Federal, Estadual e Municipal.

Como menciona Dallari (1995, p.16), *“a conclusão inevitável do exame da atribuição de competência em matéria sanitária é que a Constituição Federal vigente não isentou qualquer esfera de poder político da obrigação de proteger, defender e cuidar da saúde”*.

Portanto, é responsabilidade de todas as esferas a federativas a prestação e defesa da saúde. Nenhuma tem competência exclusiva em matéria de saúde, mas comum no campo administrativo ou material. Quanto ao poder de legislar sobre os assuntos da área sanitária, trata-se de uma competência concorrente entre União e Estados.

Há uma divisão infraconstitucional das competências, como enfatiza Carvalho (2001, p.132):

(...) no caso da saúde, a Lei nº 8.080/90, em obediência ao disposto no artigo 198 da CF (descentralização das ações e dos serviços de saúde), estabeleceu uma divisão infraconstitucional das competências comuns dos entes federativos. Assim, o disposto nos artigos 15 a 18 da LOS baliza a atuação comum das três esferas de governo no campo da saúde. Além do mais, ao lado da descentralização das ações e serviços de saúde, temos a regionalização e a hierarquização como diretrizes do sistema, que impedem ações compartilhadas, sem interligações.

Por outro lado, a Constituição de 1988 estabeleceu a possibilidade de o Município legislar sobre assuntos de “interesse local” (art.30, I) e suplementar a legislação federal e a estadual no que couber (art.30, II), dentre outras atribuições (art. 30, III ao IX).

O termo interesse possui o sentido de: conveniência, utilidade, proveito, importar, convir. Nessa perspectiva, o interesse local não precisa incidir ou compreender necessariamente todo o território do município, mas uma localidade ou várias localidades que o compõem. Portanto, podem ser objeto de legislação municipal aquilo que seja da conveniência de um quarteirão, de um bairro, de um subdistrito ou de um distrito.

Apesar de o Município limitar-se espacialmente ao seu território, materialmente estende-se a tudo quanto possa afetar os seus habitantes e particularmente a população urbana.

A importância do Município em matéria sanitária tomou corpo com o processo de municipalização dos serviços de saúde. Os Municípios possuem a tarefa de execução, defesa e proteção da saúde, principalmente pelo reconhecimento de que a esfera municipal constitui instância federativa mais próxima do cidadão e base do Sistema Único de Saúde.

2.3 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

2.3.1 Antecedentes

A Constituição Federal de 1988, incorporando, parcialmente, as propostas estabelecidas pelo movimento da reforma sanitária brasileira criou o Sistema Único de Saúde, regulamentado dois anos depois pelas Leis 8.080, de 19 de setembro de 1990 e 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

Um passo significativo na direção do cumprimento da definição constitucional de construção do Sistema Único de Saúde foi a publicação do decreto nº 99.060, de 7 de março de 1990, que transferiu o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) do Ministério da Previdência para o Ministério da Saúde.

Em 27 de julho de 1993, quase três anos após a promulgação da lei 8.080, que regulamentou o SUS, o INAMPS foi extinto através da Lei nº 8.689, sendo suas funções, competências, atividades e atribuições absorvidas pelas instâncias federal, estadual e municipal do SUS.

Ao se preservar as funções, competências, atividades e atribuições do INAMPS, se preservou também a sua lógica de financiamento e de alocação de recursos financeiros, como, por exemplo, o estabelecimento de limites ou tetos físicos e financeiros para as Unidades Federadas.

2.3.2 Princípios

Segundo a legislação brasileira, a saúde é um direito fundamental do ser humano, cabendo ao poder público (União, Estados, Distrito Federal e Municípios) garantir este direito, através de políticas sociais e econômicas que visem à redução dos riscos de se adoecer

e morrer, bem como o acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde.

O SUS obedece a três princípios básicos: Universalidade, Integralidade e Equidade.

O acesso universal (Princípio da Universalidade) significa que ao SUS compete atender a toda população, seja através dos serviços estatais prestados pela União, Distrito Federal, Estados e Municípios, seja por meio dos serviços privados conveniados ou contratados com o poder público.

De acordo com este princípio, a saúde é concebida como um direito de todos, difere da previdência social, que requer o pagamento de contribuição especial por parte do beneficiário. Sendo assim, com o estabelecimento do SUS, houve uma mudança no que se refere à promoção da Saúde Pública, conforme entendimento de Carvalho (2001, p.71-72):

Anteriormente ao SUS, o acesso aos serviços de saúde só estava garantido às pessoas que contribuíam para o sistema de previdência e assistência social. Essas pessoas eram denominadas ‘beneficiários’ ou ‘segurados’; as demais não tinham acesso aos serviços públicos de saúde. Hoje, o acesso ficou garantido independentemente de qualquer requisito. A universalidade do acesso é uma decorrência natural do novo conceito de saúde.

O Princípio da Integralidade diz respeito à combinação de forma harmoniosa e igualitária, as ações e os serviços de saúde preventivos com os assistenciais ou curativos. Concomitantemente, *“a assistência implica (...) atenção individualizada, ou seja, para cada caso, segundo as suas exigências, e em todos os níveis de complexidade.”* (CARVALHO, 2001, p. 73).

Quanto ao Princípio da Equidade ou Igualdade de Assistência, o mesmo defende que não deve haver distinção entre as pessoas atendidas nos serviços públicos. Nesse caso, a assistência precisa ser isenta de preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. Carvalho (2001, 76) assinala que este *“É o princípio de promoção do bem de todos sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade ou quaisquer outras formas de discriminação”*. Está amparado pelo artigo 3º, IV, da Constituição Federal.

2.3.3 Normas

O Sistema Único de Saúde - SUS constitui o modelo oficial público de atenção à saúde em todo o país, sendo um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo e o único a garantir assistência integral e totalmente gratuita para a totalidade da população, inclusive aos pacientes portadores do HIV, sintomáticos ou não, aos pacientes renais crônicos e aos pacientes com câncer.

O SUS está definido na Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 - Lei Orgânica da Saúde, como:

"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 dispositivo deste 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. (CARVALHO, 2001, p.55).

A direção do SUS, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, é única, sendo exercida em âmbito nacional pelo Ministério da Saúde; em âmbito estadual e no Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente e, no âmbito municipal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

A Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe, entre outros assuntos, sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, estabelece, no seu artigo 1º, que o SUS, *"contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde".*

A Conferência de Saúde, pelo menos a cada quatro anos, é convocada para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis nacional, estadual e municipal.

O Conselho de Saúde, órgão colegiado com caráter permanente e deliberativo, composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde,

sendo que suas decisões requerem a homologação do chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

A Emenda Constitucional n.29, promulgada em 13 de setembro de 2000, assegurou o financiamento das ações de serviços públicos de saúde. Estabeleceu que os Estados destinem 12% de suas Receitas Próprias para tais serviços. Aos Municípios ficou determinado o percentual de 15%. No caso da União, o limite mínimo de gasto foi definido como valor empenhado em 1999, acrescido de 5% e, nos anos subsequentes, da variação nominal do Produto Interno Bruto (CONASS, 2007).

