

**FACULDADE LATINO-AMERICANA DE CIÊNCIAS SOCIAIS
FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO**

MANOEL HENRIQUE MARTINS

O SUS e o planejamento e implementação da política municipal de saúde: um estudo comparado dos municípios de Campinas e Morungaba

SÃO PAULO
2017

MANOEL HENRIQUE MARTINS

Dissertação apresentada à Fundação Perseu Abramo (FPA) e à Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais (FLACSO) para obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Ms. Laerte Fedrigo

SÃO PAULO
2017

Aos trabalhadores, que, apesar do modelo tributário regressivo brasileiro, custearam meus estudos em universidade pública estadual e agora custeiam generosamente meu mestrado e me orientam. Entre eles, meus pais.

AGRADECIMENTOS

Ao meu amigo e professor Valdemir Aparecido Pires agradeço por ter me ensinado a teoria das Finanças Públicas e constantemente ressaltar a importância da arte, da poesia, para os que vivem imersos em leis, portarias e balanços orçamentários. Ao Jonas Lucio, por ter me ensinado a prática das Finanças Públicas e ser um grande orientador na sobrevivência em meio às crises e falta de recursos nas pequenas prefeituras. À Fundação Perseu Abramo, por permitir a mim e meus companheiros da primeira turma de mestrado que nos manifestássemos livremente, com apoio e orientação, no meu caso pelo excelente professor Laerte Fedrigo, um verdadeiro privilégio no Brasil do golpe.

RESUMO

Este trabalho objetiva avaliar a adequação dos orçamentos de Campinas-SP e Morungaba-SP em relação à legislação pertinente ao Sistema Único de Saúde (SUS) e às finanças públicas, tanto nos aspectos de planejamento, organização, execução, quanto no de controle. Para isso, retoma a história da formação da função saúde no Estado brasileiro, analisa a legislação que atualmente regulamenta o SUS e descreve as fontes de custeio das políticas públicas municipais de saúde para verificar a forma como aparecem nos orçamentos municipais. Desse modo, realizará uma avaliação indireta do grau de conhecimento dos gestores da saúde dos dois municípios, utilizando como parâmetro a organização do orçamento federal da saúde. Após a análise do planejamento, da organização e da execução, realiza a comparação dos dados informados ao sistema de controle do SUS para afirmar se há ou não compatibilidade entre as informações prestadas e as realmente executadas pelos municípios. Conclui que, no âmbito orçamentário e financeiro, embora o SUS possua um completo ciclo de administração, permite subjetividades ao gestor em momentos críticos na consolidação de dados nacionais e, em relação aos municípios analisados, há diversos níveis de amadurecimento em relação aos itens avaliados. Por fim, apresenta o dilema entre a liberdade do ente federado no planejamento e a necessidade de uniformidade no controle que se manifestou nos dois municípios estudados.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde (SUS), finanças públicas, pacto federativo, orçamento público, orçamento público comparado.

RESUMEN

Este trabajo tiene como objetivo evaluar la adecuación de los presupuestos de los municipios Campinas-SP y Morungaba-SP con respecto a la legislación correspondiente al Sistema Único de Salud (SUS) y a las finanzas públicas, tanto en la planificación, la ejecución, como el control. Para ello, este estudio retoma la historia de la formación de la función de salud en el Estado Brasileño, analiza la legislación que rige actualmente el SUS, así como describe las fuentes de financiación de las políticas públicas municipales de salud para verificar cómo aparecen en los presupuestos municipales. De este modo, se realizará una evaluación indirecta del grado de conocimiento de los administradores de salud de ambas ciudades, utilizando como parámetro la organización del presupuesto federal de salud. Tras el análisis de la planificación, organización y ejecución, se hará una comparación de los datos transmitidos al sistema de control del SUS para determinar si hay o no compatibilidad entre las informaciones proporcionadas y las que realmente son puestas en práctica por los municipios. Aunque que el SUS tenga un ciclo completo de administración, se llega a la conclusión de que en el marco presupuestario y financiero, este mismo ciclo le permite al gestor acciones subjetivas en momentos críticos de la consolidación de datos nacionales. Inclusive, en lo que concierne a los municipios analizados, hay diversos niveles de maduración en los elementos evaluados.

Palabras clave: Sistema Único de Salud (SUS), finanzas públicas, pacto federal, presupuesto público, presupuesto público en comparación.

ABSTRACT

The present research evaluates the adequacy of budgets of Campinas and Morungaba - both cities are in São Paulo, Brazil - in relation to the legislation pertaining to the Unified Health System (SUS acronym in Portuguese) and public finances in terms of planning, organization, execution and control. For this, it takes up the history of health function Brazilian State, analyzes the legislation that currently regulates SUS and describes the sources of public municipal health's fund for verify how they appear in municipal budgets. In this way, it will carry out an indirect evaluation of the manager's degree of two municipalities, using as a parameter the organization of the federal health budget. After the planning's analysis, organization and implementation ought to carry out a comparison of the data the SUS control system to establish if there is compatibility or not, between the information provided those carried out by the municipalities. It concludes that, in budgetary and financial terms, although SUS has a complete administration cycle allows subjectivity to the manager in critical moments, in the consolidation of data and in relation to the municipalities were analyzed, there are several levels of maturity in relation to the evaluated items. Finally, it presents the dilemma between freedom of the entity federation of planning and necessity for uniformity which was manifested at the municipalities that had been studied.

Keywords: Unified Health System (SUS), public finances, federative agreement, public budget, comparative public budget.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CAP	Caixa de Pensões e Aposentadorias
CEBES	Centro de Estudos Brasileiros de Saúde
CNPJ	Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas
COFINS	Contribuição para Financiamento da Seguridade Social
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CSLL	Contribuição Social sobre o Lucro Líquido
DNS	Departamento Nacional de Saúde
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FMS	Fundo Municipal de Saúde
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FPE	Fundo de Participação dos Estados
FPM	Fundo Nacional de Participação dos Municípios
FUNASA	Fundação Nacional da Saúde
GSTN	Glossário da Secretaria do Tesouro Nacional
HEMOBRÁS	Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia
IAMS	Índice de Aplicação Mínima em Saúde
IAP	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS	Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços
IDOC	Identificador de Doação e Operação de Crédito
IDUSO	Identificador de Uso
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPAE	Instituto de Previdência e Assistência do Estado
IPI	Imposto sobre Produção Industrializada
IPTU	Imposto Predial e Territorial Urbano
IPVA	Imposto sobre Propriedade de Veículo Automotor
IPVA	Imposto sobre Veículo Automotivo
IRP	Identificador de Resultado Primário
ISSQN	Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza
ITBI	Imposto sobre Transmissão de Bens Intervivos
ITCMD	Imposto sobre Transmissão Causa Mortis e Doação
ITR	Imposto sobre Propriedade Territorial Rural
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
LOPS	Lei Orgânica da Previdência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
MTO	Manual Técnico do Orçamento Federal
NOB	Norma Operacional Básica
PAB	Piso da Atenção Básica
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
PASEP Público	Contribuição para o Programa de Formação do Patrimônio do Servidor

PDES	Planos de Desenvolvimento Econômico e Sociais
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PIB	Produto Interno Bruto
PIS	Contribuição para o Programa de Integração Social
PLOA	Projeto de Lei Orçamentária Anual
PPA	Plano Plurianual
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PPREPS	Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde
RGPS	Contribuição para o Regime Geral da Previdência Social
RMC	Região Metropolitana de Campinas
RREO	Relatório Resumido de Execução Orçamentária
SICONFI	Sistema de Informações Contábeis e Fiscais do Setor Público Brasileiro
SICONFI	Sistema de Informações Contábeis e Fiscais do Setor Público Brasileiro
SIOPE	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Educação
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde
STN	Secretaria do Tesouro Nacional
SUDS	Sistemas Unificados e Descentralizado de Saúde nos Estados
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS.....	7
INTRODUÇÃO.....	10
1 HISTÓRICO DA FUNÇÃO SAÚDE NO BRASIL.....	13
1.1 Gênese da proteção social no Estado moderno.....	13
1.2. A função saúde no Estado Brasileiro.....	15
1.3. O SUS e a universalização da saúde pública no Brasil.....	25
2 O SUS E O FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL.....	27
2.1. Visão administrativa: Planejamento, organização, execução e controle.....	29
2.1.1. Planejamento no SUS.....	30
2.1.2. Organização no SUS.....	31
2.1.2.1. Fundo de Saúde.....	33
2.1.2.2. Blocos de Financiamento: Visão Geral.....	36
2.1.2.3. Organização do orçamento público.....	39
2.1.2.3.1. A despesa.....	42
2.1.2.3.3. A receita.....	45
2.2. Execução.....	47
2.2.1 Execução orçamentária no SUS.....	47
2.2.2. Execução de Recursos Próprios.....	48
2.2.3 Execução de transferências obrigatórias e voluntárias.....	48
2.3. Cálculo da Aplicação Mínima dos recursos próprios em Saúde.....	51
2.4. Classificação fonte/destinação.....	52
2.5. Controle no SUS.....	54
3 AVALIAÇÃO INDIRETA DOS RECURSOS DA SAÚDE.....	58
3.1 Receitas da Seguridade Social.....	60
3.2 O Fundo Municipal de Saúde.....	62
3.3 Programas previstos no orçamento e executados.....	63
3.4 Blocos previstos no orçamento de 2015.....	64
3.5. O Orçamento, o Índice Constitucional da Saúde e o SIOPS.....	66
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	72
REFERÊNCIAS.....	78

INTRODUÇÃO

Considerada a extensão do território brasileiro com suas diferenças regionais em relação à cultura, distribuição de infraestrutura e organização política, o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro é, talvez, o maior esforço contemporâneo de coordenação federativa do planeta Terra. Além das questões regionais, há a inerente complexidade da área de saúde, que o SUS se propõe a responder mediante a integração de serviços oferecidos entre entes federados e pelo financiamento compartilhado.

Qualquer coordenação federativa que utilize dinheiro público passará, necessariamente, pelo campo de conhecimento das finanças públicas, que é tradicionalmente regulamentado de modo profundo no Brasil por uma legislação que impõe um grau extremo de complexidade no âmbito orçamentário, financeiro e patrimonial a qualquer entidade pública e, por conseguinte, ao SUS e aos inúmeros órgãos responsáveis pela execução das políticas públicas de saúde.

Há, portanto, um potencial conflito entre a normatização complexa e nacional das finanças públicas e a necessidade de flexibilidade do SUS. Em outros termos, é preciso garantir a multiplicidade organizativa, orçamentária e financeira dos entes federados, para que estes criem respostas adaptadas às suas realidades locais e aos problemas da saúde pública, além de regras que possibilitem a transparência das contas públicas e a posterior agregação dos recursos públicos em nível nacional para efeitos acadêmicos, estatísticos e de transparência.

Como implementar, então, uma coordenação federativa que equilibre a liberdade de planejamento e organização para absorver as diferenças regionais e, ao mesmo tempo, garanta que os recursos públicos sejam arrecadados e gastos conforme as rígidas e homogêneas regras das finanças públicas?

Este trabalho objetiva analisar a estrutura orçamentária do SUS em dois municípios paulistas, Campinas e Morungaba, utilizando o orçamento federal como referência técnica para verificar como os gestores do orçamento, na prática, conciliam as regras das finanças com as necessidades locais do SUS. Em outros termos: o gestor local conhece as regras do SUS e das finanças públicas? Como tais profissionais lidam com essa multiplicidade de regras e complexidade?

Pretende-se, através da comparação de indicadores orçamentários e organizacionais de impacto orçamentário, avaliar a capacidade desses gestores em customizar seus

orçamentos e absorver as necessidades locais, garantindo o respeito às regras das finanças públicas.

Para isso, na primeira parte descreve-se a história da formação da função saúde no Brasil, a fim de compreender o sentido político do SUS materializado na Constituição Federal.

Na segunda parte do trabalho, realiza-se um levantamento da legislação pertinente à área de finanças e a descrição do orçamento federal da saúde em sua estrutura, bem como às regras relativas à arrecadação e dispêndio na saúde, assim como a normatização do cálculo do índice de gastos constitucional em saúde.

Na terceira parte, avalia-se como foi criado e executado o orçamento dos referidos municípios no ano de 2015, suas similaridades e diferenças entre si e em relação ao orçamento federal. Também será avaliada a prestação de contas em relação a estes orçamentos e sua compatibilidade em relação a outros relatórios apresentados pelos municípios.

É natural questionar como se pode, com sucesso, comparar dois municípios tão diferentes como Morungaba, com 11 mil habitantes e um orçamento anual de R\$ 33 milhões em 2015, e Campinas, com mais de 1 milhão de habitantes e um orçamento acima de R\$ 4 bilhões no mesmo ano. Talvez, o único aspecto em comum seja a região em que se localizam os dois municípios, na chamada Região Metropolitana de Campinas (RMC), a aproximadamente 100 km da capital São Paulo. A escolha da menor e maior cidade da região é intencional, pelos motivos que seguem.

Do ponto de vista da saúde pública, estarem os dois municípios na mesma região é o elemento fundamental para a comparação. Isso porque cuidam de populações com características de trabalho, de transporte, de moradia, entre outras, semelhantes. Portanto, possuem características de saúde com potencial impacto orçamentário também, *a priori*, parecidas.

Em outro sentido, pode-se dizer que comparar um município isolado da região amazônica - com uma população predominante ribeirinha - com Campinas seria, talvez, irresponsável para o que se pretende, pois os perfis populacionais e de saúde são completamente diferentes. Os problemas de saúde de uma população que se alimenta de produtos do rio e da floresta e não está exposta à poluição ou estresse do trânsito é completamente diferente de uma população que fica horas no trânsito para trabalhar diariamente e se alimenta de produtos do supermercado. Assim, uma comparação

orçamentária ou de planejamento entre esses municípios deveria investigar em que medida estes se diferenciam, ao contrário do que se pretende neste trabalho. Uma possibilidade seria, por exemplo, que o percentual de despesas no Programa Saúde da Família (PSF) em relação à despesa total em saúde no município amazônico seria, drasticamente, superior ao de Campinas no mesmo programa, na medida em que, talvez na região norte, seja necessário maior nível de deslocamento de equipes médicas até as residências mais afastadas, o que não acontece em Campinas, teoricamente, na mesma intensidade.

Deste modo, neste estudo, pretende-se investigar mais as semelhanças e a forma como os gestores de Morungaba e Campinas responderam à legislação e às necessidades de saúde de suas populações através de um prisma orçamentário.

É preciso destacar, também, que embora existam especificidades dos municípios investigados, tratando-se do SUS e das finanças públicas brasileiras, mais em comum devem ter do que em comum. Isso porque a legislação é homogênea para os dois municípios: é a mesma Constituição Federal, a mesma Constituição Estadual, o mesmo Tribunal de Contas estadual e a mesma região geográfica de saúde. Logo, as normativas e o planejamento (pactuação) do SUS, também são os mesmos.

A hipótese que apresentamos neste trabalho é de que os orçamentos municipais sigam a regulamentação da área de finanças e que, neste quesito, sejam parecidos com o orçamento federal, pois este, embora não apresente qualquer impositividade, é referência técnica nacional. Ao mesmo tempo, que estes orçamentos mantenham certo grau de liberdade quanto à execução dos recursos do SUS. Assim, os gestores do orçamento (burocratas e políticos) conseguiriam executar um orçamento personalizado e, ao mesmo tempo, prestar contas corretamente.

1 HISTÓRICO DA FUNÇÃO SAÚDE NO BRASIL

O primeiro passo para se compreender o financiamento da saúde pública é retomar sua história. Nesta perspectiva, pode-se dizer que a função saúde está imersa no complexo de proteção social presente no Estado moderno, limitada, inicialmente, ao assistencialismo ou ao que se poderia chamar de assistência social restrita à caridade. O desenvolvimento desta função se deu, paralelamente, ao avanço dos direitos e à evolução do Estado de Bem Estar Social e foi custeada por diversos sistemas contributivos e tributários.

1.1 Gênese da proteção social no Estado moderno

A gênese da função saúde como atribuição do Estado data do final do século XVI. Conforme a cronologia de Spicker (2016)¹, de 1552 a 1597, na Inglaterra, entrou em vigor uma série de normas que convergiram para a Primeira Lei dos Pobres de 1601 (*poor law*). Tais normas evitariam o “banditismo” da massa camponesa empurrada do campo para as cidades. Assim, as pessoas incapazes de trabalhar deveriam ser recolhidas a abrigos do governo, onde seriam alimentadas. Uma das peculiaridades deste sistema era que cada cidade deveria custear abrigos para seus habitantes necessitados por meio de uma taxa *per capita*, como consequência as cidades tendiam a expulsar “indigentes” para fora de seus limites geográficos. Para evitar a expulsão e o consequente completo isolamento dessa população, os ingleses criaram a Lei de Assentamento, conhecida como Segunda Lei dos Pobres, limitando a locomoção dos empobrecidos que necessitavam utilizar tais serviços (SPICKER, 2016).

O modelo de proteção social protagonizado pela Lei dos Pobres tinha como eixo central o assistencialismo, sendo organizados fundos administrados por instituições voluntárias em uma perspectiva de caridade. Como demonstra Fiori (1997) e Spicker (2016), por não serem absorvidos como mão-de-obra pelas indústrias, os incapazes de trabalhar recebiam um serviço de natureza assistencialista, emergencial e pontual, que não transformava o indivíduo em possuidor de um direito. Pelo contrário, houve momentos na

1 Paul Spicker mantém um extenso site acessível através do endereço <http://www.spicker.uk/> que organiza uma vasta literatura sobre o *Welfare state*. Utiliza-se o ano da última atualização do texto (2016), disponível em <http://www.spicker.uk/social-policy/history.htm>. Acesso em: 16/06/2016.

Inglaterra em que o direito de locomoção entre cidades foi trocado pela possibilidade de utilizarem os abrigos.

Já entre os anos de 1883 e 1889, o chanceler conservador Otto Von Bismarck inaugurou, na Prússia, o primeiro regime previdenciário moderno. O modelo proposto por Bismarck revelava uma associação entre política social e inserção no mercado de trabalho, uma vez que o modelo recebia contribuições de empregados e empregadores, que se somavam também a contribuições estatais. Segundo Bismarck, o seguro social estabelecido pelo modelo tinha como objetivo manter as condições socioeconômicas dos beneficiários em caso de perda da capacidade de trabalho por idade, enfermidade ou acidente. Diferentemente do modelo inglês, que focava os empobrecidos, o modelo bismarckano era voltado para grupos de trabalhadores do mercado formal de trabalho (CARDOSO, 2010).

Chegando ao século XX, em 1942, no contexto da Segunda Guerra Mundial, o economista e reformista social britânico, William Henry Beveridge, elaborou o Plano Beveridge, que orientou o governo inglês a adotar uma proteção social mais ampla. A ideia era a de que todas as pessoas em idade de trabalhar pagassem uma contribuição ao Estado, que seria usada como subsídio para doentes, desempregados, reformados e viúvas. Em lugar de pensões fornecidas pelo Estado, porquanto, os subsídios deveriam se tornar um direito dos cidadãos, de tal sorte que, em troca das contribuições “o Governo teria que garantir serviços de saúde com qualidade e gratuidade, fornecer formas para reabilitação profissional e promover a manutenção do emprego” (CARDOSO, 2010, p. 44).