Um dos pontos relevantes da EC. n. 29 é a previsão da promulgação de Lei Complementar para garantir que os percentuais de aplicação dos recursos nas três esferas de governo sejam cumpridos. Todavia, essa lei ainda não foi aprovada.

A Resolução n. 322/2003 aprovou dez diretrizes acerca da aplicação da EC. n. 29, divididas em quatro temas, sendo um deles a definição de instrumentos de acompanhamento, fiscalização e controle, incluindo-se o Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde do Ministério da Saúde (SIOPS), destinado a divulgar as informações relativas aos diversos órgãos de fiscalização e controle, a exemplo, do Conselho Nacional de Saúde, os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, os Tribunais de Contas da União etc. (CONASS, 2007).

3. MATERIAL E MÉTODO

3.1 TIPO DE PESQUISA

Levando em consideração a classificação de Vergara (2002), a pesquisa realizada neste estudo no que diz respeito aos meios caracterizou-se como bibliográfica, pois como afirma Martins (2002), procura explicar e discutir o tema ou o problema com base em referências teóricas publicadas em livros, revistas, periódicos entre outras obras literárias.

O estudo também envolveu uma pesquisa descritiva, que tem por objetivo descrever características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis, empregando técnicas padronizadas de coleta de dados. Preocupa-se em analisar, classificar, registrar, observar e interpretar dados. Requer do pesquisador uma delimitação precisa das técnicas, dos métodos e das teorias que orientarão a coleta e interpretação de dados.

A pesquisa bibliográfica foi utilizada com o objetivo de identificar os argumentos teóricos que explicam a elaboração do orçamento destinado à saúde, utilizando-se a pesquisa descritiva com intuito de prestar informações e esclarecimentos, tendo por referência o Município de Conceição do Araguaia, no Estado do Pará.

3.2 COLETA DE DADOS

O empreendimento de pesquisa quantitativa abrangeu um processo de coleta de dados, ou seja, a aquisição dos elementos necessários à resposta aos objetivos levantados.

A pesquisa contou com dois tipos de fontes consideradas por Crespo (2004, p.32: primária, caracterizada por ter base nas informações empíricas, e a secundária, que tem por fundamento material escrito.

O instrumento adotado para se realizar a coleta de dados na fonte primária foi o questionário (expresso nas questões explicitadas no apêndice - Carta de Apresentação), que, na concepção de Colauto e Beuren (2004, p. 130):

[...] é um instrumento de coleta de dados constituído por uma série ordenada de perguntas que devem ser respondidas por escrito pelo informante, sem a presença do pesquisador [...]. Deve ser claro e limitado em extensão e estar acompanhado de notas que expliquem a natureza da pesquisa e ressaltem a importância e necessidade das respostas, a fim de motivar o informante.

A elaboração do questionário foi realizada em consonância com o objetivo deste Trabalho de Conclusão de Curso em analisar o orçamento da saúde no Município de Conceição do Araguaia. A coleta dos dados foi realizada nos meses de junho e agosto de 2007. O instrumento de pesquisa foi direcionado à Secretária Municipal de Saúde, que enviou as respostas por e-mail.

Também foram coletados dados por meio do SIOPS, de sites da Internet envolvendo matérias referentes ao tema e o site da Secretaria de Planejamento do Estado do Pará - SEPOF.

3.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram submetidos à análise descritiva, com o emprego de ferramental estatístico, tendo como técnica a estatística descritiva que, no entender de Crespo (2004, p.34) é “[...] a técnica estatística que utiliza como procedimentos a descrição, a análise e interpretação dos dados numéricos, utilizando-se tabelas e gráficos”.

Neste estudo, os dados foram tabulados, expressos em gráficos e analisados globalmente à luz da revisão literária. As respostas do questionário, caracterizadas como abertas, foram transformadas em texto para demonstrar como são transferidos os dados que alimentam o Sistema de Informação de Orçamentos Públicos - SIOPS, que outros sistemas são empregados e qual a relevância destes no processo de tomada de decisão, entre outras questões.

4. RESULTADOS

4.1 O MUNICÍPIO DE CONCEIÇÃO DE ARAGUAIA

4.1.1 Histórico

A origem do município de Conceição do Araguaia data dos tempos coloniais, originário do extenso território do município de Baião. Em 1897, Frei Gil de Vila Nova fundou, no território de Baião, um arraial com o nome de Conceição do Araguaia, que passou à categoria de Freguesia, em 14 de abril de 1900.

O desenvolvimento da Freguesia levou o Legislativo do Estado do Pará a criar o município de Conceição do Araguaia, que teve sua sede instalada no antigo povoado do mesmo nome, através da Lei nº 1.091, de 03 de novembro de 1908, concedendo ao lugar o título de Vila. Sua instalação só aconteceu em 10 de janeiro de 1910.

Em 1920, com a Lei nº 1.905, de 18 de outubro, a Vila de Conceição de Araguaia foi elevada à categoria de cidade. Em 1930, mediante o Decreto nº 6, de 4 de novembro, o município de Conceição do Araguaia foi extinto, ficando seu território sob a administração direta do Estado. Tal situação foi confirmada através do Decreto nº 72, de 27 do mês seguinte.

Em 1935, com a Lei nº 8, de 31 de outubro, que apresentou a relação das comunas paraenses, Conceição do Araguaia figurou, novamente, como município, embora não haja qualquer referência ao ato legal que tenha restituído sua antiga condição.

No ano de 1938, segundo o Decreto-Lei nº 3.131, de 31 de outubro, que estabeleceu a divisão territorial do Estado para o período de 1939 a 1943, o município de Conceição do Araguaia se apresentava constituído de dois distritos:

Conceição do Araguaia e Santa Maria das Barreiras. Tal situação foi confirmada pelo Decreto-Lei nº 4.505, de 30 de dezembro de 1943.

Em 1961, pela Lei nº 2.460, de 29 de dezembro, Conceição do Araguaia teve sua área desmembrada para a criação do município de Santana do Araguaia. Posteriormente, pela Lei nº 5.028, de 3 de maio de 1982, perdeu novas porções de terras que deram origem a três outros municípios: Xinguara, Redenção e Rio Maria. Em 1993, pela Lei nº 5.760, de 15 de

outubro, Conceição do Araguaia foi, novamente, desmembrado para dar origem ao município de Floresta do Araguaia, sendo instalado somente em 1997. Atualmente, o Município é constituído apenas do distrito-sede: Conceição do Araguaia.

4.1.2 Religião e Cultura

A maioria da população é católica, algo em torno de 84%, sendo que o restante abrange outras seitas religiosas, incluindo protestantes (11%), umbandistas e espíritas (6%).