Com o Plano Beveridge, portanto, a proteção social assume a modalidade de seguridade social. Conforme elucida Fiori (1997), por meio do Plano, estabeleceu-se um modelo baseado na condição de cidadania, na qual os direitos sociais passam a ser assegurados pelo Estado, que garante ao cidadão um padrão mínimo de benefícios, de forma universalizada, independentemente da existência ou não de contribuições anteriores. Ao desvincular os benefícios das contribuições, o Estado passa a desempenhar um papel importante, destinando recursos do orçamento público para a manutenção das políticas sociais, de sorte que o sistema de proteção social acaba se consistindo em uma política social pública de fato.

Neste contexto, a proteção social evoluiu consideravelmente. Como ilustra Cardoso (2010), mesmo sendo apenas parcialmente implementadas, as medidas propostas pelo Plano Beveridge formaram um dos pilares fundamentais do *Welfare State*, de modo que a política social se tornou abrangente, contemplando campos como educação, habitação, saúde,

previdência e assistência social, voltadas para a proteção coletiva contra riscos específicos, objetivando a promoção da seguridade social e do bem-estar de toda a população.

O *Welfare State* resultou de uma mudança qualitativa na percepção dos Estados a respeito da proteção social, que deixava de ser emergencial e focalizada, para se transformar em política de regulação das relações sociais e também intervir no funcionamento do mercado. Como afirmam Silva e Matos (2009), a saúde avança no mesmo sentido, inclusive com gastos crescentes por parte dos governos nos países centrais². Assim, como função pública, a saúde surge dentro do campo assistencial caracterizada pela caridade e evolui ao longo de quase quinhentos anos para uma função de Estado, inicialmente restrita ao trabalhador formal, ligada à previdência e a proteção social dos Estados de bem-estar, sendo depois expandida aos demais indivíduos.

1.2 A função saúde no Estado Brasileiro

No caso brasileiro, o conceito chave para as políticas sociais é a cidadania regulada, pela qual é considerado cidadão, detentor de direitos, o indivíduo com ocupação reconhecida em lei. Logo, a estratificação da sociedade brasileira em grupos passíveis ou não de direitos será uma grande, senão a principal, característica dos serviços públicos durante o século XX, inclusive os da saúde (SANTOS, 1979).

Nesta perspectiva, duas grandes dinâmicas construíram a função saúde no Brasil: a assistência médica ao indivíduo legalmente empregado e à sua família - custeada pelos institutos de previdência, sob uma lógica exclusivista, privada e urbana - e a saúde coletiva, que corre dentro das estruturas do Estado, com recursos próprios e sob uma lógica pública, voltada para a população empobrecida e majoritariamente rural. Enquanto a primeira dinâmica objetivava equacionar problemas de saúde individuais, particulares, por meio dos Institutos de Previdência, a segunda tinha como foco a saúde coletiva.

Embora a atenção à saúde fosse típica de instituições religiosas e de caridade até o início do século XX, o Estado cuidava de algumas doenças negligenciadas, como tuberculose,

2 Como lembra Medeiros (2001), a prestação de serviços de saúde à população diretamente pelo Estado, ou sua regulação sobre o mercado para tal, é parte desta etapa do desenvolvimento do capitalismo, mas ao mesmo tempo, em especial no Brasil, o *Welfare state* se constituiu também numa estratégia para deslegitimar as reivindicações trabalhistas, marcada pelo autoritarismo.

hanseníase e doenças mentais, estruturando assim a dinâmica estatal de assistência à saúde, limitada a campanhas específicas e fiscalização de atividades profissionais (BRAVO, 2000).

O liberalismo derrubou o império e foi a orientação econômica dominante durante os anos da República Velha (1889-1930). De certo modo, a legislação e as ações estatais voltadas ao campo social não preocupavam a classe dominante oligárquica, desde que não se alterassem as relações de trabalho.

É nesse período da República Velha que ocorre um relativo fortalecimento do movimento operário. É fundamental destacar que o trato do movimento operário atribuído exclusivamente aos imigrantes europeus nesse período é, na verdade, um preconceito. Negro e Gomes (2013) nomeiam esse tipo de parcialidade de “mito do imigrante radical”, que impede a análise histórica do trabalhador local como protagonista das lutas de classe e, em especial, impede a análise do papel bastante fundamental dos trabalhadores escravizados.

Há registros de paralisações de trabalhadores escravizados desde o ano de 1820. Ressalte-se a parede³ de carregadores em Salvador no ano de 1857, quando os Nagôs⁴ paralisaram o porto por duas semanas contra a nova legislação municipal, que proibia suas cantorias durante o trabalho e os forçava a uma identificação diferenciada, o que impedia algumas manifestações culturais. A parede foi vitoriosa e as autoridades municipais recuaram. O movimento questionava alterações nas relações de trabalho que potencialmente enfraqueceriam a cultura dos Nagôs, algo que centralmente deveria ser preservado, o que indica muito sobre a formação da classe trabalhadora no Brasil.

Muitas outras paredes se seguiram tão interessantes quanto à mencionada. Tratam-se, portanto, de fundamentais dados históricos na construção do movimento operário nacional. Já no início do século XX, com o processo relativo de intensificação dos movimentos operários, então fortalecidos pelo processo de urbanização, pela industrialização e, por conseguinte, pelos imigrantes, as paredes pressionaram o governo a realizar concessões na área social e trabalhista. Entre essas concessões, surgem os primeiros órgãos de saúde pública.

Os primeiros órgãos especializados em saúde pública remontam determinados cuidados com trabalhadores do ciclo da borracha, como, por exemplo, o envio de profissionais e medicamentos que evitassem crises de saúde pública e as prevenissem, como malária e febre amarela. No entanto, é a partir de 1923 que se daria início a uma saúde

3 Como indicam Negro e Gomes (2013), o termo “greve” não existia no idioma Português até o início do Século XX. Usavam o termo “paredes” para significar as primeiras paralisações dos trabalhadores durante o Século XIX.

4 Os Nagôs são uma etnia formada por diversas tribos de africanos ocidentais.

pública atrelada ao sistema previdenciário (CARVALHO, 2013), tal como aconteceu em outros países. A Primeira Guerra Mundial dificultou as importações de bens de capital, forçando uma superexploração dos trabalhadores que, aliada à diminuição da capacidade de produção interna, gerou inflação e acentuou o descontentamento da população. Segundo Oliveira e Teixeira (1989), superexplorados, os trabalhadores, principalmente os urbanos, quebraram o liberalismo inercial do governo ao longo das décadas de 1920 e 1930 com um movimento que não sofria oposição significativa da oligarquia que teria diminuído após a Grande Depressão de 1929. Acrescente-se que a Revolução Russa pressionou o governo brasileiro pela possibilidade da expansão da ideologia soviética entre os trabalhadores brasileiros. O governo então, reage a esse conjunto de fatores criando um sistema de proteção social para os trabalhadores.

Dentre as iniciativas estruturadoras dessa proteção social no Brasil, pode-se citar a Lei Eloy Chaves, de 1923, que criou um Caixa de Pensões e Aposentadorias (CAP) para os funcionários de cada empresa das estradas de ferro. Tal lei é considerada o primeiro grande passo no sentido do *Welfare State* tupiniquim (BRAVO, 2000). Conforme Oliveira e Teixeira (1998), as CAPs contratavam serviços de médicos particulares durante um determinado período para atenderem aos seus contribuintes (OLIVEIRA E TEIXEIRA, 1998) ou para o fornecimento desses serviços eram utilizados repasses para clínicas e hospitais privados, mediante subvenções.

A importância deste modelo abriu um precedente para que as CAPs adquirissem hospitais, prédios e farmácias e, deste modo, estruturassem os próprios serviços de saúde. Vale dizer, portanto, que a saúde pública brasileira assistencial⁵ nasce restrita a indivíduos legalmente empregados e suas famílias, com gestão privada e o poder público como regulamentador de forma ainda incipiente. Até então, o Estado também não participava diretamente do custeio, apenas as empresas e empregados.

Como as CAPs eram constituídas por empresas, apenas as maiores tinham condições de instituí-las e mantê-las. Conforme relatam Oliveira e Teixeira (1998) e Bravo (2000), durante o Estado Novo (1937-1945), Vargas antecipa a resposta às possíveis reivindicações

5 É importante diferenciar os termos “saúde assistencial” e “saúde coletiva” utilizados ao longo do trabalho. No primeiro caso, trata-se da saúde do indivíduo e eventualmente de sua família, seus problemas de saúde específicos, cuidados por profissionais de saúde que o atendem e prescrevem tratamentos. No segundo caso, a saúde coletiva ou sanitária é o esforço de promoção e cuidado com a saúde de toda uma comunidade, através de práticas sanitárias, atividade normativa e fiscalizatória. A assistencial, desde o início, ficou sob responsabilidade das CAPs de forma predominante, e a coletiva ficou sob responsabilidade governamental de forma predominante. Há definições mais técnicas no campo da saúde pública, mas neste trabalho os termos serão utilizados de maneira mais genérica, para simplificar.

ao unificar as CAPs de alguns setores constituindo, assim, Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) sob o crivo do Ministério do Trabalho, buscando assim ampliar o número de beneficiários da seguridade social. Em outros termos, as CAPs eram ligadas às empresas e seus trabalhadores, já os IAPs congregavam CAPs de uma mesma categoria. Havia, portanto, diversos IAPs, como Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos, dos Comerciantes, dos Bancários e dos Industriários.⁶

Em 1930 foi criado o Departamento Nacional de Saúde (DNS)⁷, subordinado ao Ministério da Educação e Saúde, que instituiu serviços nacionais de saúde, como o Serviço Nacional de Febre Amarela (1937) - o primeiro de dimensão nacional - e o Serviço de Malária do Nordeste (1939). A Fundação Rockefeller teve papel de parceira nestes serviços e também executava cursos de formação rápidos e intensivos em saúde pública em vários estados sobre diversos temas como lepra, tuberculose, câncer, peste, engenharia sanitária, entre outros (LIMA e PINTO, 2003).

Em 1936, a relação direta entre empresas e previdência se rompe, pois aparece a União como interveniente, inclusive rompendo o caráter liberal⁸ da previdência. A partir de então, conforme afirmam Oliveira e Teixeira (1998), a União passou a cobrar contribuições sobre importações e consumo para o financiamento da previdência. Sendo que, para executar o repasse, foi criada, por decreto, uma conta do Ministério do Trabalho, Comércio e Indústria. Essa conta reunia as arrecadações das Caixas e Institutos e os repasses da União (impostos sobre importações e consumo), além de recursos de outras áreas do orçamento.

Em 1938, nasce o Instituto de Previdência e Assistência do Estado (IPAE), como fundo previdenciário dos funcionários públicos de todos os poderes do governo federal. Conforme Oliveira e Teixeira (1998), orçamentariamente o IPAE era dividido em duas áreas independentes: a finalidade principal de fornecer benefícios pecuniários aos seus segurados e uma função acessória de assistência médica. Assim, enquanto na década de 1920 a assistência médica e hospitalar foi pensada como serviço de prestação obrigatória pelas instituições previdenciárias, no período posterior a 1930 tais serviços passam a ser vistos

6 No entanto, há diversas iniciativas anteriores que também poderiam ser classificadas como espécies de IAPs ou CAPs, como o Plano de Beneficência das Viúvas da Marinha, de 1795. Para mais detalhes, ver Oliveira e Teixeira (1998). Embora o texto seja complexo, há outras fontes que corroboram o entendimento, entre elas, o Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil (CPDOC), da Fundação Getúlio Vargas, acessível em: <<http://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/AEraVargas1/anos30-37/PoliticaSocial/IAP>>.

7 Não confundir com o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), subordinado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores, criado em 1920 e extinto em 1934.

8 Oliveira e Teixeira mencionam exatamente “neoliberal”, na página 106 de seu livro (Im)previdência social: 60 anos de história.

como secundários em relação aos institutos previdenciários. Essa nova visão, aliada à necessidade de contenção de despesas, fortaleceu a compra de serviços de terceiros. A citação a seguir reforça o argumento:

Mas, no período que se segue, ora em discussão, as condições são distintas. A assistência médica passa a ser vista como atribuição secundária e *provisória* da previdência. Além disso, a orientação contencionista dominante não tem em boa conta a ideia de realizar gastos com investimentos sem retorno. Como resultado deste novo clima, cresce então de importância a tendência a comprar serviços médicos de terceiros. Principalmente no que tange à assistência hospitalar, onde as despesas com a construção e equipamento de serviços próprios seriam mais significativas (OLIVEIRA, TEIXEIRA, 1998, p. 90).

Os serviços previdenciários e de saúde foram regulamentados na primeira metade do século XX, desde o tempo de internação máximo, idades e condições gerais para aposentar, até nomes de hospitais. Conforme ilustram Oliveira e Teixeira (1989, p.61), principalmente na década de 1930, as medidas constritivas dos dispêndios assumiram diversas formas e chegaram a prever a possibilidade de não serem concedidas aposentadorias em casos concretos por motivos “políticos, econômicos ou atuariais”. Ademais, transferiram para núcleos técnicos o cálculo de índices e indicadores que permitiriam a ampliação ou não de beneficiários.

A partir de 1940, trabalhadores e empresas começam a questionar politicamente as medidas contencionistas do governo por considerarem que elas não eram mais necessárias, uma vez que não visualizavam dados das despesas referentes ao sistema previdenciário, fomentando desconfiança em relação ao governo e à utilização desses recursos. Para justificar a política contencionista, o governo Vargas e seu exército de intelectuais utilizaram dados técnicos, criando a Teoria do Seguro Social. Assim, o governo dava consistência técnica a sua política contencionista e também autoritária: a política era previamente definida e os técnicos a justificavam (OLIVEIRA E TEIXEIRA, 1989). É importante lembrar que, em tese, a ordem natural da ação do Estado é justamente o contrário. O normal seria utilizar dados técnicos e da realidade para subsidiar decisões políticas e essas deveriam ser implementadas, após a ordem executiva, pelos técnicos. No entanto, em relação ao sistema previdenciário brasileiro ocorria exatamente o contrário: os técnicos justificavam as decisões políticas, após serem tomadas, com elementos técnicos.

Tanto que em 1950 acontece uma virada teórica, quando técnicos passam a defender a ampliação de determinados gastos médicos assistenciais pelas previdências que visassem

reduzir o número de aposentadorias por invalidez, doenças e de quaisquer problemas que pudessem ser resolvidos ou mitigados por ação médica previa ou posterior. Influenciados pelo socialismo, e sua vitória em termos ideológicos, pelo keynesianismo e pelo Plano Boveridge, muitos técnicos e governantes passaram a defender a ampliação do papel do Estado nas políticas sociais (OLIVEIRA E TEIXEIRA, 1989). Assim, conforme demonstram esses autores, a Teoria do Seguro Social passa a ser considerada neoliberal e substituída, em ideia e prática, pela “seguridade social”⁹, financiada pelo orçamento público. Outra grande influência para a mudança neste período, mencionada anteriormente, foi o Plano Boveridge, que defendia novos padrões de intervenção governamental para o bem estar da sociedade.

Não nos parece que haja aqui apenas uma coincidência. Nossa impressão é, ao contrário, a de que a revista *Industriários* de 1948, com sua insistente defesa do modelo contencionista em dissolução, corresponde a uma última tentativa dos técnicos formados neste modelo em defender ideias nas quais, afinal de contas, haviam sido preparados para acreditar, no momento em que estas teses enfrentam oposição cada vez mais generalizada. Agora não somente por parte dos segurados, mas até do próprio Governo Federal (OLIVEIRA E TEIXEIRA, 1989, p. 173).¹⁰

Neste contexto, as medidas contencionistas são desmontadas, inclusive com apoio da tecnocracia, de sorte que a despesa com atendimento médico-hospitalar, que segundo Oliveira e Teixeira (1989, p. 152), tinha caído de 8,9% das receitas previdenciárias em 1930 para 2,3% em 1945 do total do orçamento federal, volta a subir, chegando a 14,9% em 1966; em relação à assistência médico-hospitalar a despesa passa a responder por 17,9%, em 1966, contra 5,3% do que representava em 1945. Há, portanto, uma clara mudança qualitativa na “assistência” neste período. Ainda conforme os dois autores, a justificativa utilizada pelos técnicos para defender a ampliação dos gastos médico-assistenciais pelas previdências de 1950 em diante era de que elas poderiam reduzir o número de aposentadorias por quaisquer problemas de saúde que, por meio de ações de saúde anteriores, pudessem ser evitados ou mitigados, deste modo melhorando o fluxo de caixa dos institutos de aposentadoria.

9 “Seguridade Social” após a Constituição Federal de 1988 significa o complexo orçamentário e de funções estatais relacionadas à Saúde, Assistência Social e Previdência. No entanto, antes da Constituição ou em outros países encontram-se outros significados. Mesmo assim, é possível conceituar Seguridade Social como a integração de diversos campos de ação do Estado na área social, desse modo, seria sempre algo mais amplo que apenas a saúde ou assistência, se consideradas de forma isolada.

10 Conforme lembram Oliveira e Teixeira (1989), a partir de 1949 a Revista *Industriários* passa a defender exatamente o oposto: a implantação de assistência médica nos institutos.

Neste debate, Mário Magalhães da Silveira¹¹ obtém uma vitória relativa com a Escola Nacionalista Desenvolvimentista,¹² que iria alcançar um maior número de seguidores a partir de 1960. Conforme Lima e Pinto (2003), para Silveira havia uma relação direta entre pobreza e doença, abordando a questão administrativa sob as nuances centralização *versus* descentralização da estrutura sanitária, questionando se os serviços sanitários deveriam ser municipalizados, por exemplo.

Por decorrência desse debate, em 1953 foi criado o Ministério da Saúde (MS), originário da crescente separação entre a assistência médica e a política de saúde. Com estrutura herdada do DNS, manteve-se a assistência médica individual e curativa na Previdência e ao MS foi atribuída competência sobre a saúde coletiva (LIMA E PINTO, 2003). Preservou-se assim a tendência inicial da saúde brasileira: a saúde coletiva atendida pela estrutura estatal e a saúde individual assistencial ligada aos mecanismos da administração indireta ou do mercado. Em outras palavras, as CAPs e IAPs, embora de natureza predominantemente privada, continuariam prestando serviços de saúde individual aos seus contribuintes sob uma coordenação e fiscalização da previdência pública. Os segurados na previdência e “clientes” em saúde eram exatamente os mesmos: os empregados das empresas que as compunham e suas respectivas famílias. Já o Estado ficou com a regulamentação e gestão da saúde coletiva, cuja ação seria orientada para grandes campanhas sanitárias e combate às grandes epidemias, como malária, febre amarela, tuberculose, peste bubônica, entre outras. Essas últimas seriam coordenadas, executadas e fiscalizadas centralmente pelo Ministério da Saúde.