As manifestações religiosas que se destacam no Município são: Santos Reis, no dia 6 de janeiro; o Divino Espírito Santo, em maio; e Nossa Senhora da Conceição, no período de 28 de novembro a 8 de dezembro.

Os elementos da cultura popular local são representados pelo carnaval, boi-bumbá e quadrilhas juninas. O Município promove alguns festivais, como o do peixe, o de músicas sertanejas e o da canção popular.

No artesanato local, predomina a utilização do barro e da madeira, a partir dos quais são fabricados potes, filtros, jarros, barcos, garrafas para café e cinzeiros.

Conceição do Araguaia conserva uma Biblioteca Pública e um teatro que são os únicos equipamentos culturais de que o Município dispõe para resguardar e divulgar a cultura local.

4.1.3 Aspectos físico-territoriais

O município de Conceição do Araguaia é um dos entes federados do Brasil (Mapa 1), pertencente à Mesorregião Sudeste Paraense e à Microrregião Conceição do Araguaia (Mapa 2). A sede municipal encontra-se nas coordenadas geográficas: 08° 16' 06" de latitude Sul e 49° 16' 06" de longitude a Oeste de Greenwich (Mapa 3).

Os limites do município são os seguintes:

Ao Norte - Município de Floresta do Araguaia

A Leste - Estado do Tocantins

Ao Sul - Município de Santa Maria das Barreiras

A Oeste - Município de Redenção e Santa Maria das Barreiras.



Mapa 1 - Localização de Conceição do Araguaia no Brasil (América do Sul)



Mapa 2 - Localização de Conceição do Araguaia no Sudeste Paraense



Mapa 3 - Localização da sede municipal de Conceição do Araguaia

Os solos do Município são representados pelo Latossolo Vermelho-Amarelo distrófico, textura argilosa; Latossolo Vermelho-Amarelo distrófico, textura média; Concrecionários Lateríticos indiscriminados distróficos; Podzólico Vermelho-Amarelo, textura argilosa; Terra Roxa estruturada eutrófica, textura argilosa; solos Litólicos distróficos e eutróficos, e afloramento rochosos em associações.

Ao norte e ao sul do Município, ocorrem áreas recobertas de savanas dos tipos cerrado, cerradão e parque. Nas áreas onde a floresta foi removida, verifica-se a presença de pastagens cultivadas e da Floresta Secundária ou capoeira.

O principal acidente geográfico é o rio Araguaia com suas praias de grande beleza cênica, como as praias da Gaivota e Caldeirão, bastante visitadas nos meses de julho e agosto.

No que diz respeito à topografia, o município possui uma significativa variação altimétrica que vai de 140 m a 540 m, com suas altitudes mais elevadas situadas ao Sul.

A estrutura geológica do município é constituída, em sua totalidade, pelas rochas Pré-Cambrianas do Grupo Tocantins, de natureza metassedimentar (filitos, xistos, quartzitos etc), associadas com rochas ultrabásicas (serpentinitos) e com menor contribuição de rochas vulcânicas de composição ácida à intermediária (riolitos, riodacitos).

A hidrografia é constituída pelo rio Araguaia, seu limite natural com o Estado do Tocantins, e pelos seus tributários da margem esquerda, localizados dentro do Município: o Salobro e o Araguaia, este com seu afluente Ribeirão Pereira faz limite, a oeste, com o município de Redenção.

O clima do Município insere-se na categoria de equatorial super-úmido, tipo Am da classificação Köppen, no limite de transição para o Aw; possui temperatura média anual de 26,3° C, apresentando a média máxima em torno de 32,0° C e mínima de 22,7° C.

4.1.4 Dados Estatísticos

- DEMOGRAFIA

TABELA 2 – População/Área e Densidade demográfica do município de Conceição do Araguaia – 2003 a 2006

Anos	População (hab)	Área (Km ²)	Densidade (Hab/km ²)
2003	43.798	5.829,40	7,51
2004	44.095	5.829,40	7,56
2005	44.224	5.829,40	7,59
2006	44.375	5.829,40	7,61

Fonte: IBGE

Elaboração : SEPOF/DIEPI/GEDE

Considerando os dados de 2006, verifica-se que a maioria da população, ou seja, 68%, o que corresponde a 30.040 habitantes, está concentrada na cidade, enquanto os 32% restantes, isto é, 14.335 habitantes vivem na área rural, como se verifica no Gráfico a seguir:

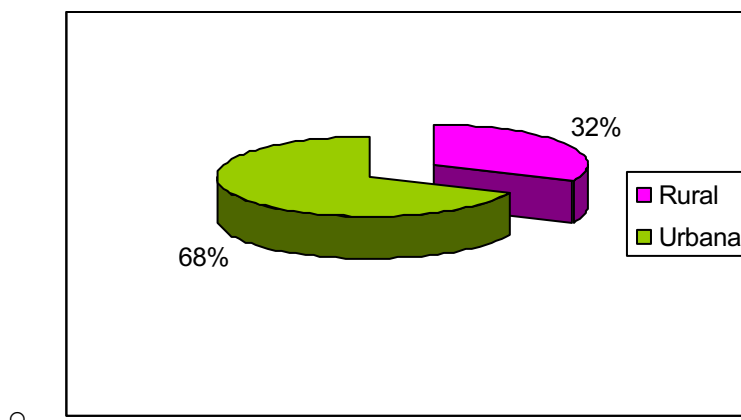


Gráfico 1 – Distribuição espacial da população do município de Conceição do Araguaia - 2006

Fonte: IBGE

Elaboração : SEPOF/DIEPI/GEDE

A maioria da população é constituída por pessoas do sexo masculino, isto é, 22.753 habitantes, correspondendo a 51% do total da população, o restante, ou seja, 21.622 habitantes, é composto por pessoas do sexo feminino, perfazendo 49%, como mostra o Gráfico a seguir:

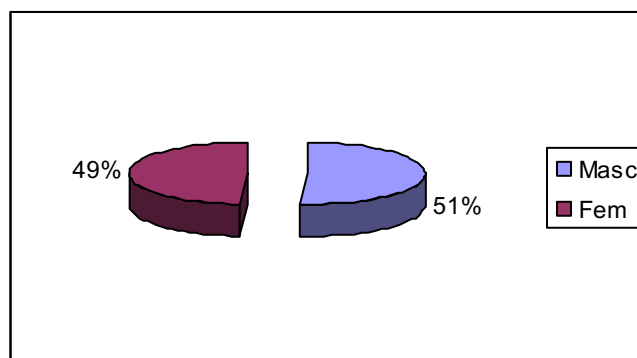


Gráfico 2 – Distribuição da população do município de Conceição do Araguaia por sexo - 2006

Fonte: IBGE

Elaboração : SEPOF/DIEPI/GEDE

A População Economicamente Ativa – PEA está em 18.634 pessoas, enquanto a População Ocupada – POC chega a atingir 15.706 pessoas. Cerca de 30% dessa população se concentra na Agricultura, Pecuária, Silvicultura, Exploração Florestal e Pesca.