É importante lembrar que tal divisão entre saúde coletiva, de responsabilidade do setor público, e individual, de responsabilidade das CAPs e IAPs, não era absoluta. Havia diversos aspectos da atenção individual curativista que eventualmente eram prestados pelo Estado, mas não era a característica predominante do serviço de saúde prestado pelo Estado. O atendimento individual e curativista prestado pelo Estado acontecia nos casos em que tais indivíduos não fossem formalmente empregados, portanto não beneficiários do sistema previdenciário e das CAPs e IAPs, assim, eram atendidos em hospitais públicos e por serviços estatais de saúde bastante precários. Por outro lado, as CAPs e IAPs participavam de campanhas contra epidemias sob a coordenação do governo, mas essa não era, também, a

11 Sanitarista e liderança da nova escola sanitária no Brasil, que destacava o círculo vicioso entre a pobreza e a doença.

12 Política econômica baseada na indução estatal ao crescimento industrial e implantação ou ampliação de infraestrutura. O representante mais conhecido dessa política foi o governo de Juscelino Kubitschek.

característica predominante das CAPs e IAPs. O Estado só absorve a atenção individual de forma mais intensa na década de 1960, quando a sistemática de capitalização do sistema previdenciário entra em crise, mas trata-se de um processo gradual de absorção dos serviços de saúde pelo Estado.

Em 1960 foi criada a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS). Segundo Lima e Pinto (2003), entre outras iniciativas, a LOPS uniformizou os diferentes IAPs e, no período que se seguiu, houve uma relativa “falência” do modelo de capitalização da Previdência, da qual dependia, ainda, a saúde assistencial.

Em 1963 há um grande marco para a saúde pública: a 3ª Conferência Nacional de Saúde que propunha um sistema descentralizado de saúde para todos os cidadãos, inclusive municipalizado, pois na concepção extraída da Conferência, os cidadãos detêm o real conhecimento dos problemas locais. Os documentos produzidos pela Conferência definiram competências para os três níveis da federação, no entanto, nas palavras de Carvalho (2013), a ditadura militar sepultou a iniciativa.

É importante destacar que, até o momento da 3ª Conferência Nacional de Saúde, a coordenação de serviços de saúde coletiva era pública e nacional e a assistência individual era predominantemente realizada por sistemas de previdência de empresas. Desse modo, não havia uma coordenação ou relação entre as políticas de saúde e o âmbito local, dos municípios, por exemplo. É neste sentido que a Conferência propõe a municipalização, ao partir do pressuposto que a representação política local, consubstanciada nos prefeitos e vereadores, conheceria melhor as especificidades da saúde local que o Ministério da Saúde, o Ministério da Previdência ou mesmo as CAPs e IAPs.

Com o golpe jurídico, midiático, civil e militar de 1964, o tecnicismo e sua racionalidade tecnicista passaram a orientar, pelo menos em nível institucional, a condução da saúde no Brasil. Segundo Oliveira e Teixeira (1988), a ditadura fortaleceu os mecanismos privados de atenção à saúde por meio de convênios e terceirizações, cujos contratantes seriam a previdência ou os sistemas de saúde ligados ao Ministério da Saúde, e os contratados seriam de clínicas médicas a hospitais privados. Para eles, nesta linha, a saúde como campo de conhecimento, absorve conceitos econômicos, como produtividade, programação das atividades e racionalização de recursos, cada vez mais justificando “tecnicamente” as decisões políticas e ideológicas do governo. O componente “assistência”, acrescentam, ganhou importância frente ao componente “saúde pública”.

A ditadura aliava, portanto, repressão aos movimentos sociais e fortalecimento dos serviços privados de saúde, com estímulo, financiamento e coordenação governamental. Em 1966, é criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que unificaria os institutos previdenciários e criaria novas diretrizes para a política assistencial médica. Conforme afirmam Oliveira e Teixeira (1989), o movimento de 1964 excluiu os setores populares do debate sobre os problemas da saúde e previdência, e para tal propôs um modelo privatista e centralizado. O movimento de 1964 defenderá como solução para a crise da saúde a compra de serviços, utilizando o INPS como entidade reguladora. Assim, em 1960, 50% das atividades médicas se faziam no âmbito previdenciário, enquanto em 1975, 90% dos serviços médicos eram dependentes direta ou indiretamente do INPS (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1989).

Nesse contexto, conforme destaca Luz (2014), as forças institucionais e privatistas da corporação médica encontraram respaldo na unificação da assistência médica pelo INPS e implantaram uma prática curativista e de acentuada tendência privatizante. Durante o período ditatorial, embora a prestação dos serviços de saúde tenha se descentralizado em função das recorrentes contratações de serviços privados, o controle dos recursos ficou restrito a órgãos técnicos centralizados, dos quais derivava o poder de comando, submetendo a política de saúde a decisões motivadas por outros fatores que não a própria saúde (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1989). Orçamentariamente, de 1968 a 1972, houve queda na participação do MS nas despesas da União de 2,21% para 1,40%, enquanto o Ministério dos Transportes recebia 12% e as forças armadas, 18% do orçamento (PAIVA e TEIXEIRA, 2014).

Na segunda metade da década de 1970, nasce o movimento da reforma sanitária e o Centro de Estudos Brasileiros de Saúde (CEBES). Neste período, segundo Temporão (2006), muitos profissionais da saúde com ideias progressistas são contratados por diversos níveis da saúde pública, no esteio da profissionalização e tecnicização das ações do Estado. Para ele, esses profissionais viriam a criar eixos que, no futuro, orientariam a criação do SUS.

Um destes eixos foi o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS). Criado em 1976, o PIASS visava aumentar a cobertura de serviços médicos mais primários nas áreas rurais e cidades do interior, além de regionalizar e hierarquizar a atenção à saúde. Estabelecia a necessidade de participação da comunidade na gestão da saúde e tratava da integração entre os níveis de complexidade da assistência. Representava, assim, uma aproximação aos princípios de saúde pública defendidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Conforme Paiva e Teixeira (2014), por decorrência do PIASS surgiu,

posteriormente, o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS), com o objetivo de capacitar os recursos humanos nas secretarias de saúde dos estados.

Em 1974, foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) que ainda manteria, mesmo já existindo o MS, a atribuição de coordenar a atenção médica individualizada. Ao MS permaneceria a prerrogativa normativa, mas ainda com ressalvas quanto à imperatividade sobre o MPAS. Nesse período, a estratégia de utilização de serviços privados de saúde é aprofundada e com ela também se ampliam problemas decorrentes, como superfaturamento, corrupção e descontrole contratual, entre outros (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1998). Embora houvesse influência dos sanitaristas para o aumento do orçamento da saúde, Costa (1996) destaca que havia também incentivos institucionais e pressão dos capitalistas ligados à saúde neste mesmo sentido.

A partir de 1978, o INPS, que resultou das fusões dos IAPs em 1966, passa a ser chamado de Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), como autarquia do MPAS. Conforme Souza (2002), o INAMPS era organizado por superintendências estaduais que proveriam atenção à saúde dos trabalhadores formalmente empregados e seus dependentes, de modo que os recursos aplicados por essas superintendências seriam mais ou menos proporcionais aos recursos arrecadados e benefícios existentes nos estados. Dessa forma, as regiões sul e sudeste, como as mais ricas e com os salários mais altos, evidentemente, concentravam uma maior parte de gastos em saúde *per capita* em relação às outras regiões.

Na década de 1980, houve uma intensificação da crise do modelo de saúde, fortalecendo o movimento pela estatização da função saúde no Brasil. Conforme relatam Paiva e Teixeira (2014), na década de 1980 movimentos sociais e grupos que militavam pela melhoria da saúde em seus bairros alcançaram projeção nacional. Além destes, o movimento dos médicos também ajudou no redirecionamento da saúde pública, pois reivindicava melhores condições de trabalho. De outro lado, segundo Oliveira e Teixeira (1998), houve o aprofundamento da crise econômica, o que criou dificuldades orçamentárias. Segundo eles, as sucessivas crises econômicas, cujo período mais agudo foi a década de 1980, provocaram quedas de arrecadação tanto do orçamento fiscal quanto da previdência, da qual ainda dependia a saúde, o que fomentou análises sobre o financiamento da saúde pública. Dessas análises, teriam surgido diversas alternativas de modelos para a saúde, que propunham mudanças na integração com serviços privados. A fase mais aguda da crise da previdência,

entre 1980 e 1989, tinha como razão diversos fatores, mas o ponto em comum era a crítica à priorização dos serviços privados de saúde. Segundo Paiva e Teixeira (2014), os próprios técnicos do INAMPS diminuíram as despesas com contratos privados e aumentaram as despesas com o setor público.

Neste contexto, começam a ser propagadas ideias sobre a universalização e viabilidade de um sistema público completo de saúde. Em 1986, ocorre a VIII Conferência Nacional de Saúde que reuniu uma gama diversificada de representantes do setor, resultando na legitimação dos pressupostos político-ideológicos do Movimento da Reforma Sanitária e definindo os pilares sobre os quais se assentaria o SUS. A intensa participação social vivida na Conferência influenciou, portanto, a formulação do SUS (MARTINS et al, 2008), assim como os movimentos grevistas de profissionais da saúde, que contavam com a simpatia da população, em contraposição à crise financeira do Estado. A Conferência impôs à classe política nacional uma revisão profunda do modelo de saúde brasileiro. Revisão esta que se consolidaria na Constituição Federal de 1988.

Na esteira desse processo, em 1987 foi criado o Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizado de Saúde nos Estados (SUDS), que, basicamente, consistia na celebração de convênios entre os governos estaduais e o INAMPS (SOUZA, 2002). Portanto, poucos anos antes da Constituição Federal de 1988, o SUDS constituiria a unificação entre Ministério da Saúde e INAMPS, em uma lógica descentralizadora e universalizadora da saúde. Seria, então, o precursor mais imediato do Sistema Único de Saúde (SUS).

1.3. O SUS e a universalização da saúde pública no Brasil

Derivada do acúmulo social dos anos anteriores, dos conflitos históricos e da disputa das forças políticas, a Constituição Federal de 1988 estabeleceu as máximas orientações para o sistema de saúde que se estruturaria ao longo das décadas posteriores. Entre as máximas orientações constitucionais está o fundamento jurídico do princípio da universalização da saúde. Assim, o Artigo 196 estabelece que a saúde é “direito de todos e dever do Estado”. Atribui-se direta e inequivocamente ao Estado a responsabilidade por organizar o cuidado com a saúde individual e coletiva. A partir do Artigo 198 são instituídos os trilhos sobre os

quais o Sistema Único de Saúde (SUS) será conduzido de forma integrada por todos os entes federados. Será descentralizado, provedor de atendimento integral, priorizará a prevenção e observará a participação da comunidade, financiado com recursos do orçamento da seguridade social de todos os entes federados. No Artigo 198 e os demais a seguir, a Constituição prevê diversas regras mais analíticas da saúde pública e sua integração com a saúde privada. Mas em essência, determina que: será o poder público o responsável pela saúde da população.

Do processo histórico que decorre a Constituição Federal de 1988, e com esteio nela, também se originou a Lei Orgânica da Saúde (LOS) - Lei federal 8.080 de 1990 - cujas determinações, combinadas com as lutas sociais, criaram condições para que a saúde se constituísse de direito como uma política pública. Nesta perspectiva, a LOS atinge todo o território nacional e as pessoas de direito público e privado que trabalhem na área da saúde. Ao detalhar a Constituição, a LOS estabelece que é dever do Estado formular e implementar políticas sociais que visem a redução de riscos à saúde, mas também políticas econômicas com o mesmo objetivo. Ainda, a LOS estabelece uma visão mais ampla da saúde em seu Artigo 3º, ao reconhecer que condições de moradia, alimentação, saneamento, trabalho, renda, transporte, educação e lazer impactam na saúde individual do cidadão. Deste modo, a LOS aprofunda o processo de universalização.

Para regulamentar a participação comunitária definida na Constituição Federal de 1988, a LOS intercala a estrutura administrativa com conselhos, especificamente o Conselho Nacional de Saúde (Artigo 12), que coordena comissões intersetoriais articuladoras de políticas de saúde, além de atribuir ao conselho a função de controle social sobre o gasto público e orientação da população. Sendo assim, o SUS nasce ligado à universalização, como um conceito amplo de saúde, resultado de um conjunto sistêmico de variáveis mutuamente influenciadas, às vezes condicionantes da saúde, outras vezes determinantes.

2 O SUS E O FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Definido pela Constituição como um conjunto de ações e de serviços de saúde prestados por órgãos públicos da administração direta e indireta de todos os entes federados (embora a iniciativa privada possa participar de forma complementar), o SUS tem na Lei Federal 8.080 de 1990 a base de sua regulamentação, complementada por dezenas de portarias criadas e modificadas ao longo dos anos de existência. Por determinação constitucional, o SUS deverá ser descentralizado, prover atendimento integral com prioridade preventiva, gerenciado com participação da comunidade e financiado mutuamente por todos os entes. Embora a responsabilidade administrativa do SUS seja de apenas um órgão por ente federado (Constituição Federal de 1988, Artigo 7º, inciso IX), a gestão é pactuada de forma colegiada, considerando as responsabilidades de cada ente federado, o cofinanciamento e a atuação em rede.

Todavia, foi na Lei Federal 8.080 de 1990 que se regulamentou o *caput* do Art. 198 da Constituição, que resultou, assim como a própria Constituição, da então recente VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), cuja intensa participação social e dos trabalhadores da saúde deu mais força às reivindicações de universalização. Deste modo, a lei oficializou os pressupostos político-ideológicos do Movimento da Reforma Sanitária (MARTINS et al, 2008). No § 1º do Artigo 1º da referida lei, ficou definido o caráter universalista da atenção à saúde no Brasil, ao garantir condições que assegurem o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Embora seja definido como dever do Estado, o dever de garantir a saúde é também da família, das empresas e da sociedade.

Dessa mesma atmosfera derivaria o papel central que o SUS daria aos conselhos. Além de um sistema federativo de saúde, o SUS instalou no país uma noção específica de controle social e participação popular através dos Conselhos de Saúde instituídos no nível municipal, estadual e federal. São órgãos coletivos e permanentes formados por cidadãos, profissionais da área da saúde, instituições governamentais e prestadores de serviços de saúde, compostos por membros da sociedade civil em igual número à soma dos representantes do governo, profissionais da saúde e prestadores de serviço (COELHO, 2007).

Dessas características derivam duas dificuldades de análise inerentes ao SUS. A primeira delas é de que o SUS está vivo, pois como fruto de um denso processo histórico não foi finalizado pela Constituição, nem pelas normas que se seguiram à década de 1990.

Diversas normativas, por exemplo, são dos anos 2013 e 2014. Deste modo, é preciso considerar o SUS resultado de um processo histórico anterior, mas também resultado de limitações e imposições da realidade atual, de modo a afirmar que o Sistema possui grandes marcos legais, mas que são modificados constantemente. Embora diversas normas distribuam responsabilidades entre os entes federados, por se constituir um sistema único, o SUS é uma tentativa justamente de transpor as barreiras federativas, articulando os entes, já que a saúde não respeita fronteiras. A imposição dessa realidade leva a uma constante criação de outras normas que forçam uma sobreposição entre as funções dos diversos entes.

Neste sentido, é perfeitamente possível afirmar em acordo com os Artigos 16, 17 e 18 da Lei Federal 8.080 de 1990 que cabe à União coordenar e definir diretrizes de saúde; aos estados, cabe coordenar e executar, em caráter complementar, o sistema de saúde, gerir sistemas de alta complexidade, descentralizar os serviços de saúde para os municípios, além de apoiá-los técnica e financeiramente. Aos municípios, cabe executar os serviços públicos de saúde. No entanto, pode-se perguntar: os estados, ou mesmo a União, poderiam executar serviços elementares de saúde? Os municípios poderiam manter hospitais de alta complexidade? Em tese, sim. O Parágrafo único do Artigo 16 da Lei Federal 8.080 de 1990 possibilita à União executar diretamente serviços necessários à vigilância epidemiológica e sanitária quando as circunstâncias exigirem. Já o inciso II do Artigo 18 da mesma lei ordena que os municípios participem do “planejamento, programação e organização da rede regionalizada”, que é atribuída ao nível estadual pelo Artigo anterior. Portanto, a coordenação e planejamento da saúde são realizados por todos os entes, em seus âmbitos específicos e também nos comitês intergestores, nos níveis estadual e federal. A execução fica prioritariamente sob responsabilidade dos municípios e tanto a execução, quanto o planejamento suplementar, ficam sob responsabilidade dos estados. Contudo, vale destacar que ao longo de mais de vinte anos de regulamentações, multiplicaram-se as exceções à regra.

A segunda dificuldade inerente à análise do SUS, e por conseguinte de seu orçamento, diz respeito ao complexo sistema de financiamento conjunto. Todos os entes custeiam procedimentos para um mesmo paciente, às vezes em um mesmo período e referente a um mesmo problema de saúde. De modo que, para se estudar o sistema de financiamento do SUS, é imprescindível que se “desça” ao seu nível operacional. A complexidade é financeira e orçamentária, mas também administrativa, pois o que diferenciará se um determinado procedimento de saúde será ou não custeado pelo município ou pelo estado não é o prédio

onde é executado, o cidadão paciente, ou mesmo o vínculo do profissional que executa o procedimento, e sim uma matriz resultante de inúmeras normas que regulamentam o SUS. Em outros termos, um determinado cidadão que sofra um acidente de trânsito poderá ser atendido em um posto de saúde e encaminhado para um hospital, onde os diversos procedimentos de saúde serão registrados e divididos, conforme diversos critérios e normas entre os entes federados. Estes critérios serão explicados à frente.

2.1 Visão administrativa: Planejamento, organização, execução e controle

O SUS pode ser compreendido como uma grande organização, composta por todas as secretarias municipais e estaduais de saúde, todos os hospitais, da menor unidade básica do menor município do país até o Ministério da Saúde. Uma infinidade de órgãos públicos, equipamentos e equipes, que atravessam fronteiras federativas e administrativas, estruturados sob a forma de pactuação.

Embora exista um debate em andamento sobre a aplicabilidade de determinadas teorias administrativas ao trabalho da saúde em contextos específicos (PAIVA et al, 2010; MATOS e PIRES, 2006), neste trabalho utiliza-se o mais básico ensinamento da Teoria Geral da Administração e, provavelmente, o menos polêmico, a julgar pela sua elementaridade: as funções básicas da administração. Embora variem de nomenclatura, é possível afirmar que existem quatro grandes funções: planejamento, organização, direção e controle.

Conforme Chiavenato (2014), o planejamento é a atividade que define missões, formula objetivos e define planos. Organizar é dividir o trabalho, designar atividades, alocar recursos, definir autoridades e responsabilidades. Dirigir é coordenar pessoas e esforços, comunicar, motivar, liderar, orientar, também chamada por outras escolas de “função de execução”. Por fim, o controle diz respeito à definição de padrões, monitoramento de desempenho, avaliação de desempenho e execução de ações corretivas.

No SUS, as atividades de planejamento, organização, controle e direção (ou execução) são realizadas por inúmeros grupos e instituições. Logo, no caso do SUS, o “administrador” não é uma pessoa só, um governante, mas o conjunto secretarias de saúde ao dirigir pessoas, os conselhos de saúde ao controlar e autorizar planejamentos, os próprios tribunais de contas na função de controle e o legislativo, ao definir missões e objetivos.

Para efeitos de análise, o SUS será dividido em suas funções Planejamento, Organização, Execução e Controle, sempre com o enfoque orçamentário.

2.1.1 Planejamento no SUS

Há um amplo processo de contratualização e planejamento no SUS, chamado de Programação Pactuada e Integrada (PPI) com fortes impactos orçamentários. Ele acontece de forma ascendente, conforme a Portaria MS 1.097 de 2006, estabelecendo objetivos, metas e prioridades do nível municipal para o estadual e, deste último, para o federal. As etapas de pactuação são caracterizadas como: Etapa Preliminar de Programação, Programação Municipal, Pactuação Regional e Consolidação da PPI Estadual. A partir da consolidação das metas e prioridades no nível federal inicia-se o movimento contrário, do âmbito federal para o estadual e municipal, estabelecendo-se limites para repasses financeiros (tetos) e provisionando-se recursos, todos pactuados nas comissões intergestores, conforme a Norma Operacional Básica (NOB 1 de 1996, p.17).

Para a garantia de acesso entre os entes, são assinados Termos de Compromisso que estabelecem metas de atendimentos e metas orçamentárias para que uma unidade de saúde de um ente (unidade de referência) atenda outra. Por exemplo: na região de Campinas os municípios pactuam com o estado o atendimento de especialidades e diagnósticos que não dispõem em suas redes municipais, direcionando parte destes atendimentos à Universidade Estadual de Campinas, que mantém um hospital regional. Por outro lado, a Prefeitura de Campinas pode pactuar com a Prefeitura de Paulínia, sua vizinha, a utilização de leitos no hospital municipal (Portaria MS 1097 de 2006, Artigo 3º, § 1º). Deste modo, são estabelecidas as redes. Por exemplo: há redes de cardiologia, que contam com médicos da rede básica nos municípios, equipamentos de diagnóstico no hospital da cidade vizinha e médicos cirurgiões em outra cidade (Portaria MS 1.097 de 2006, Artigo 3º, inciso VI).

Os limites financeiros da assistência por município devem ser definidos globalmente em cada estado a partir da aplicação de critérios e parâmetros de programação ambulatorial e hospitalar, respeitando o limite financeiro estadual, e a definição de referências intermunicipais na PPI. Dessa forma, o limite financeiro por município deve ser gerado pela programação para o atendimento da própria população, deduzida da necessidade de encaminhamento para outros municípios e acrescida da programação para atendimento de referências recebidas de outros municípios (NOB 1 de 1996, p. 17).

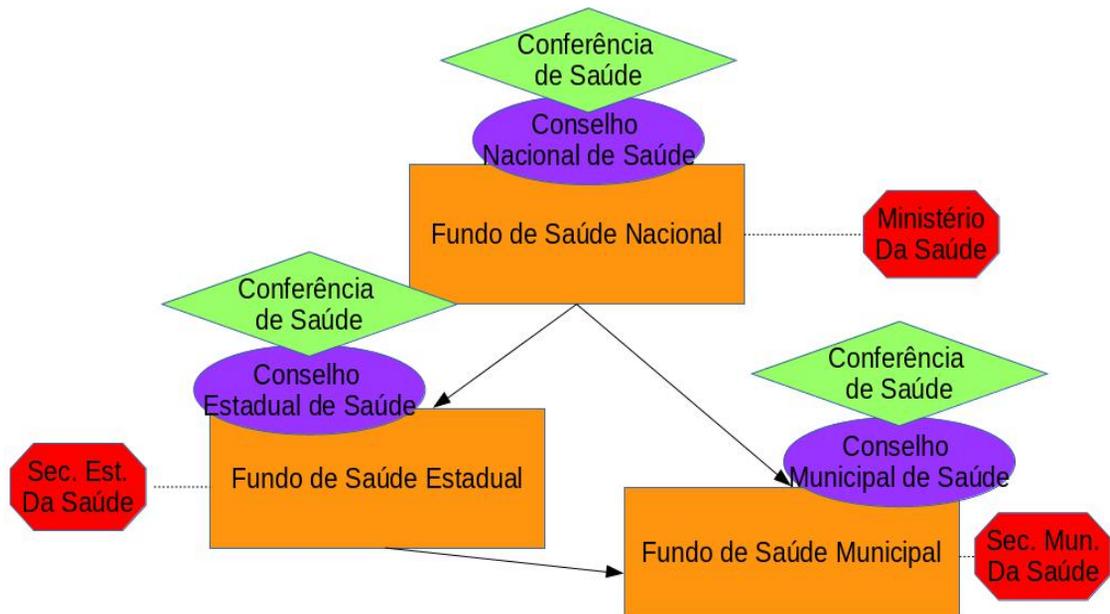
A pactuação de programas e projetos entre os entes federativos é feita por meio das comissões intergestores e são de dois tipos: a bipartite, em nível estadual, integrada pelas Secretarias Municipais de Saúde e pela Secretaria Estadual de Saúde do respectivo; e a tripartite, composta pelo Ministério da Saúde, pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). Em geral, as comissões intergestores decidem os aspectos de articulação do planejamento, que em princípio funciona de forma ascendente, do nível mais detalhado para o mais agregado, dos municípios para a União (NOB 1 de 1996, p. 9).

2.1.2 Organização no SUS

Organização é a distribuição de responsabilidades e autoridades. De forma geral, significa basicamente definir o “organograma” e implantar os diversos modelos possíveis de organização. No caso do SUS, há diversas entidades que precisam ser compreendidas por integrarem o seu “organograma”: as secretarias de saúde, o Ministério da Saúde, os Fundos de Saúde, os Conselhos, entre outras. Além dessas, há regras gerais quanto às responsabilidades e aplicação em relação aos recursos do SUS, que são agrupadas nos Blocos de Atenção.

Nesta dissertação de mestrado, serão analisadas as organizações que impactam diretamente a estrutura do orçamento e da execução orçamentária, especialmente a organização do orçamento público e sua hierarquia interna. No entanto, para uma visão geral, é imprescindível a análise da *Figura 1*. As Conferências de Saúde são os órgãos mais altos na hierarquia do SUS, do ponto de vista do seu planejamento e normatização mais genérica. São as conferências, tanto nacional quanto estaduais e municipais, que delimitam as diretrizes gerais da saúde em seus âmbitos. Os Conselhos de Saúde são responsáveis por representar a população e fiscalizar a implementação da política de saúde definida nas conferências. O Fundo de Saúde, como será explicado à frente, é o “órgão” central do SUS, em cada nível federativo. São os fundos que reúnem os recursos do SUS e são fiscalizados pelo Conselho de Saúde.

Figura 1 – Organização simplificada do SUS



Fonte: Elaborado pelo autor

Por fim, a administração direta, representada pelo Ministério da Saúde e pelas secretarias municipais e estaduais, age como coordenadora e executora das políticas de saúde através do Fundo de Saúde, em conjunto com os conselhos. É importante ressaltar que a administração direta é responsável por garantir a correta execução da despesa pública, conservando a discricionariedade, limitando assim, o pleno controle deste Fundo pelos conselhos de saúde. Nesse aspecto, a administração “trava” o conselho de saúde quando deseja obter pleno controle sobre o fundo de saúde.

Uma visão mais adequada, na prática, é que embora os conselhos possuam uma série de prerrogativas sobre os fundos de saúde, o processo de execução das despesas fica sob o crivo técnico da administração direta. Assim, há um sistema de freios e contrapesos entre a administração direta e seu respectivo conselho. O conselho pode priorizar despesas e planejamento, a administração mantém prerrogativas sobre a execução e, posteriormente, o conselho fiscaliza a execução. Em uma analogia, o conselho funciona como um Poder Legislativo, que legisla, aprova e fiscaliza o orçamento, já a administração continua como Poder Executivo, cumprindo as funções de execução.

2.1.2.1 Fundo de Saúde

Do ponto de vista orçamentário, no caso federal, o Ministério da Saúde tem apenas o Fundo Nacional de Saúde (FNS) como unidade orçamentária da administração direta. Isso significa que nenhuma despesa do Ministério pode ser executada fora do fundo. Para além da questão orçamentária, o Fundo Nacional de Saúde é também uma unidade contábil, financeira e setorial de planejamento. Em outras palavras, o Fundo Nacional de Saúde tem características de uma entidade quase autônoma, mas dentro da administração direta.

O Fundo Nacional de Saúde foi instituído em 1969, no entanto, a normativa foi revogada e atualmente encontra-se em vigor o Decreto Presidencial 3.964 de 2001. O Fundo é uma forma de centralização e coordenação de recursos da saúde (estaduais e municipais tendem a ser bastante parecidos). Recebe recursos no orçamento, bem como outros previstos na legislação (Decreto 3.964 de 2001). É administrado por um diretor executivo, que coordena todas as atividades de planejamento e execução orçamentária do órgão. Tecnicamente é uma unidade setorial do sistema de planejamento federal, com natureza orçamentária, financeira e contábil que gerencia todos os recursos da saúde (Decreto 3.964 de 2001, Artigo 9º). Possui também um Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) especial (Receita Federal, Instrução Normativa Nº 1470/2014, Artigo 4º inciso X), que permite abertura de contas financeiras em bancos separados do CNPJ matriz. Pela Portaria MS 412 de 2013, o Ministério da Saúde abre contas automaticamente em instituições bancárias oficiais para os repasses de recursos aos municípios e estados.

No nível municipal, por gerenciar os recursos da saúde, os fundos acabam reunindo também as receitas da saúde. Além das contas bancárias abertas para os fundos receberem as recursos de outros entes, também recebem as transferências do próprio ente federado (recursos próprios). Neste caso, como as despesas de saúde devem ser pagas sempre com o fundo, o município é obrigado a transferir recursos de suas contas movimento para as contas do Fundo Municipal de Saúde (FMS). Em São Paulo, o Tribunal de Contas do Estado de São Paulo (TCE-SP) regula tal mecanismo através da normativa do Projeto AUDESP (Estrutura Contábil Principais Aspectos, 2006).

A título de exemplo, um município que deve pagar determinado fornecedor de medicamentos da saúde no dia seguinte, mas não possui recursos em nenhuma conta referente às transferências federais ou estaduais que possam ser utilizados (assistência

farmacêutica, por exemplo). O Prefeito, então, poderá realizar uma transferência de uma conta municipal (Imposto Predial e Territorial Urbano - IPTU, conta movimento ou a transferências do Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores - IPVA, entre outras) para uma conta movimento do Fundo Municipal de Saúde. Em seguida, emite-se um “cheque” do Fundo Municipal de Saúde para o fornecedor, para extinguir o compromisso.

É preciso ressaltar que, embora aparente ser a intenção dos legisladores, a independência do Fundo de Saúde não se tornou absoluta, pois existem diversos princípios que a relativizam a autonomia dos fundos, como unidade de caixa, unicidade de tesouraria, dependência dos procedimentos de contabilidade e controle interno. Além disso, nem todos os entes possuem o fundo constituído.

Como se percebe, na discussão da estrutura financeira e orçamentária, os Fundos possuem posição central, confundindo-se com a própria função saúde. Logo, o Fundo será utilizado mais especificamente para transferências financeiras. Na esfera orçamentária será utilizada a visão mais generalista por ministério ou secretaria de saúde, considerando que, na prática, no nível federal, por exemplo, o Fundo Nacional de Saúde é uma unidade orçamentária dentro do Ministério da Saúde (LOA 2016 da União), tal qual a Hemobrás, a Fiocruz, Funasa, a Anvisa e a ANS, constituindo o Fundo a síntese da administração direta.

Em síntese, pode-se afirmar que o Fundo de Saúde é um CNPJ que possui diversas contas bancárias e que pode ser administrado diretamente pela Secretaria de Saúde do ente. Além disso, representa uma unidade orçamentária no nível federal. Uma visão possível, conforme a *Figura 2*, é que o Fundo é composto de diversos “grupos de contas”, que indicam, indiretamente, os blocos de atenção em saúde.

Figura 2 – Fundo de Saúde e Blocos de Atenção

Fonte: Elaborado pelo autor

Em tese, as diversas contas correntes bancárias deveriam estar subordinadas ao Fundo de Saúde. Entre essas contas, podem existir contas de convênios, por exemplo, que estariam alocadas no bloco de investimentos. Estas contas referentes aos convênios, no entanto, não necessariamente precisariam estar representadas em um bloco contábil no orçamento que chamasse “investimentos”. Este debate, nomenclaturas e ajustes devem ser realizados no âmbito dos conselhos e da administração na ocasião do planejamento, em cada ente, para garantir as adaptações necessárias.

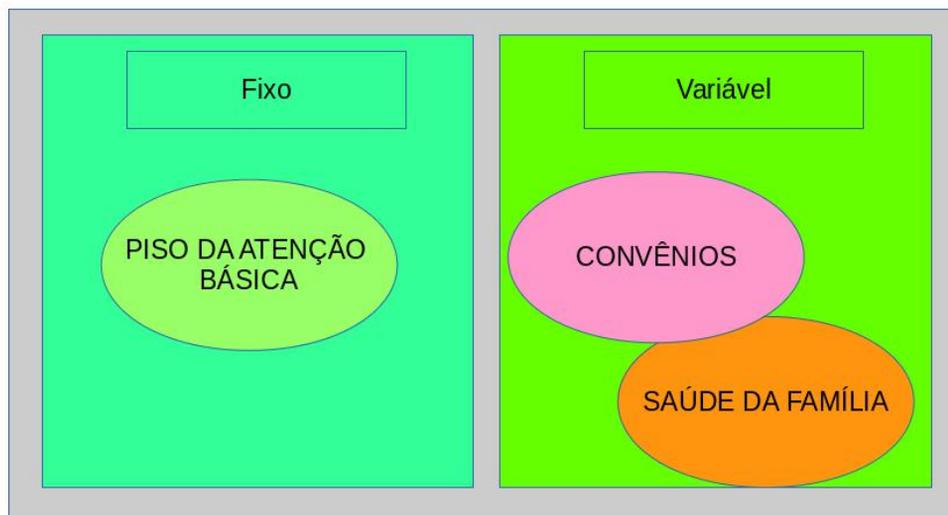
Em outros termos, não é exigida plena correspondência entre os blocos de atenção, as contas bancárias, o Fundo de Saúde e os blocos e órgãos no orçamento, mas são aspectos desejáveis na medida em que puderem contribuir para a transparência das contas públicas. No entanto, como se verá na terceira parte, o planejamento detalhado dificulta a execução, mas ressalte-se: isso deverá ser acordado por cada administração e por cada conselho, considerando as suas limitações técnicas e financeiras para gestão da saúde. Nesses termos, o Fundo é mais do que uma unidade contábil, financeira ou administrativa. O Fundo possui

natureza intrinsecamente política, e essa visão mais abrangente é extremamente necessária para que se escape aos tecnicismos. Deste modo, conforme veremos adiante neste trabalho, percebe-se que os Fundos de Saúde assumem diversos níveis de amadurecimento e evolução, como resultado de um embate político e histórico entre os atores que o influenciam.

2.1.2.2 Blocos de Financiamento: Visão Geral

Cada “bloco” de financiamento é dividido em diversos “componentes”. Cada componente possui diversas regras que definem como serão calculados os recursos, repassados aos municípios e como estes recursos poderão ser gastos. Como exemplo, segue a *Figura 3* que demonstra de formas simplificada como se organiza o Bloco da Atenção Básica. Este bloco é dividido em diversos componentes, que podem ser agrupados em duas classes: os componentes fixos e os componentes variáveis.

Figura 3 – Bloco de Atenção Básica



Fonte: Elaborado pelo autor

O Ministério da Saúde define, por meio da Portaria MS 204 de 2007, os seguintes blocos de financiamento do SUS:

- I - Atenção Básica;
- II - Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar;
- III - Vigilância em Saúde;
- IV - Assistência Farmacêutica;

V - Gestão do SUS; e

VI - Investimentos na Rede de Serviços de Saúde.

Já o Ministério do Planejamento, na Portaria MPOG 42 de 1999, define a função “10” como a saúde, com as seguintes subfunções:

301 - Atenção Básica;

302 - Assistência Hospitalar e Ambulatorial;

303 - Suporte Profilático e Terapêutico;

304 - Vigilância Sanitária;

305 - Vigilância Epidemiológica; e

306 - Alimentação e Nutrição.

Como é possível perceber, ao se comparar os blocos de financiamento definidos para o SUS com as subfunções definidas para o orçamento da União, ainda que haja uma proximidade entre os blocos de financiamento e as subfunções orçamentárias, a correspondência não é exata.

Além disso, há outras subfunções não típicas da saúde dentro da função saúde, uma vez que pela Lei Complementar Federal 4.320 de 1964 é possível combinar qualquer função com qualquer subfunção, como “saúde” (função) e “administração geral” (subfunção), por exemplo.

Ainda no caso federal, conforme a apresentação do Projeto de Lei Orçamentária Anual (PLOA) 2016, em sua página 30, o orçamento federal da saúde é composto da seguinte forma:

Tabela 1 - Blocos de financiamento do SUS PLOA 2016 da União

Grupo de despesa	Valor (bilhões de R\$)
Atenção básica (repassados aos outros entes)	10,9
Média e alta complexidade	36,8
Urgência e emergência:	2,8
Construção de unidades de pronto atendimento (UPA)	102
Assistência farmacêutica	10,1
Vigilância Epidemiológica	6,4
Total previsto no orçamento:	100,9

Fonte dos dados: Portal do Orçamento Federal ¹³

Curiosamente, ao se comparar o PLOA 2016, a Portaria 42 do Ministério do Planejamento e a Portaria 204 do Ministério da Saúde, percebe-se que a portaria que define os blocos do SUS difere da portaria que define as subfunções do orçamento, e o próprio orçamento de 2016 da União difere das duas portarias.

Se tais descolamentos e incongruências entre legislação e orçamento acontecem no nível federal, que é subordinado exatamente à mesma legislação, maiores ainda seriam os descolamentos e incongruências em relação aos orçamentos estaduais e municipais, que podem elaborar legislações diferentes e mais específicas em diversos casos.

Uma das hipóteses para tal ocorrência é que, deste modo, haja maior liberdade na elaboração do orçamento e sua execução pelos entes. Assim, aparentemente, a consolidação das informações orçamentárias do SUS - a junção entre blocos de financiamento e seus respectivos gastos - ficaria para um terceiro momento após a execução dos orçamentos. Este terceiro momento seria a função administrativa “controle”, executada no âmbito do poder Executivo especificamente através do Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS), descrito a frente.

¹³<http://www.orcamentofederal.gov.br/clientes/portalsof/portalsof/orcamentos-anuais/orcamento-2016/loa/loa-2016-volume-ii.pdf> - Volume II – Anexos. Acessado em 17/01/2017.

2.1.2.3 Organização do orçamento público

De forma conceitual, pode-se dizer que o orçamento público no Brasil é um conjunto de leis criadas e aprovadas por cada ente federado, individualmente, que orientam a arrecadação e o gasto público ao longo de um exercício. É preciso compreender também que o orçamento público é reflexo da administração pública, em sua organização, tamanho, complexidade, e seus objetivos. Se uma prefeitura cresce em número de funcionários, o orçamento deverá ter aumentado de valor total por uma questão lógica: se não houvesse previsão de crescimento da receita ao longo dos anos, a prefeitura não poderia ter aberto concurso e nomeado novos funcionários.