- **EDUCAÇÃO**

No município de Conceição do Araguaia existem 31 Pré-Escolas, 72 escolas de Ensino Fundamental e 7 do Ensino Médio. O total de alunos matriculados no Pré-Escolar é de 1.718, no Ensino Fundamental é de 10.306 e no Ensino Médio de 2.228. Atuam 66 docentes no Pré-Escolar, 418 docentes no Ensino Fundamental e 137 no Ensino Médio.

- **SAÚDE**

O setor é carente no município, geralmente as pessoas recorrem à Belém para se consultar. Existem 4 postos de saúde, nenhum Centro de Saúde, 3 Ambulatórios de Unidade Hospitalar, 3 Consultórios, 2 outras unidades de Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia, 2 Unidades Móvel Terrestre para atendimento Médico/Odontológico, 4 Unidades de Saúde da Família, e 1 Unidade de Vigilância Sanitária.

O número de leitos é de 161, o que representa 3,68 leitos por mil habitantes. Esta quantidade está acima dos parâmetros recomendados pelo Ministério da Saúde (2,5 a 3 leitos/mil habitantes). Entretanto, a resolubilidade das internações locais é baixa, sendo freqüentes os encaminhamentos para o Estado do Tocantins, Goiás e para a cidade de Belém, como se pode constatar nas Tabelas 3 e 4.

TABELA 3 – Internações residentes no município de Conceição do Araguaia - 2006

UF int	Frequência	Valor Total	Custo Médio
Pará	4.798	1.500.232,37	351,26
Tocantins	306	284.409,76	929,44
Goiás	47	81.232,92	1.728,36
Distrito Federal	3	1.752,51	584,17

Fonte: Datasua/MS

TABELA 4 – Internações residentes no município de Conceição do Araguaia, no estado do Pará - 2006

Município int	Frequência	Valor Total	Custo Médio
150270 Conceição do Araguaia	4.222	1.453.018,10	344,15
150140 Belém	25	37.477,39	1.499,10
150613 Redenção	20	8.576,48	428,82
150304 Floresta do Araguaia	1	170,01	170,01
150543 Ourilândia do Norte	1	317,87	317,87
150670 Santana do Araguaia	1	156,88	156,88
150810 Tucuruí	1	515,64	515,64
Total	4.271	1.500.232,37	351,26

Fonte: Datasua/MS

- EMPREGO

Quanto à composição do emprego, verifica-se que a Indústria de Transformação, o Comércio, os Serviços em geral e a Administração Pública são os principais setores geradores de ocupações no município de Conceição do Araguaia, mas todos os segmentos apresentaram crescimento no estoque de empregos de 2003 a 2006, como especifica a Tabela 5.

TABELA 5 - Estoque de Emprego em Conceição do Araguaia segundo Setor de Atividade Econômica 2003-2006

Setor de atividade	2003	2004	2005	2006
Indústria de Transformação	426	460	463	475
Serviços Industriais de Utilidade Pública	21	29	31	30
Construção Civil	5	8	9	11
Comércio	527	585	597	603
Serviços	352	389	399	402
Administração Pública	605	614	620	635
Agropecuária	236	235	241	245

Fonte: IBGE

Elaboração : SEPOF/DIEPI/GEDE

- **PRINCIPAIS DADOS ECONÔMICOS**

O PIB a preços de mercado do Município tem apresentado um crescimento lento. Em 2003 estava em R\$ 206.064,00, passou para R\$ 206.524,00 em 2004, cresceu modestamente para R\$ 206.544,00 no ano seguinte, atingiu R\$ 206.800,00 em 2006, como mostra o Gráfico 3.

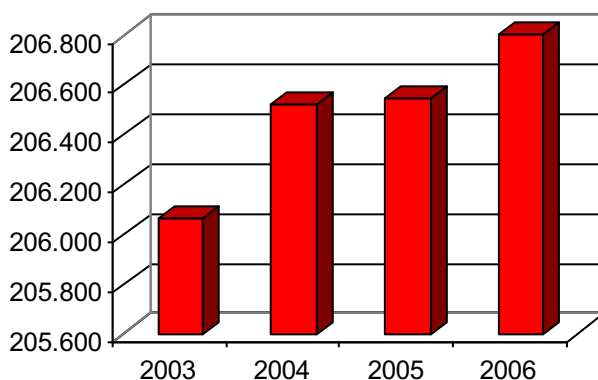


Gráfico 3 – Evolução do PIB municipal de Conceição do Araguaia – 2003 a 2006

Fonte: IBGE

Elaboração: SEPOF/DIEPI/GEDE

O Índice de Desenvolvimento Humano do município em termos de renda é baixo, como mostra o Quadro a seguir:

Modalidade	Valor
IDH - M	0,719
IDH – M Longevidade	0,758
IDH – M Educação	0,785
IDH – M Renda	0,612

Fonte: IBGE

Elaboração : SEPOF/DIEPI/GEDE

Quadro 1 – Índices de Desenvolvimento Humano do município de Conceição do Araguaia - 2006

4.1.5 Pesquisa de campo

Por meio da pesquisa de campo procurou-se saber da Secretaria de Saúde do Município de Conceição do Araguaia quais os Sistemas de Informações e bases de dados nacionais que precisam ser alimentados pelos municípios. A resposta obtida contemplou os seguintes sistemas: SIAB, SIM, SINASC, SI- API, SINAN NET, SIASUS, SISFAD, SIVEP, SIVEP-DDA, SISVAN, SIHD, CIH.

No que diz respeito às condições operacionais de alimentação das bases de dados desses Sistemas de Informação e como acontece a transferência dos mesmos ao Ministério da Saúde, os resultados podem ser visualizados no Quadro a seguir:

PROGRAMAS	PERÍODO DE TRANSMISSÃO	TRANSFERÊNCIA VIA
SIM	Mensal	Disquete
SINASC	Mensal	Disquete
SINAN NET	Semanal	Disquete
SIVEP- DDA	Semanal	Internet
SI- API	Mensal	Disquete
SISFAD	Mensal	Disquete
SIVEP	Mensal	Disquete
SISVAN	Mensal	Internet
SIAB	Mensal	Internet
SIHD	Mensal	Internet
CIH	Mensal	Internet
SIASUS	Mensal	Internet e Disquete

Fonte: Pesquisa de campo

Quadro 2 - Alimentação dos sistemas de informação e transferência de dados ao Ministério da Saúde

A pesquisa permitiu verificar que o Pacto da Atenção Básica é feito anualmente, com a presença do Estado. A elaboração do Plano Municipal de Saúde acontece de 4 em 4 anos a partir da Conferência Municipal de Saúde, e atualizado anualmente, sempre com a aprovação do Conselho Municipal de Saúde. O orçamento da Saúde faz parte do Orçamento geral do Município, sendo previstos os recursos que são repassados pelo Ministério da Saúde, e contrapartida Municipal.