Em outro sentido, se um governo tem muitos objetivos a alcançar, a tendência é que apareçam muitos objetivos no planejamento, por conseguinte nas peças orçamentárias. Não se trata de uma relação linear, mas de uma tendência. Logo, quanto menos adequadamente capacitada para elaborar orçamentos a administração pública estiver, mais o orçamento tenderá a se deslocar da realidade da administração. Portanto, o orçamento é um espelho da administração pública, um resultado que depende do trabalho de planejamento, execução e controle.

Por essa breve problematização, percebe-se que o orçamento espelha não só a estrutura da administração pública, mas também é resultado dos debates sobre quais devem ser as funções da administração, do governo. É fruto também do debate em torno da área pública. Se o orçamento é resultado de como se organiza a administração pública, o orçamento da saúde pública conterà seus próprios dilemas e características.

Considerando estes aspectos do orçamento público, como deveria ser um orçamento da saúde no nível municipal?

A saúde pública não é gerenciada de forma isolada, mas a partir de um complexo de proteção social. O orçamento da saúde e seus programas deveriam ser planejados de forma integrada com a previdência e a assistência, por reflexo da histórica dependência da saúde em relação à previdência e opção constitucional - tratada na primeira parte deste trabalho - e também pela proximidade das funções saúde e assistência social.

Uma referência natural para os orçamentos do setor público é o orçamento da União. Embora os municípios não precisem obedecer a qualquer modelo federal, em função da autonomia organizativa municipal, trata-se de uma referência técnica já que diversos sistemas de prestação de contas são obrigatórios para municípios e estados, como a consolidação de

contas nacionais da Secretaria do Tesouro Nacional (STN), o Sistema de Informações Contábeis e Fiscais do Setor Público Brasileiro (SICONFI), o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Educação (SIOPE) na educação e o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) na saúde. Além destes, é preciso ressaltar o Plano de Contas Aplicado ao Setor Público (PCASP) que determina uma organização comum aos orçamentos de todos os entes, no entanto, é de maior relevância na Contabilidade Pública, por tanto de nível mais operacional do que se propõe este trabalho, não justificando incursões mais aprofundadas.

Outro fator determinante dos orçamentos da saúde são alguns códigos e normativas especificados pelos tribunais de contas a que se submetem às administrações. Desta forma, a título de exemplos, algumas regras do orçamento da Prefeitura de São Paulo são definidas pelo Tribunal de Contas do Município de São Paulo, algumas regras do orçamento dos municípios de Morungaba e Campinas são definidas pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo e algumas regras do orçamento da União são definidas pelo Tribunal de Contas da União. Deste modo, é impossível estudar todas as regras orçamentárias de todos os estados e municípios do país de uma forma comparativa.

Assim, será apresentada a estrutura do orçamento da saúde federal, com base no Manual Técnico do Orçamento Federal (MTO 2016), como paradigma e referência de orçamento “ideal” para que, na terceira parte, se possa avaliar a estrutura dos orçamentos de Campinas e Morungaba.

O orçamento é composto pela receita e pela despesa (e pelas normas gerais ou específicas sobre suas execuções e controles), sendo a despesa o aspecto mais complexo do orçamento. É na despesa em que mais se detalha o orçamento, pois ela representa o que será feito com o dinheiro público. No que diz respeito à receita, não obstante seja menos complexa em nível de classificação orçamentária, quando relativa à saúde, é preciso adentrar a seara não só da classificação e composição do orçamento, mas também o funcionamento do SUS como um todo e seu sistema federativo de financiamento da saúde.

No nível federal há três orçamentos: fiscal, de investimento e da seguridade. O orçamento de investimento sintetiza o orçamento das empresas estatais não dependentes, mas controladas pela União direta ou indiretamente. Já o orçamento fiscal compreende todos os poderes e suas entidades de administração direta e indireta. O orçamento da seguridade, no contexto constitucional, é o conjunto integrado de ações do poder público e da sociedade, destinado a assegurar direitos relativos à saúde, previdência e assistência social (Constituição

Federal de 1988, 1988, Art. 194). Seu orçamento e programas são planejados de forma integrada com a previdência e assistência, reflexo da histórica dependência da saúde em relação à previdência social, opção constitucional pela natural proximidade das funções saúde e assistência social.

A Constituição, no seu Artigo 165, inciso III, § 4º, estabelece que os Planos de Desenvolvimento Econômico e Sociais (PDES) devem ser elaborados em consonância com o Plano Plurianual (PPA). Em outras palavras, a peça intermediária entre os planos de longo e de curto prazo é o PPA, que, elaborado no primeiro ano de mandato do agente político eleito, estabelece diretrizes, objetivos e metas para administração nos quatro anos posteriores, incluindo o primeiro ano do próximo governo. Em especial, define as despesas de capital (despesas não efetivas) e outras delas decorrentes para os quatro anos. Isso significa que qualquer criação ou ampliação pelo governo no decorrer do mandato, com impactos qualitativos no patrimônio público, deverá ser especificada no PPA. Deste modo, é possível afirmar, por interpretação da Constituição, que o PPA dialoga com os planos de longo prazo, condicionando-os e sendo por eles condicionado. Em outras palavras, o PPA é uma síntese entre o plano político e o plano institucional.

Como técnica geral orçamentária, utiliza-se por força legal o Orçamento Programa. Ele fora estabelecido na Lei Federal 4.320/1964, que previu o plano trienal de investimentos e definiu mecanismos para o acompanhamento de programas, mas foi só após a promulgação da Constituição de 1988 que obteve mais consistente aplicação, em especial após a Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar Federal 101 de 2000).

A Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) estabelece as metas e prioridades para o exercício a que se refere. Dá especial destaque para a análise das metas fiscais (resultado primário e nominal, endividamento público e crescimento do patrimônio público), partindo de uma análise crítica sobre a metodologia das metas fiscais estabelecidas para os anos anteriores e a medida de tais metas. Além disso, trabalha com metas para o ano a que se refere e aos dois posteriores (Constituição Federal de 1988, Art. 165, § 2º). Ela também faz previsões gerais relacionadas aos riscos fiscais e estabelece a reserva de contingência sobre um percentual da Receita Corrente Líquida, voltada para o amortecimento dos impactos inflacionários e demais riscos fiscais sobre as receitas e despesas públicas, além de adiantar outras normas gerais, como por exemplo, regras para transferências às entidades não governamentais e previsões gerais sobre futuras renúncias de receita.

Ademais, a LDO cumpre tudo o que a Lei Orçamentária Anual (LOA) não pode cumprir em função do princípio constitucional da Exclusividade (Constituição Federal de 1988, Artigo 165, § 8º). Por este princípio a LOA pode dispor exclusivamente sobre matéria orçamentária, como a fixação da despesa e previsão da receita, mas há exceções ao princípio, como a autorização de suplementação e a autorização para realização de operações de crédito. Logo, é na LDO que todas as outras especificações e estudos ficam dispostos.

No âmbito Federal, a LDO é enviada 8,5 meses (15 de abril) antes do final do exercício para o Legislativo e a LOA 4 meses antes (30 de agosto). Mas em muitos municípios a LDO é enviada junto com a LOA para o legislativo, em meados do segundo semestre. Isso acontece porque a Constituição estabelece os prazos para a União e as Leis Orgânicas Municipais e constituições estaduais não são obrigadas a copiarem exatamente estes prazos, pelo conhecido princípio do paralelismo constitucional. Então nos municípios e estados cada caso precisa ser estudado separadamente para se estabelecer os prazos. Este exemplo dos prazos sobre o Ciclo Orçamentário traz a tona a complexidade do sistema federativo brasileiro, que se estende para todas as áreas, assim como para a área da saúde e seu financiamento. A Constituição é bastante analítica, detalhada, e, assim sendo, impõe a mesma complexidade às constituições estaduais e leis orgânicas municipais.

2.1.2.3.1 A despesa

Há dois grandes grupos de classificação da despesa: o qualitativo e o quantitativo. O qualitativo descreve o que será feito, a quantitativo descreve quanto será gasto.

Suponha que a União planeje construir na região sudeste do país uma série de centros de treinamento para agentes comunitários de saúde. No PPA federal seria criado o programa “Construção de Centros de Treinamento de Agentes Comunitários - Sudeste” com um valor de R\$ 30 milhões ao ano, por exemplo, nos quatro anos de validade do PPA.

A União seria então obrigada, a cada ano de validade do PPA, apresentar ao Congresso um orçamento da seguridade social contemplando este programa.

Caso Campinas ou Morungaba quisesse participar desse programa federal e construir um destes centros de treinamento de agentes comunitários em seus territórios, seria necessário que os referidos municípios tivessem em seus PPAs e orçamentos um programa e uma despesa que pudessem ser enquadrados no programa federal, além de apresentarem seus

projetos às instâncias do SUS (pactuação). Se aprovadas, o governo federal repassaria aos municípios os recursos para a construção.

Vale destacar que não é necessário que os municípios possuam um programa com a mesma nomenclatura do programa federal, mas um programa na Secretaria de Saúde do município que abranja esse tipo de ação. Poderia ser uma ação, por exemplo, “Construção de Unidades para Capacitação de Servidores Públicos”, porque esta abrangeria aquele tipo de ação, dentro de um programa “Ampliação da Rede de Saúde”. Um aspecto interessante verificado na prática é que estes nomes de programas e ações variam bastante e até mesmo na União são, muitas vezes, excessivamente abrangentes e genéricos, o que eventualmente pode impactar na transparência, uma vez que o cidadão não conseguiria identificar com clareza o objeto ou temática do programa ou da ação.

Logo, o ente federado que envia o “dinheiro” para outro ente federado tem uma classificação desse “dinheiro”, o ente federado que recebe o recurso precisa executar a despesa (empenhos, licitações e pagamentos) em uma classificação qualitativa (e quantitativa, conforme se verá à frente) que seja permitida pelo ente que enviou o recurso. Por essa razão, o SUS adquire tamanha complexidade, pois é fundamental no sistema de coordenação executiva federativo brasileiro a absorção da multiplicidade organizativa dos entes federados e seus órgãos, suas peculiaridades. Por outro ângulo, como o município depende das regras de quem envia o “dinheiro”, é preciso analisar o modo de envio (regras da União e SUS) para compreender a aplicação no nível municipal (Campinas e Morungaba).

O exemplo dos centros de treinamento trata de um programa federal que seria executado por convênio (transferência voluntária), por isso necessitaria de um projeto específico dos municípios apresentado ao governo federal. No entanto, as despesas dos blocos de atenção à saúde definidos em lei de Morungaba e Campinas (assim como qualquer município) recebem a maior parte dos recursos de forma automática (transferências obrigatórias) e, em alguns casos, também precisam prestar contas da utilização destes recursos.

Quadro 1 - Valores repassados à Campinas em 2016

Função	Ação Governamental	Linguagem Cidadã	Total no Ano (R\$)
Saúde	8761 - Custeio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - Samu 192	SAMU	3.940.100,00
Educação	0515 - Dinheiro Direto na Escola para a Educação Básica	PDDE	1.378.163,12
Saúde	8581 - Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde	Estruturação/DAB	2.369.498,12
Saúde	8933 - Estruturação de Serviços de Atenção às Urgências e Emergências na Rede Assistencial	Urgências	500.000,00
Saúde	8535 - Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde	Estruturação/DAE	1.483.535,00
Ciência e Tecnologia	14XT - Expansão das Instalações Física e Laboratorial do LNNano pelo Centro Nacional de Pesquisa em Energia e Materiais - CNPEM - OS		7.777.178,00
Ciência e Tecnologia	2113 - Fomento à Pesquisa e à Inovação Tecnológica (CT-Verde Amarelo)		1.213.369,19
Ciência e Tecnologia	2014 - Fomento a Pesquisa e Desenvolvimento em Áreas Básicas e Estratégicas		3.916.328,28
Ciência e Tecnologia	7N34 - Fomento à Pesquisa e Desenvolvimento em Áreas Básicas e Estratégicas		191.509,37
Trabalho	8274 - Fomento para a Organização e o Desenvolvimento de Empreendimentos Econômicos Solidários de Catadores Atuantes com Resíduos Sólidos		604.835,00
Encargos Especiais	0C33 - Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação - FUNDEB	FUNDEB	19.673.666,72
Encargos Especiais	0045 - Fundo de Participação dos Municípios - FPM (CF, art.159)	FPM - CF art. 159	46.430.982,42
Educação	12KU - Implantação de Escolas para Educação Infantil		3.339.284,16
Saúde	7833 - Implantação de Unidades e Centros de Alta Complexidade em Oncologia - UNACON e CACON	CACON	100.000,00
Desporto e Lazer	5450 - Implantação e Modernização de Infraestrutura para Esporte Educacional, Recreativo e de Lazer	Infraestrutura para Esporte Recreativo e de Lazer	150.000,00

Fonte: Captura de Tela do Portal do Orçamento Federal¹⁴

Para exemplificar, no *Quadro 1* é possível conferir alguns valores enviados pelo governo federal ao município de Campinas em 2016. A terceira linha descreve exatamente uma transferência de recurso que dependeu de um projeto de Campinas (Estruturação de Rede de Serviços da Atenção Básica da Saúde). Já a primeira linha (Custeio do SAMU), embora tenha dependido de projetos para a implantação do SAMU, agora é um repasse automático, de custeio. Mas em qualquer caso, Campinas deve ter em seu orçamento programas e demais classificações que possibilitem a execução das despesas em conformidade com as regras do envio dos recursos, mesmo no caso de repasses legais e automáticos, já que a não existência de contas e rubricas orçamentárias no Fundo de Saúde pode impedir a chegada desses recursos.

¹⁴<http://www.portaldatransparencia.gov.br/PortalTransparenciaListaAcoes.asp?Exercicio=2016&SelecaoUF=1&SiglaUF=SP&CodMun=6291&Pagina=3> Consulta em 10/01/2017

2.1.2.3.3 A receita

As receitas orçamentárias são de classificação muito mais simples que as despesas. São ingressos de recursos durante o exercício que ficam à disposição da administração. Assim como nas despesas, há diversos critérios de classificação das receitas.

Uma das mais importantes classificações, embora de nível mais operacional, é a por fonte/destinação, que será abordada em tópico próprio (MTO 2016, p. 20).

No que diz respeito à esfera orçamentária, a classificação das receitas segue a mesma lógica das despesas: orçamento fiscal, de investimento e de seguridade social, ressaltando-se que a saúde está inclusa no orçamento da seguridade social.

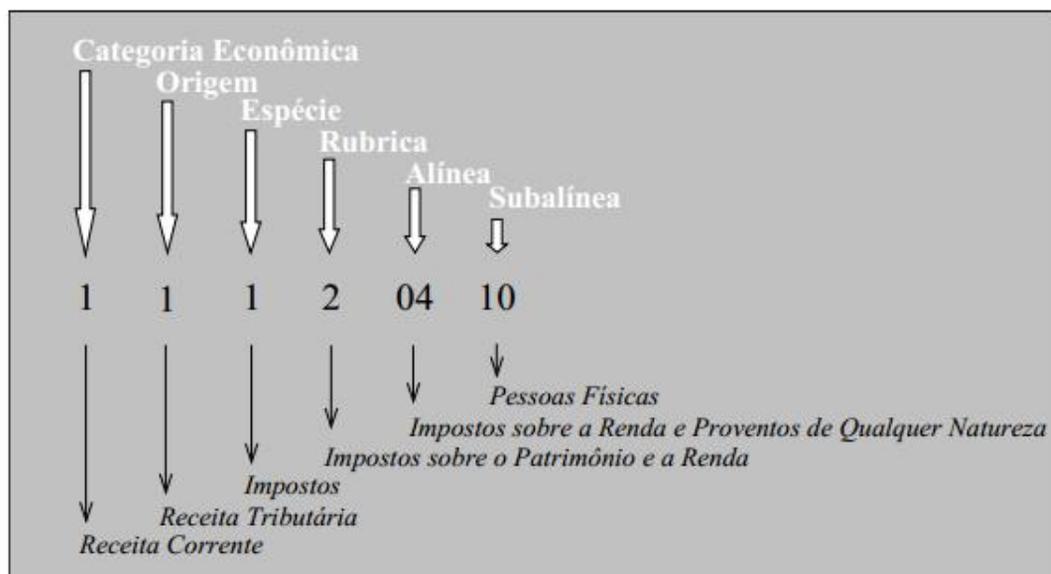
Praticamente a totalidade da receita da seguridade social advém da origem “contribuições”, espécie “contribuições sociais” e espécies Contribuição para Financiamento da Seguridade Social (COFINS), Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL), Contribuição para o Regime Geral da Previdência Social (RGPS), Contribuição para o Programa de Integração Social (PIS) e Contribuição para o Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PASEP), entre outras contribuições. Há também, em menor importância, receitas de serviços e patrimonial.

É importante destacar tal composição das receitas da seguridade porque, curiosamente, no nível municipal elas só existem se houver regime de previdência dos servidores públicos. Então em apenas uma parte dos entes federados aparecerá a receita da seguridade social. No entanto, poderiam ser diferenciados os repasses do orçamento fiscal ao orçamento da seguridade de uma forma clara. Há no âmbito técnico demonstrações de repasses intraorçamentários, mas são de difícil compreensão para quem é leigo em Finanças Públicas, de modo que deveriam implementar demonstrativos que evidenciassem esses repasses de forma transparente. Já as transferências de outros entes devem ser contabilizadas no orçamento da seguridade, mas nem sempre são.¹⁵

A identificação das receitas por natureza, mesmo para os municípios e estados, é estabelecida por portaria interministerial da Secretaria do Orçamento Federal. As receitas são classificadas do mais agregado para o mais detalhado, ou seja, Categoria Econômica, Origem, Espécie, Rubrica, Alínea e Subalínea, como ilustra a Quadro 2.

15 Embora existam relatórios que gerem essas receitas no orçamento da Seguridade, foi confirmado em contato com contadores de alguns municípios que não há vinculação interna ou prévia de qualquer receita ao orçamento da seguridade social, com exceção das receitas do regime próprio de previdência, quando há.

Quadro 2 - Classificação das receitas e Exemplo



Fonte: MTO (2015, p. 17)

Quanto à categoria econômica as receitas podem ser correntes (constantes, ocorrem todo mês) ou de capital (esporádicas, advindas de alienação de ativos ou destinadas a investimentos).

A Origem visa identificar a procedência da receita, como “impostos, taxas e contribuições de melhoria”, “contribuições”, entre outras para as receitas correntes e “alienação de ativos”, “operações de crédito”, entre outras para as receitas de capital.

A Espécie destaca o fato gerador da receita, dividindo a origem “contribuições”, por exemplo, em “contribuições sociais”, “contribuições econômicas”, entre outras.

Essencialmente, cada nível de classificação detalha o anterior assim como rubrica, alínea e subalínea são classificações para detalhamento da receita.

As transferências do SUS de outros entes para o município são classificadas em “Transferências Correntes” na categoria econômica, “Receitas Correntes” quando são de transferência periódica ou em “Transferências de Capital” em “Receitas de Capital”, quando destinadas a investimentos esporádicos, como obras, por exemplo.