De acordo com a Secretária de Saúde do Município o emprego do Sistema de Informação contribui para criar uma base de dados e informações relevantes no processo de tomada de decisão, possibilitando conhecer sistematicamente o direcionamento dos recursos, a evolução de suas fontes e alocações, e os segmentos de maior carência.

No que diz respeito aos tipos de unidade de saúde, as informações adquiridas estão discriminadas no Quadro a seguir:

TIPO	UNIDADE	
PSF	Vila Cruzeiro	Público
PSF	Setor Norte	Público
PSF	Capelinha	Público
PSF	Nívea Padin	Público
PSF	Jose Carlos Lameza	Público
PSF	Padre Josimo- Bradesco	Público
PS	São Jacinto	Público
PS	Alacilândia	Público
PS	Giovamira	Público
PS	Curral de Pedra	Público
PS	Santa Helena	Público
PS	Lote 08 jocon	Público
CONSULTÓRIO	Especialização de Endodontia	
HOSPITAL	Regional	Público
HOSPITAL	São Lucas	Conveniado
HOSPITAL	Modelo	Conveniado

Fonte: Pesquisa de campo

Quadro 3 - Unidades de Saúde por tipologia no Município de Conceição do Araguaia

Quanto ao repasse de recursos de Atenção Básica, verificou-se que em 2006 foram repassados R\$ 403.570,63 do Governo Federal, sendo a contrapartida municipal na ordem de R\$ 183.435,94, totalizando R\$ 587.006,57. Os valores correspondentes estão discriminados no Quadro a seguir:

PAB	R\$	62.370,00
PACS	R\$	44.100,00
PSF	R\$	32.400,00
FARMACIA BÁSICA	R\$	6.022,60
ECD	R\$	14.682,60
SAÚDE BUCAL	R\$	10.200,00
VISA	R\$	921,33
ACÕES ESTRATÉGICAS	R\$	2.187,53
TOTAL EM R\$	R\$	172.884,06

Fonte: Pesquisa de campo

Quadro 4 - Repasse de Atenção Básica para o Município de Conceição do Araguaia.

As aplicações dos recursos são realizadas nos seguintes itens:

APLICAÇÕES DOS RECURSOS
Pessoal
Salário Família
Salário Maternidade
Obrigações Patronais
P. Física (Médicos)
P. Jurídicas (Hosp+Lab)
Medicamento
Material de Consumo
S. T. P. Físicas
S. T. P. Jurídicas
Diárias Servidor
Diárias TFD
Combustível
Passagem TFD
Suprimento de Fundo
Seguro
Equipamentos

Os repasses da esfera federal para média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar para o município de Conceição do Araguaia em 2006 totalizaram R\$ 2.554.480,02, como apresenta a Tabela 6.

TABELA 6 - Repasses Federais de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar no município de Conceição do Araguaia - 2006

Área de financiamento	Valor anual
Média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar	2.524.230,82
FAEC SIA - E Combate ao câncer de colo uterino	27.078,90
FAEC SIA - Fisioterapia	1.286,20
FAEC SIA - Tuberculose	1.113,00
FAEC SIA - Terapia e Fisioterapia	464,10
FAEC SIA - Triagem Neo-Natal	307,00
Total	2.554.480,02

Fonte: Datasua/ Ms - Fundo Nacional de Saúde

A comparação entre as Receitas Totais e Despesas Totais com Saúde podem ser visualizadas na Tabela a seguir:

TABELA 4 - Receita e Despesa Totais do Município de Conceição do Araguaia com Saúde - 2003 a 2006.

Anos	Despesa Total (R\$)	Receita Total*(R\$)
2003	3.838.634,31	16.952.565,68
2004	5.133.754,00	23.560.758,00
2005	5.954.877,00	20.292.688,19
2006	7.038.570,00	24.570.377,84

Fonte: SIOPS - Indicadores Municipais

* Receita Realizada

A participação da Receita Própria do Município de Conceição do Araguaia em Saúde conforme a EC 29/2000 teve um crescimento. Em 2003 era de 10,57%, em 2004 ficou no patamar de 16,41%, ampliou para 18,73% no ano posterior e fechou 2006 na ordem de 17,17%, como mostra o Gráfico a seguir:

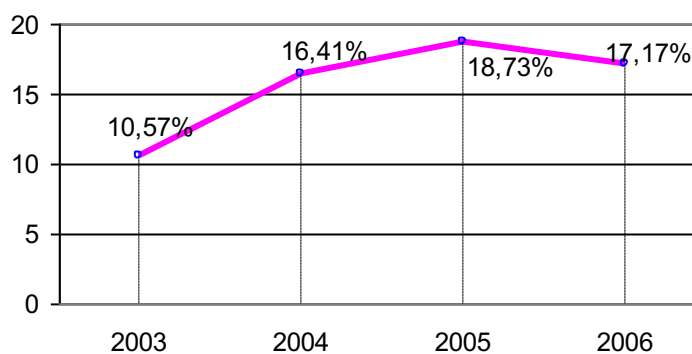


Gráfico 4 - Evolução da participação da Receita Própria do Município de Conceição do Araguaia em Saúde conforme a EC 29/2000

Fonte: SIOPS - Indicadores Municipais

A Despesa Total com Saúde, sob a responsabilidade do Município, por habitante apresentou um crescimento na ordem de 80% entre 2003 e 2006, saltando de R\$ 87,64 para R\$ 158,62, como mostra o Gráfico a seguir:

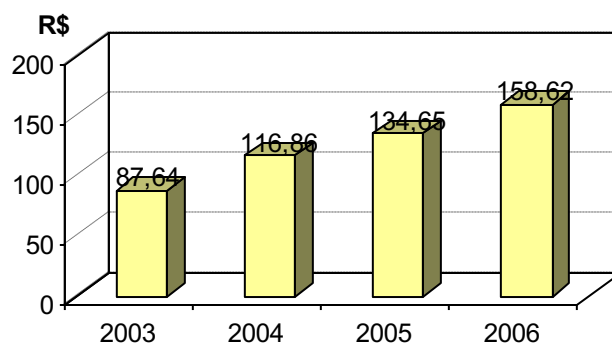


Gráfico 5 - Despesa Total com Saúde, sob a responsabilidade do Município de Conceição do Araguaia, por habitante entre 2003 e 2006

Fonte: SIOPS - Indicadores Municipais

A participação % das Transferências para a Saúde em relação à Despesa Total do Município com Saúde apresentou o seguinte comportamento:

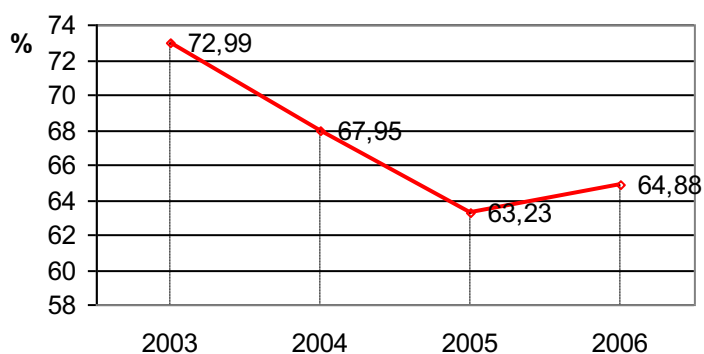


Gráfico 6 - Participação % das Transferências para a Saúde em relação à Despesa Total do Município de Conceição do Araguaia com a Saúde entre 2003 e 2006

Fonte: SIOPS - Indicadores Municipais

A participação % das Transferências da União para a Saúde (SUS) no total dos volumes transferidos pela União ao Município de Conceição do Araguaia teve um razoável crescimento entre 2003 e 2006, passando de 24,4% para 29,3%, conforme Gráfico apresentado adiante.

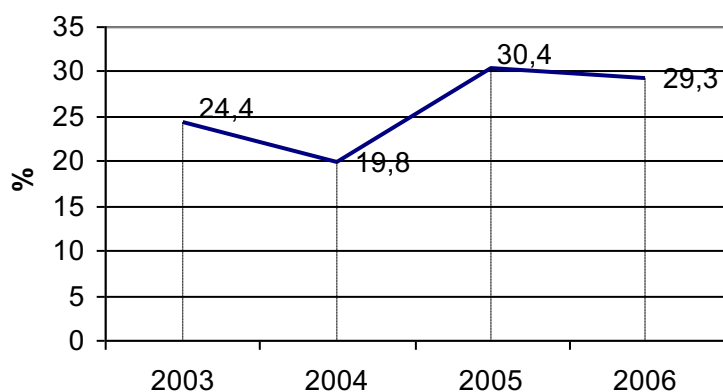


Gráfico 7 - Participação % das Transferências da União para a Saúde (SUS) no total de recursos transferidos pela União ao Município de Conceição do Araguaia entre 2003 e 2006

Fonte: SIOPS - Indicadores Municipais

5. DISCUSSÃO

A importância do uso e alimentação do SIOPS na gestão municipal da Saúde em Conceição do Araguaia confirma o entendimento de Padoveze (2003, p.43), ao enfatizar que o Sistema de Informação representa elemento fundamental para subsidiar o processo de tomada de decisão das organizações, significando:

[...] um conjunto de recursos humanos, materiais, tecnológicos e financeiros agregados segundo uma sequência lógica para o processamento dos dados e tradução em informação, para com o seu produto, permitir as organizações o cumprimento de seus objetivos principais.

Compreende-se do trecho anterior que todo Sistema de Informação origina uma espécie de “produto”, cujo pressupõe qualidade de seus recursos, inclusive da informação empregada. Possui a propriedade de prestar apoio à gestão municipal, provendo seus usuários de subsídios relevantes para viabilizar decisões, tais como: grau de produtividade, demonstrações e análises de natureza econômica, financeira, física que permitem maior rentabilidade, conhecer meios de reduzir custos e desperdícios, entre outros.

Nota-se que elaboração do orçamento envolvendo os recursos da Saúde no Município de Conceição do Araguaia já segue a determinação da Resolução n. 322/2003 de utilizar o SIOPS na evidenciação das contas municipais. Essa situação confirma o entendimento de Furtado (2005, p.16) quanto ao fato da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) ter institucionalizado no Brasil um novo regime de administração dos recursos públicos, denominado de *Gestão Fiscal Responsável*, que está assentado em três pilares: o planejamento, a transparência e o controle das contas públicas.

Como se verifica mediante o Gráfico 7, houve crescimento na participação das Transferências da União para a Saúde (SUS) no total de recursos transferidos pela União ao Município de Conceição do Araguaia entre 2003 e 2006. Mas, esse aumento vem sendo possibilitado mediante a ampliação da carga tributária, o que representa mais sacrifício ao contribuinte, evidenciando a necessidade de melhorar a qualidade dos gastos públicos (CONASS, 2007).

Referindo-se ao assunto, Afonso Jr.; Meirelles e Castro (2006, p.207) afirmam que:

O aumento continuado da carga tributária não é bom do ponto de vista econômico porque retira competitividade da economia brasileira. Além disso, esse mecanismo de financiamento dos gastos públicos (...) parece não ser o mais viável do ponto de

vista político. Recentemente, vem se consolidando, nos diversos segmentos da sociedade brasileira, em geral, e nos agentes econômicos, em particular, uma consciência de que não é mais possível aumentar tributos. Especialmente porque vai se firmando uma convicção, mais ou menos generalizada, de que o Brasil tem carga tributária de país rico e serviços públicos de país pobre.

Os dados da Tabela 4 demonstram que o crescimento da Receita Total do Município de Conceição do Araguaia para a Saúde foi de 55% no período analisado, mas o aumento da Despesa Total neste setor foi maior, atingindo 83%. Comumente, o Gráfico 5 mostra que a despesa municipal por habitante com Saúde elevou-se em 80%. Tais dados expressam a tendência na evolução dos gastos do SUS por entes federados. No período compreendido entre 2000 a 2004 os dispêndios referentes à União caíram de 59,8% para 49,9%; os gastos dos Estados aumentaram de 18,5% para 25,6%; e os gastos municipais aumentaram de 21,7% para 24,5% (CONASS, 2007).

Rezende (1999) analisa o aumento nos gastos municipais explicando que desde a Constituição de 1988, os Municípios brasileiros tiveram suas responsabilidades e recursos expandidos. Por outro lado, as demandas sociais aumentaram e os desafios trazidos pela globalização impuseram-lhes novos campos de ação.

Nesse contexto, os desafios financeiros cresceram, seja em decorrência do endividamento ou do aumento de despesas superior ao aumento de receitas, seja porque tiveram ampliado seus gastos nas áreas objeto de descentralização. Na saúde e na educação, principalmente, o aumento dos gastos municipais tem se verificado empiricamente.

Os dados expressos no SIOPS permitem vislumbrar como Conceição do Araguaia, igualmente a outros municípios brasileiros, ainda possui uma forte dependência financeira das Transferências Intergovernamentais. Acerca desse fato, Chimenti (2003) esclarece que embora o mecanismo de transferências brasileiro tenha por finalidade corrigir os desequilíbrios verticais e os horizontais, sendo instrumento básico de redistribuição de renda inter-regional, cria, paralelamente, uma dependência do ente municipal em relação a outros entes federados. De um modo em geral, os Estados e Municípios mais pobres, que têm sérios problemas de arrecadação própria, são extremamente dependentes das transferências federais.