2.2 Execução

O gasto na área de saúde é tão importante que o não investimento mínimo neste setor é elencado como motivo para intervenção de um ente federado sobre o outro (Constituição Federal de 1988, Artigo 34 e Artigo 35, inciso III). Neste sentido, a Constituição e normas infraconstitucionais criaram uma sistemática complexa de apuração dos gastos na saúde, tanto para o âmbito orçamentário quanto financeiro, com índices que permitem o controle técnico e social da saúde, sendo o principal deles o índice mínimo de gastos na saúde por ente federado.

Em função dessa sistemática, principalmente por causa do índice constitucional da saúde, muitos políticos e leigos acreditam que existe uma “receita da saúde”, que fica em algum banco ou cofre pronta para ser gasta. Não é bem assim, pois a apuração do gasto na saúde e suas receitas são lados diferentes de uma mesma moeda; muito diferentes, diga-se de passagem.

No caso dos municípios, por um lado há um percentual das receitas próprias (no mínimo 15%) que devem ser gastos em saúde e contam com uma sistemática de apuração. Por outro lado, há repasses da União e dos estados que também devem ser gastos pelo município (transferências voluntárias, legais e constitucionais do SUS), mas que possuem uma outra sistemática de apuração.

2.2.1 Execução orçamentária no SUS

É preciso diferenciar os dois sistemas principais: o financeiro e o orçamentário. O Glossário da Secretaria do Tesouro Nacional (GSTN, 2016) define o Sistema de Contas Financeiro como aquele que registra as receitas arrecadadas e as despesas orçamentárias e extra-orçamentárias pagas. O Sistema de Contas Orçamentário, por sua vez, registra a previsão da receita e as autorizações legais de despesa e dos créditos adicionais, conforme as classificações e regras definidas na LOA. Isso significa que o primeiro sistema espelha o que acontece nas contas financeiras, as contas bancárias, enquanto o segundo reflete os atos administrativos, as leis orçamentárias aprovadas e os decretos de suplementação.

2.2.2 Execução de Recursos Próprios

Cada ente deverá gastar um valor mínimo na função saúde, definido pela Constituição, mas este valor é referente à sua própria arrecadação e não necessariamente precisa ser gasto pelo próprio ente.

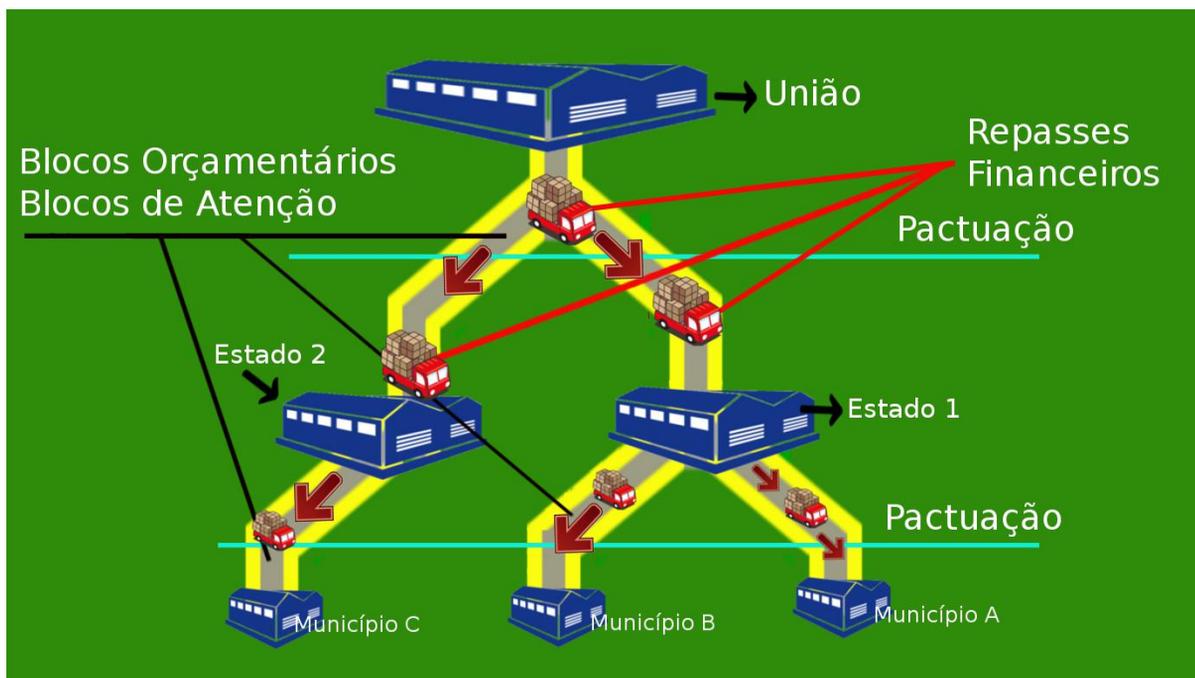
Assim, o município precisa justificar e comprovar que de suas receitas próprias ele gastou 15% em saúde. Já no caso da União deverá ser o valor empenhado no exercício anterior reajustado pelo crescimento do Produto Interno Bruto (PIB), mas nunca inferior a 15% da Receita Corrente Líquida do respectivo exercício (Constituição Federal de 1988, Artigo 198). A arrecadação de fontes próprias da União pode ser gasta diretamente pelo ente no Ministério da Saúde, por meio de suas licitações e gastos com folha de pagamento, por exemplo, ou repassada aos estados e municípios, sob a forma de repasses fundo a fundo, através dos blocos e conforme a pactuação na área da saúde.

2.2.3 Execução de transferências obrigatórias e voluntárias

A execução das transferências está intimamente ligada aos blocos de atenção, pois cada bloco possui regras específicas de aplicação, que não serão detalhadas neste trabalho. Mas é importante destacar que são regras relativamente dinâmicas, que se alteram ao longo dos anos.

Nos aspectos financeiro e orçamentário, pode-se dizer que os blocos de financiamento no SUS representam “caminhos do dinheiro”, que interligam os entes do nível federal até o nível municipal, conforme a pactuação entre eles. Já os orçamentos dos entes federados são “estoques ou almoxarifados” de recursos, aprisionados para utilização no futuro ou até mesmo possibilitando o adiantamento da utilização desses recursos financeiros.

Figura 4 - Representação do orçamento e repasses financeiros do SUS



Fonte: Elaborado pelo autor

Conforme ilustra a Figura 4, os blocos de atenção são “caminhos” por onde passam os recursos da saúde, desde o âmbito federal até o municipal. Há na União, nos estados e municípios o bloco de financiamento Atenção Básica, por exemplo. Ao executar seu orçamento da Atenção Básica, a União “empenha, liquida e paga” recursos destinados aos estados e municípios para que estes os executem também em seu bloco de Atenção Básica. Os estados procedem da mesma forma que a União, mas neste caso repassando recursos apenas aos municípios. Esses valores a serem repassados são estabelecidos através do processo de pactuação entre os entes federados.

Não necessariamente os blocos de atenção devem corresponder uns aos outros no nível federal, estadual e municipal durante a execução da despesa. Em outras palavras, é possível hipoteticamente que recursos da Atenção Básica sejam gastos na Média e Alta Complexidade, mas não parece ser a intenção da normatização do SUS. Inclusive, em muitos, casos seriam passíveis de glosa e responsabilização do agente público que teria dado causa ao gasto errôneo.

Tais transferências da União e dos estados para os município nada mais são que os recursos da fonte tesouro da União e dos estados, que deverão ser gastos na saúde, mas que

são repassados aos municípios como “fundo a fundo” em função de determinação legal, constitucional (obrigatórias) ou ajustes e convênios (voluntárias).

As transferências constitucionais ou legais são encaminhadas automaticamente entre os fundos de saúde. Já as derivadas de ajustes e convênios dependem do estabelecimento de acordos e contratos celebrados entre os entes federados. Um município recebe periodicamente em seu fundo municipal de saúde recursos do Piso da Atenção Básica porque é determinação legal, que é componente do bloco Atenção Básica. No entanto, se quiser receber recursos do programa Saúde da Família deverá firmar termo de ajuste e comprovar a existência de equipes de saúde da família no município. Caso deixe de comprovar, deixará de receber os recursos, que é um outro componente do bloco da Atenção Básica.

As transferências “fundo a fundo” são repasses diretos entre os fundos de saúde nacional, estaduais e municipais. No caso federal, os recursos são administrados por meio do Fundo Nacional de Saúde; nos estados, por intermédio do Fundo Estadual de Saúde e nos municípios, através do Fundos Municipal de Saúde.

Há também a possibilidade de destinação de recursos dos orçamentos por emenda parlamentar. Recentemente, a Emenda Constitucional 86 de 2015 criou o “Orçamento Impositivo” - nome não oficial, mas amplamente utilizado como referência à Emenda pelo Congresso e pela mídia - que inovou ao estabelecer impositividade, mesmo que restrita às emendas parlamentares individuais, a uma parte do orçamento, colocando-se na contra mão da lógica autorizativa do orçamento. E para além, estabelece que metade das emendas parlamentares ao orçamento, dentro da lógica impositiva, deverá ser voltada para área da saúde. Ainda, o §10 do Artigo 195 da Constituição Federal de 1988 estabelece que a lei definirá critérios de transferência de recursos para o sistema único de saúde.

Dessa forma, a execução orçamentária relacionada ao SUS acontece por intermédio dos fundos de saúde e transferências fundo a fundo obrigatórias e voluntárias.

2.3 Cálculo da Aplicação Mínima dos recursos próprios em Saúde

Conforme a Lei Complementar Federal 141 de 2012, que regulamenta o mínimo aplicado em saúde pelos entes, de forma coerente com a Constituição, os municípios devem aplicar no mínimo 15% das receitas próprias e os estados, no mínimo 12% das receitas especificadas.

No caso estadual, a aplicação mínima de recursos próprios do estado na saúde é de no mínimo 12% das seguintes receitas: Imposto sobre Propriedade de Veículo Automotor (IPVA), Imposto sobre Transmissão Causa Mortis e Doação (ITCMD), Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS), Fundo de Participação dos Estados (FPE), transferência referente ao Imposto sobre Produção Industrializada (IPI - 10% da arrecadação da União é transferida aos estados de forma proporcional à arrecadação do IPI no mesmo), novos impostos que a União instituir (20% é distribuído aos estados), inclusive impostos extraordinários em virtude de guerra (Constituição Federal de 1988, Artigo 198).

Para se calcular o índice de 15% no caso municipal, somam-se as receitas do Imposto sobre Propriedade Territorial Urbana (IPTU), Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISSQN), Imposto sobre Transmissão de Bens Intervivos (ITBI), o repasse do Fundo Nacional de Participação dos Municípios (FPM), repasse do Imposto sobre Veículo Automotivo (IPVA - 50% da arrecadação do IPVA é devolvido para o município de origem), Imposto sobre Propriedade Territorial Rural (ITR - 50% é devolvido ao município de origem), Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS - 25% do arrecadado no município de origem é devolvido) e todo o Imposto de Renda pago pela administração direta ou indireta do município incidente na fonte (Constituição Federal de 1988, Artigo 198). Após o somatório destas receitas, calcula-se o valor total aplicado na saúde durante aquele ano.

Como regra geral, é vedado vincular receita dos impostos a despesas específicas, princípio positivado no Artigo 167, inciso IV da Constituição. Porém, no mesmo texto é a saúde excluída de tal regra. Significa que normas constitucionais e infraconstitucionais podem vincular impostos a despesas de saúde.

Portanto, embora a Constituição Federal seja bastante clara, a efetiva apuração de gastos de recursos próprios do ente federado na saúde não é um cálculo “simples” e exige esforço contábil (e matemático) para que se consiga transmitir o percentual de gastos em

saúde. Geralmente, tais cálculos resultam em complexos demonstrativos, como será visto na terceira parte deste trabalho.

2.4 Classificação fonte/destinação

Uma das classificações mais relevantes para a análise da saúde no orçamento é a “fonte/destinação”, utilizada na classificação tanto da receita quanto da despesa, pois vincula os gastos às receitas.

Conforme o Artigo 167 da Constituição Federal de 1988, é vedada a vinculação entre receita de impostos a órgãos ou despesas específicas, chamado de princípio da não afetação. Mas o código fonte/destinação coloca em prática uma vinculação técnica entre as receitas e despesas, para que se possa aferir quanto de determinada despesa foi paga com esta ou aquela receita. Os recursos do Fundo de Saúde e outros, quando transferidos da União e estados aos municípios são chamados vinculados, pois possuem objeto de gasto específico e este pode ser verificado através do código referido. No caso federal, o código é composto por três dígitos que indicam o grupo da fonte e o segundo e o terceiro dígitos indicam a especificação da fonte, conforme os códigos exemplificados no Quadro 3.

Quadro 3 - Fonte/Destinação Federal

Exemplos de fontes/destinação de recursos:

1º DÍGITO (Grupo da Fonte)	2º e 3º DÍGITOS (Especificação da Fonte)	FONTE
1 - Recursos do Tesouro - Exercício Corrente	12 - Recursos Destinados à Manutenção e Desenvolvimento do Ensino	112
2 - Recursos de Outras Fontes - Exercício Corrente	93 - Produto da Aplicação dos Recursos à Conta do Salário-Educação	293
3 - Recursos do Tesouro - Exercícios Anteriores	12 - Recursos Destinados à Manutenção e Desenvolvimento do Ensino	312
6 - Recursos de Outras Fontes - Exercícios Anteriores	93 - Produto da Aplicação dos Recursos à Conta do Salário-Educação	693
9 - Recursos Condicionados	00 - Recursos Ordinários	900

Fonte: MTO 2016, p. 28

No caso do estado de São Paulo, o Tribunal de Contas orienta que o código de aplicação possua sete dígitos, sendo os dois primeiros referentes à fonte, conforme segue:

- 01 - Tesouro
 - 02 - Transferências e Convênios Estaduais – Vinculados
 - 03. Recursos Próprios de Fundos Especiais de Despesas – Vinculados
 - 04. Recursos Próprios da Administração Indireta
 - 05. Transferências e Convênios Federais – Vinculados
 - 06. Outras Fontes de Recursos
 - 07. Operações de Crédito
- (entre outros)

Os três próximos dígitos, depois da fonte, descrevem a aplicação do recurso. Deste modo, na receita, o código fonte aplicação permite aferir onde foi gasto o recurso e, quando na despesa, permite ver de onde provém o recurso daquela despesa.

Os dois dígitos finais são detalhamentos da aplicação criados pelo Tribunal de Contas do Estado para cada convênio ou recurso específico.

Logo, percebem-se divergências nas classificações instituídas. Mas tanto no caso federal quanto estadual e municipal, é possível utilizar o referido código para descobrir com qual recurso foi pago uma despesa da saúde.

Suponha que a folha de pagamento de determinado médico que atende no ambulatório dos servidores públicos tenha sido empenhada em uma rubrica orçamentária (despesa) cujo o código fonte/destinação é “ 05.300.07”, indicando que a fonte é a receita de transferência federal (05), a aplicação foi saúde geral (300), no convênio ou projeto específico “07”, atribuído pelo Tribunal ao programa Saúde da Família.

Pelo lado da receita, quando emitido um relatório detalhando as receitas daquele município, apareceria uma transferência federal gasta em um código de fonte/aplicação “05.300.07”, e deste modo será possível verificar onde aquela receita foi gasta: aplicação foi saúde geral (300), no convênio ou projeto específico “07”.

Com essa informação o Conselho de Saúde ou o Tribunal de Contas poderiam avaliar que o pagamento do médico do ambulatório foi realizado com recursos da saúde da família, e eventualmente responsabilizar os servidores públicos que efetuaram o empenho e pagamento da despesa, caso ela seja considerada incorreta.

Esse mecanismo facilita muito a fiscalização dos recursos da saúde, pois separa o que é vinculado e já seria de obrigatória aplicação na saúde, do que não é vinculado e não seria “amarrado” à aplicação, de modo que seja necessário efetuar o cálculo do índice.

2.5 Controle no SUS

Considerando que as subfunções dos orçamentos não são semelhantes aos blocos de financiamento estruturados pela Portaria 204 de 2007 do Ministério da Saúde e que a classificação por fonte/destinação “agrupa” categorias de receitas, percebe-se que há uma inerente dificuldade para se atribuir uma determinada despesa a um bloco de financiamento.

Suponha que uma prefeitura contabilize toda a folha de pagamento da secretaria de saúde na subfunção orçamentária “Atenção Básica”. De seus 500 profissionais, apenas 10 são de equipes da Saúde da Família e o custo da folha de pagamento destes 10 profissionais é de R\$ 25.000,00 em um determinado mês. No dia do pagamento havia na conta bancária do Piso da Atenção Básica (Fixo + Variável), transferida pelo governo federal, R\$ 20.000,00, sendo R\$ 15.000,00 do PAB Fixo e R\$ 5.000,00 do PAB Variável, exclusivamente oriundos do cálculo do repasse para manutenção de Equipes da Saúde da Família. Para efetuar o pagamento de toda a folha de pagamento a tesouraria realiza uma transferência de todos os recursos da conta bancária do Piso da Atenção Básica para a conta movimento geral e, apenas depois, transfere todo o recurso para o banco efetuar as transferências para os funcionários e o pagamento efetivo de seus salários.

Percebe-se que orçamentariamente consta toda a folha dentro de “Atenção Básica”, e financeiramente, os recursos foram utilizados de forma misturada. Logo, como identificar que dos R\$ 25.000,00 utilizados para pagar o salário dos 10 profissionais de Saúde da Família, R\$ 15.000,00 vieram do PAB Fixo, R\$ 5.000,00 do PAB Variável e os R\$ 5.000,00 que faltavam vieram, logicamente, do recurso próprio municipal? Não há informação automática ou lógica que gere essa informação, salvo uma investigação detalhada a partir do código fonte/aplicação, o que seria inviável ao longo de todo o exercício para todas as despesas. No caso estudado, seria possível deduzir, mas não ao longo do orçamento, pois em milhares de momentos durante o exercício financeiro os recursos das contas bancárias são misturados. Pode se pensar que o código de fonte/aplicação ajudaria a dividir os recursos,

mas a verdade é que, em alguns casos, pode justamente misturar mais, uma vez que os códigos de aplicação também não refletem com exatidão os blocos de financiamento.

A solução encontrada para cruzar as informações financeiras, execução orçamentária e blocos de financiamento da Portaria 204 de 2007 do Ministério da Saúde foi a planilha de Execução Financeira por Bloco do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) que permite visualizar as contrapartidas de cada nível da federação no custeio e ações da saúde, expressas nos componentes dos Blocos de Financiamento.

No Quadro 4, tela do SIOPS, o gestor municipal deverá digitar na linha da atenção básica quanto veio do governo federal de receitas (segunda coluna), quanto foi a dotação orçamentária prevista no orçamento, quanto foi empenhado durante o ano, liquidado e pago, respectivamente nas colunas 8, 9, 10 e 11. Na linha posterior, digitar os dados referentes ao Piso da Atenção Básica Fixo, na seguinte, Piso da Atenção Básica Variável.