6. CONCLUSÃO

A elaboração deste Trabalho de Conclusão de Curso permitiu compreender que o Orçamento Público da Saúde, na atualidade, fundamenta-se em princípios comprometidos em prestar um atendimento de inclusão social, reconhecendo a Saúde como um direito de todos.

Embora essa nova perspectiva ainda seja um desafio para a maioria dos Estados e Municípios, haja vista as grandes dificuldades enfrentadas pelo setor, como carência de médicos e recursos em determinadas localidades, principalmente as rurais, e o mau uso do dinheiro público, a Gestão da Saúde tem reconhecido a necessidade de utilizar a informação como subsídio basilar ao processo de tomada de decisão.

A informação permite construir uma base de análise sobre a qual possam ser estruturadas as estratégias e linhas de ação para a Saúde, principalmente porque a realidade muda rapidamente no mundo atual, cada vez mais globalizado e sensível às transformações econômicas, políticas, sociais e culturais.

O acompanhamento das mudanças e a necessidade de maximizar o conhecimento dos aspectos que interferem na Saúde Pública requerem a utilização de Sistemas de Informação cada vez mais eficientes na coleta de dados e indicadores, possibilitando cruzar dados e estabelecer parâmetros entre variáveis, viabilizando a definição de cenários abrangentes.

O Sistema de Saúde, como se teve oportunidade de verificar já conta com um Sistema de Informação que possibilita integrar as três esferas de governo, facilitando a execução do Orçamento Público em bases mais realísticas e atualizadas.

Ficou claro que embora os municípios estejam integrados ao Sistema Único de Saúde e recebam assessoria para estruturar Sistemas de Informação, as dificuldades destes entes federativos aumentaram com as atribuições que passaram a receber após a Constituição de 1988. Na verdade houve uma autonomia política, mas a financeira ainda é tolhida pela ampla dependência em relação às Transferências Intergovernamentais.

Ao ter como referência o Município de Conceição do Araguaia, foi possível constatar que o Setor da Saúde Municipal já está integrado ao SIOPS, além de utilizar outros sistemas,

possibilitando uma quantidade maior de informações, permitindo a elaboração de planos e linhas de ação em tempo hábil.

Após essas breves considerações, pode-se afirmar que o objetivo geral de analisar o uso de informações no processo de planejamento e orçamento no setor público municipal de saúde foi alcançado, constatando-se que a informação é viabilizada por meio de Sistemas de Informação integrados ao Ministério da Saúde e que subsidiam as ações governamentais na área da Saúde Pública.

Quanto ao objetivo específico de esclarecer os principais aspectos que norteiam o Orçamento Público da Saúde, foi possível compreender que historicamente este vem se aperfeiçoando, possui natureza econômico-financeira e social, dispõe de fontes diversificadas, mas precisa se desvincular do aumento da carga tributária para garantir qualidade ao gasto público, é contemplado por legislação específica, fundamenta-se em princípios de ampla abrangência social. Todavia, sua distribuição e fiscalização entre as três esferas precisam ser aperfeiçoadas.

Vale destacar no âmbito da normatização, que a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 por Lei Complementar está atrasada, pois o art. 198 da Constituição Federal de 1988 previu que isso ocorresse após 2004, e até a presente data não aconteceu, demonstrando o descaso político dos parlamentares brasileiros para com a Saúde Pública.

A regulamentação é necessária; permitirá a reavaliação do orçamento público para a saúde pelo menos a cada 5 (cinco) anos, estabelecendo percentuais, normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas Federal, Estadual, Municipal e no Distrito Federal.

Entende-se que a regulamentação será o passo decisivo para melhorar a eficiência do gasto público na área da saúde e viabilizar uma base de sustentabilidade econômica e financeira, pois a política de saúde no Brasil se caracteriza por ser universal e equânime, requerendo uma base de financiamento permanente, com regras claras de sustentabilidade econômica no médio e longo prazo.

Portanto, a regulamentação da emenda proverá o Estado de um instrumento de política pública fundamental que é o orçamento consistente, sólido, previsível e que possa ser visto num horizonte de médio e longo prazo

No que tange ao objetivo específico de verificar a relevância do emprego de Sistemas de Informação na previsão de recursos e levantamento de dados sobre a Saúde, tendo por referência o Município de Conceição de Araguaia, foi possível constatar que o uso das informações por meio de sistemas informatizados constitui subsídio para a tomada de decisão. Permite a elaboração de estratégias e linhas de ação mais próximas da realidade, garante a adequação da gestão municipal da saúde às exigências do Ministério da Saúde, e, conseqüentemente, a transferência de verbas.

Em suma, a informação de qualidade é aquela que tem relevância, mostra fatos novos, permite tomar decisões coerentes com a realidade e resulta de experiências. Para tanto, não basta gerar relatórios formalizados legalmente, e com base em critérios técnicos, se os números não traduzem o conhecimento real dos fatos e das relações que interferem nos resultados.

REFERÊNCIAS

- BALEEIRO, Aliomar. **Uma introdução à ciência das finanças**. 16ª ed. Rio de Janeiro: Forense, 2002.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretaria de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. Brasília: CONASS, 2006.
- BRASIL. Legislação Brasileira / Antônio Carlos Figueiredo, organizador – São Paulo: Primeira Impressão, 2006
- BRASIL. Constituição 1988. Emenda Constitucional nº 29, de 14/02/2001. Legislação do SUS. Brasília: CONASS, 2003.
- _____. *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/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/legislacao.
- _____. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 316, de 04 de abril de 2002.* www.ead.fiocruz.br/mp.
- CARVALHO, Guido Ivan de; SANTOS, Lenir. Sistema Único de Saúde: Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90 e 8.142/90. 3ª ed. Campinas:Unicamp, 2001.
- CARVALHO, Gilson C. M. de. O financiamento público da saúde no bloco de constitucionalidade. Disponível em: www.ead.fiocruz.br/mp. Acesso: 09 de julho de 2007.
- CASTRO, Alexandre Barros. O Orçamento Público, sua natureza e atuais necessidades. Disponível em: www.datavenia.net. Acesso em: 5 de julho de 2007.
- CHIMENTI, Ricardo Cunha. **Direito Tributário**. 6 ed. São Paulo: Saraiva, 2003.
- COLAUTO, Romualdo Douglas; BEUREN, Ilse Maria. Coleta, Análise e Interpretação dos Dados. In: BEUREN, Ilse Maria (org.). **Como elaborar trabalhos monográficos em Contabilidade: Teoria e prática**. São Paulo: Atlas, 2004.
- CRESPO, Antônio Arnot. **Estatística fácil**. 17 ed. São Paulo: Saraiva, 2004.
- DALLARI, Sueli Gandolfi. Os Estados Brasileiros e o Direito à saúde. São Paulo: Ed. Hucitec, 1995.
- FURTADO, José de Ribamar C. Os restos a pagar de final de mandato. Disponível em: <http://www1.jus.com.br/doutrina>. Acesso: 5 de junho de 2007.
- GIACOMONI, James. Orçamento público, - 13.ed. ampliada, revista e atualizada – São Paulo: Atlas, 2005
- MACHADO JR., J. Teixeira; REIS, Heraldo da Costa. **A Lei 4.320/64 Comentada**. 30 ed. Revisada atual. Rio de Janeiro: IBAM, 2001.
- MARTINS, Gilberto de Andrade. **Guia para elaboração de monografia e trabalhos de conclusão de cursos**. São Paulo: Atlas, 2002.