Quadro 4 - Tela do SIOPS - resumo da execução

Relatório da Execução Financeira por Bloco: Linha														
Bloco de Financiamento	RECEITAS					DESPESAS(7)					MOVIMENTAÇÃO FINANCEIRA (8)			
	Transferências fundo a fundo			Operação de Crédito - Rendimentos - Outros 3.1	Recursos Próprios 4	Total 5	Dotação	Empenhada	Liquidada	Paga	Orçado	Restos a Pagar Outros Pagamentos	Saldo Financeiro no exercício anterior	Saldo Financeiro no exercício atual
	Federal 1	Estadual 2	Outros Municípios 3											
RECEITAS - DESPESAS TOTAIS														
Atenção Básica														
Piso de Atenção Básica Fixo (PAB Fixo)														
Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável)														
Saúde da Família														
Agentes Comunitários de Saúde														

Figura 121 - EXECUÇÃO FINANCEIRA POR BLOCO MODELO

Fonte: ADAPTADA PELO AUTOR

Fonte: Manual do SIOPS Municipal 2015, p.109.

Por esta metodologia, voltando ao exemplo anterior, o responsável pelo SIOPS informaria que o recurso de PAB Variável recebido e gasto foi R\$ 5.000,00, o PAB Fixo recebido e gasto foi R\$ 15.000,00 e o recurso próprio aplicado em saúde foi de R\$ 5.000,00. Assim, ficariam informados os recursos recebidos e o gasto de recursos vinculados, além do volume de recursos próprios gastos em saúde.

No Quadro 5 há um exemplo de detalhamento do SIOPS, com locais para informar receitas e despesas de programas específicos, pactuados nas comissões e que contam com receitas e despesas, como programa de Saúde da Família, Saúde Bucal, etc.

Quadro 5 - Detalhamento do SIOPS

Ministério da Saúde / Secretaria Executiva / Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento - DESID													
Ministério da Saúde / Secretaria Executiva - DATASUS													
Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão													
Procuradoria Federal no Distrito Federal													
SIOPS 2015 1º Bimestre													
UP: Rio de Janeiro													
Município: Rio de Janeiro - RJ - 330455													
Demonstrativo da execução financeira dos recursos do SUS, por bloco de financiamento.													
Pág. 1													
Bloco de Financiamento	Receitas					Despesas (7)					Movimentação Financeira (8)		
	Transferências fundo a fundo			Oper. Crédito/Rend./Outros Nº (3.1)	Recursos Próprios (4)	Total (5)	Dotação Atualizada 2015	Despesa Empenhada até o 1º Bimestre 2015	Despesa Liquidada até o 1º Bimestre 2015	Despesa Paga até o 1º Bimestre 2015	RPI/Outros Pagamentos	Saldo Financeiro no Exercício Anterior	Saldo Financeiro no Exercício Atual
	Federal (1)	Estadual (2)	Municipios (3)										
Atenção Básica	39.990,00	11,00	22,00	33,00	44,00	40.070,00	95,00	44,00	33,00	22,00	88,00	176,00	40.138,00
Piso de Atenção Básica Fixo (PAB Fixo)	3.735,00	1,00	2,00	3,00	4,00	3.745,00	5,00	4,00	3,00	2,00	8,00	16,00	3.751,00
Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável)	36.225,00	9,00	18,00	27,00	36,00	36.315,00	45,00	36,00	27,00	18,00	72,00	144,00	36.389,00
Saúde da Família	3.759,00	1,00	2,00	3,00	4,00	3.805,00	5,00	4,00	3,00	2,00	8,00	16,00	3.811,00
Agentes Comunitários de Saúde	3.855,00	1,00	2,00	3,00	4,00	3.855,00	5,00	4,00	3,00	2,00	8,00	16,00	3.871,00
Saúde Bucal	3.915,00	1,00	2,00	3,00	4,00	3.925,00	5,00	4,00	3,00	2,00	8,00	16,00	3.931,00
Compensação de Especialidades Regionais	3.970,00	1,00	2,00	3,00	4,00	3.980,00	5,00	4,00	3,00	2,00	8,00	16,00	3.991,00
Fator Incentivo Atenção Básica - Povos Indígenas	4.038,00	1,00	2,00	3,00	4,00	4.045,00	5,00	4,00	3,00	2,00	8,00	16,00	4.051,00
Incentivo Atenção à Saúde - Sistema Penitenciário	4.095,00	1,00	2,00	3,00	4,00	4.105,00	5,00	4,00	3,00	2,00	8,00	16,00	4.111,00
Núcleo Apoio Saúde Família	4.185,00	1,00	2,00	3,00	4,00	4.195,00	5,00	4,00	3,00	2,00	8,00	16,00	4.201,00
Incentivo Atenção Integral à Saúde do Adolescente	4.198,00	1,00	2,00	3,00	4,00	4.195,00	5,00	4,00	3,00	2,00	8,00	16,00	4.171,00
Outros Programas Financec. por Transf. Fundo a Fundo	4.215,00	1,00	2,00	3,00	4,00	4.225,00	5,00	4,00	3,00	2,00	8,00	16,00	4.231,00

Fonte: Manual do SIOPS Municipal 2015 - p.116

Dessa forma, as receitas recebidas e despesas realizadas pelo município são agrupadas em função dos blocos da Portaria 204 de 2007 do Ministério da Saúde.

O SIOPS gera um arquivo que é enviado ao Ministério da Saúde e Secretaria do Tesouro Nacional, que fazem a consolidação dos dados em nível nacional e fiscalizam as despesas nos municípios.

Essa metodologia do SIOPS permite certa subjetividade ao gestor, principalmente em locais onde não existem centros de custo instalados.

Despesas com materiais de consumo, por exemplo, são muito difíceis de indicar precisamente em que projeto ou programa foram gastos. Por exemplo: as luvas médicas foram para o estoque de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) que também é referência de uma equipe de Saúde da Família. As luvas são utilizadas na saúde da família ou no atendimento comum da UBS? Seria necessário que os funcionários da UBS controlassem a utilização das luvas, o que é muito difícil de se fazer com exatidão, principalmente em municípios menores.

Neste caso, o gestor que informa o SIOPS teria que calcular o gasto de luvas de modo proporcional do atendimento da UBS e da equipe de Saúde da Família.

O exemplo funciona para problematizar a despesa de combustível, salários, material de consumo, medicamentos, etc. Então há um nível de subjetividade no SIOPS, por conseguinte, não são dados exatos, objetivos.

Aparentemente, o correto seria vincular os blocos de financiamento de forma mais rígida durante a execução orçamentária e nas transferências intergovernamentais. Assim, no SIOPS a prestação de contas ficaria mais fácil e clara. Talvez, perca-se um pouco de flexibilidade, mas haveria um imenso ganho em termos de transparência, já que as despesas de saúde em nível agregado ficariam mais claras e os custos de preenchimento do SIOPS e sua manutenção seriam menores.

3 AVALIAÇÃO INDIRETA DOS RECURSOS DA SAÚDE

O objetivo inicial do trabalho foi investigar o conhecimento dos gestores de Campinas a respeito dos recursos da saúde. No entanto, não foi possível agendar reuniões com o município, nem com a secretaria municipal, nem com o conselho de saúde, pois não responderam as reiteradas solicitações de contato. É possível que o período eleitoral - que coincidiu com a elaboração deste trabalho - tenha atrapalhado a construção de tais agendas.

Deste modo, a possibilidade de análise do grau de conhecimento dos gestores foi realizada de forma indireta, através da análise comparativa dos gastos em saúde entre dois municípios da região (Campinas e Morungaba), utilizando-se como referência o orçamento federal.

Tais municípios constituem extremos da região e, por se tratar de finanças públicas e de um sistema único de saúde, deveriam seguir as mesmas regras, guardadas as proporções das respectivas operações.

Figura 5 - Mapa da Região Metropolitana de Campinas



Fonte: Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento Urbano de Campinas

Campinas e Morungaba são municípios da Região Metropolitana de Campinas (RMC). A Região foi criada administrativamente no estado pela Lei Complementar Estadual 870 de 2000 e modificada pela Lei Complementar Estadual 1.234 de 2014 do estado de São Paulo para inclusão do município de Morungaba. Localizada a oeste da capital São Paulo, é constituída por 20 municípios, possui 2.797.137 habitantes e responde por 1,8% do PIB nacional (IBGE, 2010).

Campinas é o maior município da RMC, com 1.080.113 habitantes, segundo o Censo Demográfico (IBGE, 2010), com arrecadação de R\$ 4.113.408.382,01, em 2015 (Lei Orçamentária Anual de 2015 de Campinas).

Opostamente, Morungaba é o menor dos municípios da RMC, com 11.769 munícipes e com arrecadação de R\$ 33.666.971,96 em 2015 (Lei Orçamentária Anual de 2015 de Morungaba), aproximadamente 0,85% da arrecadação de Campinas.

A Tabela 2 apresenta uma breve comparação das receitas e despesas totais dos municípios e também o resumo dos gastos em saúde.

Tabela 2 – Comparação entre os dois orçamentos

Visão geral da execução orçamentária da saúde em 2015		
	Morungaba	Campinas
Receitas Arrecadadas	33.666.971,96	3.931.050.208,66
Despesa Empenhada Total	37.500.551,69	4.110.935.025,73
Despesa Corrente Empenhada	31.248.263,88	3.868.089.529,97
Despesa em Saúde Empenhada	8.573.068,33	1.107.042.390,45
Despesa em Saúde Liquidada	8.376.384,65	1.093.840.006,88
Índice de aplicação	30,38%	29,31%

Fonte: Dados extraídos das respectivas leis orçamentárias municipais

3.1 Receitas da Seguridade Social

O orçamento federal possui diversos relatórios e é bem dividido entre as três esferas orçamentárias: fiscal, seguridade social e investimento. No caso de Campinas, não foi encontrado no Orçamento de 2015¹⁶ qualquer referência à seguridade social, sequer como relatório. Inclusive, no Relatório de Execução Orçamentária aparece o Fundo Municipal de Saúde no Orçamento Fiscal. O que poderia ser considerado um equívoco, já que a matéria de direito financeiro (inclusa a matéria de finanças públicas) é de competência concorrente (Constituição Federal de 1988, Artigo 163). O município, então, não poderia legislar, muito menos contrariar a legislação federal, já que a atividade legislativa concorrente cabe apenas à União e estados. No mesmo sentido, legislar sobre matéria de seguridade social é competência privativa da União. Em tese, apenas o estado poderia legislar de forma a suprir lacunas ou cumprir delegações que a lei federal poderia fazer, o que não parece ser o caso. No entanto, a competência normativa municipal é um debate jurídico operacional e

¹⁶O arquivo com o orçamento de 2015 de Campinas pode ser acessado em <https://pecasorc.campinas.sp.gov.br/loa/orcamento-2015>.

orçamentário, uma vez que poderia se argumentar a autonomia organizativa municipal e que há a possibilidade das Leis Orgânicas municipais serem obrigadas ao paralelismo em relação à Constituição Federal em alguns aspectos, como períodos de elaboração do orçamento, da LDO e do PPA. Em outras palavras, é discutível se o município poderia ou não modificar livremente o modelo geral de orçamento, como a tripartição entre orçamento fiscal, seguridade social e investimento. No entanto, tal ato – possivelmente discricionário - da prefeitura de Campinas não pode ser aplicado em relação à apresentação ou não do orçamento da seguridade social, pois a apresentação deste deveria ser obrigatória, ou por paralelismo constitucional, ou por incompetência normativa municipal, logo, é uma grave falha orçamentária de Campinas.

Já Morungaba, no Orçamento 2015¹⁷, dispõe no anexo 11 o orçamento da seguridade social, embora não fique claro se os valores elencados para a assistência e saúde são da receita ou da despesa.

É possível afirmar que, na prática, ambos os municípios não dividem seus orçamentos de forma adequada entre as três esferas orçamentárias (fiscal, seguridade e investimento).

É extremamente relevante discutir se as receitas de transferências do SUS devem ser vinculadas ao orçamento da seguridade municipal, o que alteraria drasticamente alguns processos de gerenciamento do orçamento.

A Constituição ordena que a seguridade será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, estados e municípios, “e das contribuições sociais” (Constituição Federal de 1988, Artigo 195). O termo “e das contribuições sociais” indica que não são apenas as contribuições sociais. Portanto, caberia elencar no orçamento da seguridade social municipal receitas que vão além das “contribuições sociais”. É comum verificar nos municípios (em relação à Campinas e Morungaba nem mesmo isso se pode afirmar) previsão de receitas apenas das contribuições sociais, quando possuem regime próprio de previdência, além das taxas advindas da própria área de saúde, como taxas para emissão de documentos e multas de vigilância, por exemplo.

Não há motivo, *a priori*, para que as receitas de transferências do SUS não fossem elencadas como receitas da seguridade nos orçamentos específicos da seguridade dos municípios.

17 Os anexos e legislação do orçamento de 2015 de Morungaba podem ser acessados em <http://189.19.52.17:5656/scpiweb/>

3.2 O Fundo Municipal de Saúde

Conforme explicado na segunda parte deste trabalho, o Fundo Municipal de Saúde constitui uma forma de centralização e coordenação de recursos da saúde. Tecnicamente utilizada a União como referência, os fundos devem ser uma “Unidade Orçamentária” subordinada a um “Órgão”, que no caso da União é o Ministério da Saúde e no caso dos municípios, são as Secretarias de Saúde.

Também como característica, o Fundo Nacional de Saúde possui caráter financeiro e contábil, constituindo, portanto, também CNPJs específicos com contas bancárias específicas, sendo a União obrigada a transferir recursos de suas contas movimento para as contas do FNS, que reúnem também recursos provenientes de transferências do estado e da federação.

Ao se comparar Campinas e Morungaba com a União percebe-se inicialmente que os dois municípios possuem o FMS, mas em classificações diferentes da União.

Em Campinas o FMS aparece também como “Órgão” orçamentário, de modo paralelo a outras secretarias. Seria como a União possuir um “Ministério do Fundo Nacional de Saúde” em mesmo grau hierárquico orçamentário que os outros Ministérios.

Já em Morungaba, o Órgão é a Prefeitura Municipal e a Diretoria de Saúde¹⁸ é Unidade Orçamentária. Essa Unidade Orçamentária é gestora de um Programa chamado “Saúde Para Todos” e neste programa há uma Atividade que se chama “Manutenção do Fundo Municipal de Saúde”.

A Tabela 3 organiza as diferenças entre a classificação orçamentária nos três entes federados.

18 Comparável às Secretarias de Saúde, mas com menor autonomia, típico de municípios menores

Tabela 3 – Classificação orçamentária do Fundo de Saúde nos três entes

Ente federado	Órgão	Unidade Orçamentária	FMS
União	Ministério da Saúde	Fundo Nacional de Saúde	-
Campinas	Fundo Municipal de Saúde / Secretaria de Saúde	-	É um órgão, como as outras secretarias
Morungaba	Prefeitura Municipal	Diretoria de Saúde	É uma atividade, subordinado ao Programa Saúde Para Todos

Fonte: Elaborado pelo autor

Deste modo é possível afirmar que, empiricamente, verifica-se que há diversos níveis de institucionalização do FMS nos municípios observados. Na prática, percebe-se que os municípios primeiro instituem o Fundo como uma entidade abstrata ou política, em acordo com atores políticos, como conselheiros e servidores públicos. Posteriormente, tais fundos ganham presença orçamentária, mas de hierarquia e função bastante variada, às vezes como “Programas”, às vezes como “Atividades” ou outros itens de classificação qualitativa do orçamento.

Ao longo dos anos, conforme amadurece o FMS, este ganha classificação institucional orçamentária, aparecendo no “organograma” da prefeitura. Em sua última fase, o fundo engloba toda administração direta e eventualmente aprofunda a autonomia em relação ao governo, tal como o FNS.

Pode-se dizer, portanto, que os Fundos Municipais de Saúde “amadurecem” nas prefeituras, instituem-se aos poucos e ganham ao longo do tempo maior institucionalidade e autonomia.

3.3 Programas previstos no orçamento e executados

Por um lado a análise da classificação do FMS no orçamento indica o grau de maturidade deste na administração municipal, por outro lado, ao analisar os Programas

constantes no orçamento, pode-se obter informações sobre a qualidade do planejamento municipal, pois os programas derivam do PPA e são incluídos no orçamento anual.

Em Morungaba, há apenas um programa na função saúde referente ao orçamento 2015, o Saúde Para Todos.

Já em Campinas, são 10 programas constantes no orçamento 2015. Há uma codificação parecida com o definido no MTO¹⁹ (páginas 30 e 31), com exceção de IDOC, IDUSO e identificador de resultado primário, sendo que o último não está visível nas tabelas analisadas.

Os programas com alguma execução em Campinas são Manutenção, Modernização e Reestruturação dos Serviços Públicos; Modernização da Gestão da Tecnologia de Informação e Comunicação; Gestão em Saúde, englobando profissionais, logística, suporte de serviços, materiais e insumos estratégicos; Vigilância em Saúde; Atenção especializada em Saúde, ambulatorial, hospitalar e de urgência e emergência; Atenção primária em Saúde englobando Saúde Mental e Bucal; e Investimentos, englobando construções, ampliações, reformas, equipamentos e materiais permanentes.

Assim, do ponto de vista programático, Campinas possui um orçamento mais complexo, denotando um planejamento mais detalhado.

3.4 Blocos previstos no orçamento de 2015

Os Blocos da Saúde (trabalhados na segunda parte) constituem “Subfunções” para a União, que integram a “Função” Saúde, sendo os seguintes: Atenção Básica, Assistência Hospitalar e Ambulatorial, Suporte Profilático e Terapêutico, Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Alimentação e Nutrição, havendo outras subfunções não típicas da saúde

No caso dos municípios, os Blocos de Saúde também são importantes, pois são também blocos de prestação de contas através do SIOPS. Quanto mais próximos do exigido pelo SIOPS, mais fácil e exata é a prestação de contas anual referente às despesas da saúde.

Além disso, tais blocos são divididos em componentes, conforme dito anteriormente, com regras próprias para cada despesa e respectivo cálculo de repasse. A observação dessas regras é fundamental para os municípios na aplicação dos recursos, uma vez que a incorreta

19 É importante ressaltar que não há obrigatoriedade do município respeitar tal manual por ser outra esfera e o município contar com autonomia organizativa. No entanto, é costume que municípios e estados se espelhem no orçamento federal, por este adiantar atualizações em normas de obrigatoriedade generalizada.

aplicação pode gerar glosas nas despesas da saúde e diversas responsabilizações pelo incorreto gasto.

Segue a Tabela 4, com os blocos de atenção de Campinas.

Tabela 4 – Blocos de atenção no orçamento de Campinas 2015

Blocos	Saldo inicial (R\$)	Empenhado (R\$)	Liquidado (R\$)
Atenção Básica	120.211.087,00	99.623.504,32	94.902.578,70
Assistência Médica e Hospitalar	500.338.166,00	542.086.384,05	539.124.887,27
Vigilância Sanitária	3.638.127,00	1.702.217,36	991.453,98
Vigilância Epidemiológica	11.587.548,00	5.176.259,54	5.125.210,68
Suporte Prof. e Terap.	50.000,00	7.920,00	7.920,00
Administração Geral	417.386.022,00	397.009.957,27	393.972.990,58
Controle Interno	1.000,00	0	0
Tecnologia da Informação	13.189.070,00	15.819.302,44	14.098.120,20
Formação de R.H.	11.000,00	0	0
Comunicação Social	90.000,00	0,00	0,00
Proteção ao Trabalhador	47.714.060,00	45.616.845,47	45.616.845,47
Saúde Total	1.114.216.080,00	1.107.042.390,45	1.093.840.006,88

Fonte: RREO - Demonstrativo de Função e Subfunção (2015)

No caso de Campinas, os dados da Tabela 4 indicam que a estrutura do orçamento é próxima da União e da exigida pelo SIOPS. No entanto, essa aproximação é de certo modo ilusória, pois de 11 subfunções da saúde, 3 não sofreram qualquer execução (Controle interno, Formação de Recursos Humanos e Comunicação Social), além da Subfunção Suporte Profilático e Terapêutico, executada em apenas R\$ 7.920,00 no ano.