NÓBREGA, Marcos. **Lei de Responsabilidade Fiscal e Leis Orçamentárias**. São Paulo: Juarez de Oliveira, 2002.

REZENDE, Fernando. Federalismo Fiscal: Novo Papel para Estados e Municípios. In: **O Município no Século XXI: Cenários e Perspectivas**. São Paulo: Secretaria de Economia e Planejamento, 1999.

ROCHA, Julio César de Sá da. Direito da Saúde: direito sanitário na perspectiva dos interesses difusos e coletivos. São Paulo: LTr, 1999.

SEGUNDO, Rinaldo. **Breves considerações sobre o Orçamento Público**. Disponível em <http://jus2.uol.com.br/>. Consultado em 26 abril de 2007.

SILVA, José A. da. **Curso de direito constitucional positivo**. 16. ed. rev. e atual. São Paulo, Malheiros, 1999.

SILVA, Roberto da. **Direito do menor X direito da criança**. Disponível em <http://www.direitojustica.com>. Consultado em 20 de maio de 2007.

SILVA JÚNIOR, João Gomes da . Orçamento Público: Conceito e Espécies. Disponível em <http://www.vemconcursos.com/>. Consultado em 26 de abril de 2007.

TEIXEIRA, Hugo Vocurca. **Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do Siops**. Disponível em <http://www.scielo.br/>. Consultado em 26 de abril de 2007.

TORRES, Ricardo Lobo. **Os fundos especiais**. Disponível em <http://www.direitojustica.com>. Consultado em 20 de maio de 2007.

_____. **Tratado de direito constitucional, financeiro e tributário, volume V, o orçamento na Constituição**. 2. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Renovar, 2000.

_____. A Legitimação dos Direitos Humanos e os Princípios da Ponderação e da Razoabilidade, In: **Legitimação dos Direitos Humanos**. Ricardo Lobo Torres (org.) Rio de Janeiro: Renovar, 2002.

VERGARA, Sylvia Constant. **Projeto e relatório de pesquisa em Administração**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

APÊNDICE

CARTA DE APRESENTAÇÃO

Belém 20 de julho de 2007

**Ao Excelentíssimo Sr. Álvaro Brito Xavier
Prefeito do Município de Conceição do Araguaia - PA**

Esta carta visa a apresenta Vinicius Moura Machado, aluno do curso de Medicina da Universidade Federal do Pará (UFPA), a qual se encontra em fase de desenvolvimento de seu Trabalho de Conclusão do Curso, cujo tema é “Orçamento do Setor Público Municipal de Saúde”.

Para tanto, o referido aluno está utilizando a Metodologia de Pesquisa “Estudo de Caso”, com o intuito de identificar e documentar respostas a questões como: quais são os sistemas de informações e bases de dados nacionais que precisam ser alimentados pelos municípios? Quais são as condições operacionais de alimentação das bases de dados e sistema de informação e como acontece a transferência dos mesmos ao Ministério da Saúde? Como é o processo de Pactuação dos indicadores da Atenção Básica e de elaboração dos planos municipais de saúde e do orçamento público? Quais são as relações existentes entre informações de saúde, indicadores, planos municipais de saúde e orçamento público dos municípios? Além de outros dados como:

- Organograma da prefeitura municipal
- Unidades de Saúde – Número e proporção de Unidade por tipo de Unidade
- Repasse global de recursos para o município
- Repasse para a atenção básica para o município
- Repasse de recursos – ações estratégicas
- Aplicação de recursos – resumo
- Calculo do percentual de Recursos próprios aplicados em saúde
- Plano municipal

Tendo em vista as boas referências de Conceição do Araguaia quanto ao seu processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), acredita-se que desenvolver o Projeto de Estudo de Caso no município de V. Sa. Será relevante para alcançar o objetivo principal da pesquisa que é compreender e descrever o atual estágio de evolução da utilização das informações e indicadores de saúde no processo de planejamento e orçamento do setor público municipal de saúde.

Além disso, Conceição do Araguaia poderá dar uma valiosa colaboração para a discussão de um assunto de grande relevância social em uma das mais renomadas

universidades do país, existindo a possibilidade do Relatório do Estudo de Caso elaborado sobre as experiências do município ser utilizado como referência para estudos em outros municípios e, até mesmo, outros entes da federação.

Para que a Proposta de Estudo de caso possa ser realizada no Município de Conceição do Araguaia, pedimos a concessão de tempo e paciência de V. Sa. e dos funcionários ligados à área de saúde, planejamento e finanças para orientação e viabilização da obtenção dos dados, no período de 19 a 25 de julho de 2007, por meio das seguintes fontes de informações:

- Documentos: relatórios de planejamento, orçamentos, relatórios de gestão, Pactos dos indicadores da atenção básica, prestação de contas, leis e normas sobre funcionamento de programas na área da saúde, organograma do município, normas expedidas pelo Ministério da Saúde e pelo Estado, matérias de revistas e jornais sobre o município, entre outros;

- Registro em arquivos: banco de dados e sistemas de informações na área da saúde, dados contábeis, dados do cadastro nacional dos usuários no SUS, orçamentos etc.;

- Entrevistas com profissionais da Prefeitura;

- Observação do Processo de obtenção dos dados de saúde através de visitas nas unidades de prestação de serviço ou mesmo acompanhando os profissionais responsáveis pela coleta de dados.

Vale ressaltar que os dados e informações não servirão para qualquer outra finalidade que não seja a desta pesquisa acadêmica.

O perfil do Aluno e as orientações sobre o Professor Orientador estão descritos abaixo, bem como as diversas formas de contato com os mesmos.

Aluno: Vinicius Moura Machado

Brasileiro, oriundo da Cidade de Conceição do Araguaia/PA, 26 anos, estudante do curso de medicina da Universidade Federal do Pará (UFPA).

E-mail: vinivital@yahoo.com.br

Fones: (91) 3224 – 7254 (res.), (91)8157 – 3118.

Professor Orientador: Prof. Amaury Dantas

Certos de poder contar com a colaboração de V. Sa. e do município, antecipamos o nosso agradecimento.

Atenciosamente,

Prof. Amaury Dantas
Professor Orientador