Isso significa que as despesas, durante o empenho, não são classificadas em conformidade com o que foi planejado, indicando que ou o planejamento é demasiado detalhado ou a execução do orçamento está incorreta.

Tabela 5 – Blocos de atenção no orçamento – Morungaba - 2015

	Saldo inicial	Empenhado	Liquidado
Atenção Básica	5.180.000,00	5.796.753,81	5.600.070,13
Assistência Médica e Hospitalar	2.295.000,00	2.367.410,30	2.367.410,30
Vigilância Sanitária	137.000,00	126.407,22	126.407,22
Vigilância Epidemiológica	310.000,00	282.497,00	282.497,00
Saúde Total	7.922.000,00	8.573.068,33	8.376.384,65

Fonte: RREO - Demonstrativo de Função e Subfunção (2015)

Já Morungaba apresenta um orçamento mais simples, porém executado em suas subfunções de forma mais significativa, de modo que se pode afirmar que a execução orçamentária é mais ajustada ao planejamento.

Como se vê na Tabela 5, Morungaba possui apenas quatro Subfunções, mas todas constam executadas ao se comparar o valor inicial, empenhado e liquidado. Campinas conta com onze Subfunções, mas três delas não foram executadas e uma quarta foi executada em valor irrisório, ou seja, mais de um terço das Subfunções de 2015 em Campinas não tiveram qualquer execução.

3.5 O Orçamento, o Índice Constitucional da Saúde e o SIOPS

Os dados pesquisados indicam que tanto Campinas quanto Morungaba utilizaram as fontes tesouro, transferências estaduais e transferências federais. Portanto, há recebimento de recursos vinculados pelos dois entes. No entanto, a complexidade dessas fontes é extremamente alta, contando cada uma com dezenas de repasses, regulamentadas por diversas normas. Não é possível aferir se os recursos recebidos foram gastos de forma correta ou não, apenas é possível afirmar que as fontes estavam previstas nos orçamentos de 2015.

É importante destacar que quando se compara os dados orçamentários de cada município com os valores informados ao SIOPS, Campinas apresenta uma inconsistência em

relação ao valor total liquidado informado ao SIOPS (R\$ 1.166 milhões)²⁰, contra o constante no Relatório Resumido de Execução Orçamentária (RREO) publicado pela prefeitura (R\$ 1.093 milhões), como ilustram os dados da Tabela 4. Essas diferenças podem acontecer em função de modificações nos dados contábeis da prefeitura referentes ao exercício de 2015 ainda não publicados, o que é bastante improvável, pois exigiria reenvio de dezenas de documentos e republicações, ou falha na informação do SIOPS. Além disso, as funções Controle Interno e Proteção aos Benefícios do Trabalhador não existem no SIOPS, apenas no orçamento municipal. Mesmo assim, a execução do controle interno foi zero em 2015, o que pode indicar a possibilidade de ausência de revisão do orçamento.

Em relação ao Município de Morungaba, por sua vez, não há qualquer discrepância entre a execução orçamentária e os valores informados ao SIOPS. Isso indica que o Município planeja seu orçamento em consonância com o SIOPS, o que facilita o preenchimento e a compatibilidade entre os dois sistemas.

20 Neste caso, trata-se das despesas por função informadas ao SIOPS com base no RREO, podendo ser consultado no endereço <http://siops.datasus.gov.br/consleirespfiscal.php>

Tabela 6 – Comparação SIOPS e RREO de Campinas e Morungaba 2015²¹

Subfunções	Campinas		Morungaba	
	SIOPS 2015	RREO 6° Bimestre 2015	SIOPS 2015	RREO 6° Bimestre 2015
Subfunções Administrativas	451.187.716,67	408.071.110,78	0,00	0,00
Planejamento e Orçamento	0,00	0,00	0,00	0,00
Administração Geral	437.089.596,47	393.972.990,58	0,00	0,00
Administração Financeira	0,00	0,00	0,00	0,00
Controle Externo	0,00	0,00	0,00	0,00
Tecnologia da Informação	14.098.120,20	14.098.120,20	0,00	0,00
Formação de R.H.	0,00	0,00	0,00	0,00
Comunicação Social	0,00	0,00	0,00	0,00
Subfunções vinculadas	657.208.882,23	640.152.050,63	8.376.384,65	8.376.384,65
Atenção Básica	94.902.578,70	94.902.578,70	5.600.070,13	5.600.070,13
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	556.181.718,87	539.124.887,27	2.367.410,30	2.367.410,30
Suporte Profilático e Terapêutico	7.920,00	7.920,00	0,00	0,00
Vigilância Sanitária	991.453,98	991.453,98	126.407,22	126.407,22
Vigilância Epidemiológica	5.125.210,68	5.125.210,68	282.497,00	282.497,00
Alimentação e Nutrição	0,00	0,00	0,00	0,00
Informações Complementares	45.616.845,47	0,00	0,00	0,00
Outras	45.616.845,47	0,00	0,00	0,00
Proteção aos benefícios do Trabalhador	Não existe	45.616.845,47	0,00	0,00
Controle Interno	Não existe	0,00	0,00	0,00
Total:	1.154.013.444,37	1.093.840.006,88	8.376.384,65	8.376.384,65

Fonte: Elaborado pelo autor

É preciso lembrar, no entanto, que o informado pelo município ao SIOPS estará plenamente correto apenas se: não houver sistema informatizado alugado pela secretaria; não forem realizados cursos de formação para funcionários, pois para tais despesas deveria haver

21 Os dados no SIOPS por função foram consultados em http://siops.datasus.gov.br/rel_subfuncao.php Os dados de transcrição do RREO para o SIOPS foram consultados em <http://siops.datasus.gov.br/consleirespfiscal.php> . O RREO original de Campinas foi consultado em <http://www.campinas.sp.gov.br/arquivos/financas/lrf-6-bim-2015-rdf.pdf> . O RREO original de Morungaba foi consultado em <http://189.19.52.17:5656/scpiweb/> .

informação no campo específico do SIOPS; E não existirem funcionários trabalhando na área administrativa da secretaria de saúde, o que é bastante improvável. Caso haja funcionários na área administrativa, como recepcionistas ou o(a) próprio(a) secretário(a), será possível afirmar que o empenho da folha de pagamento não está correto, já que as despesas com tais funcionários deveriam ser informados no campo “administração geral” do SIOPS.

Um dado importante para ser analisado em termos comparativo é o Índice de Aplicação Mínima em Saúde (IAMS). Porquanto, este trabalho procurou avaliar se os municípios em questão respeitaram o mínimo constitucional, tomando-se por base o ano de 2015. As receitas e despesas utilizadas para o cálculo do Índice de Aplicação Mínima em Saúde (IAMS) de Campinas e Morungaba, para 2015, estão enumeradas nas Tabelas 7.

Tabela 7 – Resumo do cálculo do índice de aplicação em saúde

Resumo	Campinas	%	Morungaba	%
(A) Receitas Próprias (=I+II+III)	2.771.323.442,36	100,00%	22.092.476,21	100,00%
(I) Receitas de impostos do município	1.583.206.960,91	57,13%	2.910.259,03	13,17%
(II) Transferências constitucionais da União	66.159.769,85	2,39%	9.022.505,10	40,84%
(III) Transferências constitucionais do estado	1.121.956.711,60	40,48%	10.159.712,08	45,99%
(B) Receitas do SUS (=IV+V+VI)	351.712.972,13	100,00%	1.654.030,17	100,00%
(IV) Transferências para o SUS da União	328.352.239,08	93,36%	1.585.369,32	95,85%
(V) Transferências para o SUS do estado	21.559.474,96	6,13%	64.387,83	3,89%
(VI) Receitas de serviços do SUS no município	1.801.258,09	0,51%	4.273,02	0,26%
(C) Despesas Total em Saúde	1.154.013.444,37		8.376.384,65	0,00
(D) Ajustes	10.104.458,85		-11.667,22	1,00
(E) Despesas em saúde, para efeitos de cálculo do índice (=C-B+D)	812.404.931,09		6.710.687,26	0,00
Índice constitucional de saúde (%=E/A)	29,31		30,38	

Fonte: SIOPS

O cálculo do índice de aplicação em saúde é relativamente complexo, mas conforme a Tabela 7 pode ser sintetizado da seguinte forma: é o total de gastos em saúde do município (C) menos as receitas que já eram do SUS (B), sobre o total de receitas próprias do município (A).

Os Ajustes (D) são basicamente recursos que sobraram ou faltaram no ano anterior, restos a pagar liquidados e não pagos, pagos e não liquidados, glosas, ajustes de empenhos e contratos em dotações erradas, entre outros, o que complica muito o cálculo e até mesmo o demonstrativo oficial. No entanto, não é um valor que impacta significativamente no índice oficial, em geral.

Como pode ser visto, em Campinas as receitas próprias para apuração da aplicação em ações e serviços públicos de saúde totalizaram R\$ 2.771.323.442,36 e as transferências do SUS totalizaram R\$ 351.712.972,13. Por sua vez, as despesas com ações e serviços públicos de saúde foram da ordem R\$ 1.154.013.444,37. Realizadas as deduções, em 2015, o Índice de Aplicação Mínima em Saúde (IAMS) de Campinas foi 29,31%, de modo que o município cumpriu o mínimo constitucional de dispêndio na área da saúde.

No que diz respeito à Morungaba, as receitas próprias para apuração da aplicação em ações e serviços públicos de saúde totalizaram R\$ 22.092.476,21 e de transferências do SUS

foram R\$ 1.654.030,17. As despesas com ações e serviços públicos de saúde totalizaram R\$ 8.376.384,65, que consideradas as deduções, resultam em um Índice de Aplicação Mínima em Saúde (IAMS) de 30,38%, de modo que o município também cumpriu o mínimo constitucional de dispêndio na área da saúde.

Os dados indicam que os dois municípios - mesmo que Campinas seja noventa e uma vezes maior que Morungaba em termos populacionais - demonstram aplicações em saúde praticamente idênticas em suas execuções orçamentárias de 2015. Como se percebe, pelo SIOPS, tanto Campinas quanto Morungaba executaram percentuais próximos de despesa na saúde se comparados ao total do orçamento pela metodologia do cálculo do Índice de Aplicação Mínima em Saúde (IAMS): 29,31% e 30,38%, respectivamente. Estes percentuais representam praticamente o dobro daquilo que é exigido constitucionalmente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A primeira parte deste trabalho retomou de forma cronológica o surgimento da função saúde no Estado brasileiro durante o século XX e as contribuições dos diferentes grupos sociais até a década de 80, quando foi criado o SUS através da Constituição Federal de 1988.

A saúde assistencial, de cunho curativista, individual e familiar nasce primeiramente como serviço dos sistemas previdenciários ligados às empresas, de modo que os indivíduos que não possuíam vínculo empregatício eram total ou parcialmente excluídos do atendimento individual de saúde, pois o atendimento provido pelo Estado era extremamente precário.

Já o Estado regulava a saúde coletiva, implementava programas de combate e prevenção às grandes epidemias que afligiram o país no início do século passado.

Gradualmente, o Estado tomou para si a coordenação do atendimento à saúde individual, inicialmente através da regulamentação do atendimento das CAPs e IAPs e, posteriormente, principalmente a partir da década de 60, quando há uma crise de financiamento no sistema previdenciário, o Estado assume a maior parte da responsabilidade da saúde individual e familiar, como já fazia com a saúde coletiva.

Ao longo do século passado, pode-se dizer que em determinados períodos houve intensificação da compra de serviços de terceirizados de saúde de hospitais privados e profissionais liberais. Em outros períodos, houve maior intensificação da prestação de serviços pelas vias públicas, em especial a partir dos anos 70, quando o movimento sanitaria e uma série de opções públicas de gestão em saúde são implementadas e ganham apoio popular.

A criação do Sistema Único de Saúde na Constituição Cidadã foi a positivação de uma vitória de modelo de país e de gestão pública, conquistada pelos movimentos populares e pela sociedade como um todo. Mas, além disso, ao analisar a história da saúde no Brasil, a vitória representada pelo SUS está profundamente fundamentada nas longas e difíceis experiências nacionais anteriores, tanto da população quanto do próprio Estado e sua burocracia, que lidaram com erros e acertos dos modelos hora mais privados, hora mais públicos.

Não resta dúvida que o SUS é fruto de um processo de quase cem anos de debate e de disputas políticas sobre a saúde e, portanto, extremamente democrático e inteligente.

Analisada a segunda parte do trabalho, ao se verificar a quantidade de normativas e evolução da normatização do SUS, assim como frente aos constantes questionamentos da

mídia e da sociedade sobre a “eficiência” do sistema, fica evidente que o SUS conserva o seu caráter de fruto democrático e, agora que implementado, também jurídico, contábil, administrativo, entre outras áreas do debate nacional.

Ainda na segunda parte, é evidenciada a sistemática integrativa do SUS em relação aos entes federados, a forma como se dá o financiamento conjunto, o complexo de planejamento e controle dos recursos públicos envolvidos.

Evidentemente, não há descrição completa da regulamentação do SUS, pois seria impossível para o que se pretende. É importante destacar que para cada componente dentro de cada bloco de atenção existem inúmeras normas que definem como se pode ou não gastar aqueles recursos públicos. Logo, descrevê-las não era necessário, nem possível.

Na terceira parte, há uma aplicação dos conceitos apresentados na segunda parte em dois casos concretos, para verificar como os gestores respondiam a tamanha complexidade tanto das normas financeiras quanto das normas do SUS em seus orçamentos.

Não seria justo, nem prudente atribuir culpas e responsabilidades aos técnicos dos dois municípios estudados, pois o SUS, em função do analisado, precisa refinar e especializar sua normatização de modo mais claro e organizado. É preciso organizar e hierarquizar as inúmeras normas gerais e específicas em um site ou documento didático e claro. A principal dificuldade deste trabalho, sem a menor das dúvidas, foi encontrar e relacionar entre si as inúmeras normativas que não estão sequer elencadas no site do Ministério da Saúde, e as poucas que lá estão não contam com hierarquização, por vezes são normas revogadas ou contraditórias com outras mais recentes e não possuem observações em seus textos ou atualizações.

Um caminho possível seria uma “Consolidação Geral do SUS”, reunindo-se todas essas normas em uma só, mais organizada, assim como foi a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). É triste propor a CLT como paradigma de avanço para o SUS no momento em que este trabalho é escrito, enquanto o governo Michel Temer destrói tantas conquistas trabalhistas.

É necessário aprofundar a vinculação de receitas de transferência do SUS ao orçamento da seguridade social, através do mecanismo fonte/destinação por exemplo, mas em âmbito nacional. Já existe um movimento dos Tribunais de Contas para criar um código nacional, que abranja todos os entes, e se for bem-sucedido, certamente trará benefícios operacionais e de transparência. Mas atualmente, como explicado na segunda parte deste

trabalho, há dificuldade inerente à nacionalização, uma vez que o código é estabelecido por estado.

No caso de Campinas, não foi possível sequer enxergar a divisão dos orçamentos em suas esferas. Já no caso de Morungaba foi possível, mas não há especificamente uma vinculação de receitas ao orçamento da seguridade visível. Com base nesse aspecto, verifica-se que embora o SUS normatize seu funcionamento financeiro e o país conte com algumas normas basilares com mais de décadas de vigência e outras normas conhecidíssimas sobre finanças públicas, não ficam garantidos processos coerentes de planejamento, de execução orçamentária e de prestação de contas, quando considerados todos os entes federados, mesmo em se tratando de um sistema único. Se tais processos são difíceis de compreender e de descrever em um trabalho acadêmico, talvez sejam impossíveis de serem compreendidos por muitos atores sociais, conselhos de controle e pela comunidade local, que dispõem muitas vezes de menores recursos técnicos e de menos tempo disponível. Assim, a participação social é desestimulada.

Neste sentido, em um artigo baseado neste trabalho, foram entrevistados dois gestores com ampla experiência na área da saúde municipal e um deles afirmou categoricamente que, quando o debate afunila para a questão técnica e o orçamento precisa ser fechado, simplesmente os representantes da Conferência de Saúde ou do Conselho de Saúde perdem a conexão com o debate. Conforme o outro gestor existem municípios que conseguem “fazer algo mais participativo”, mas não é o padrão (MARTINS, 2016). Esse tecnicismo realmente prejudica e desestimula a participação.

O orçamento de Morungaba foi criado com a finalidade de facilitar o gerenciamento e a prestação de contas, tanto no aspecto programático quanto na gestão das subfunções de saúde; mais representativas, embora em menor número, em termos de execução orçamentária. Isso acontece, muitas vezes, por se tratar de uma equipe menor que é responsável tanto pelo planejamento quanto pela prestação de contas. Nesses casos, é comum encontrar apenas um contador responsável por todos os procedimentos na prefeitura que, por dominar o aspecto do planejamento orçamentário e da prestação de contas, acaba por facilitar o trabalho, aproximando as duas estruturas.

No entanto, o FMS de Morungaba é bastante incipiente no âmbito orçamentário, o que denota um grau bastante pequeno de autonomia do fundo no aspecto orçamentário.

No caso de Campinas, o FMS é mais autônomo que o FNS e muito mais autônomo que em Morungaba. O orçamento aparece mais extenso em termos programáticos, mas

também mais prolixo, pois há um detalhamento de subfunções que parece não serem usadas corretamente ou então não foram lançadas corretamente no SIOPS. Não é necessariamente positivo ou negativo, mas significa que o município planejou com maior originalidade e que provavelmente há dificuldades na prestação de contas.

Considerando o atual modelo de preenchimento trimestral do SIOPS, com base em dados da realidade dos municípios, é possível afirmar que muitos municípios serão obrigados a manter um profissional especificamente para a função ou com boa parte do tempo destinado ao SIOPS. Não questionamos o ganho ou custo do SIOPS, mas são 5.570 municípios e, portanto, 5.570 profissionais que se dedicam a esse trabalho. Trata-se de uma aproximação extremamente grosseira, apenas para reflexão: se for considerado que cada profissional imponha um custo módico bruto mensal de R\$ 3.000,00 ao município, são R\$ 16,7 milhões gastos por mês no Brasil todo e R\$ 200 milhões ao ano apenas para o preenchimento do SIOPS. Mesmo que seja a metade, ou 10% desse valor, trata-se de muito dinheiro por algo que poderia ser feito por um sistema de informação que conseguisse importar os dados em .xml²², por exemplo, dos municípios. No entanto, a dificuldade certamente não estaria na criação do sistema, mas sim na incompatibilidade entre os diferentes tipos de blocos de financiamento e alteração. Outro impeditivo seria, por exemplo, os registros de fonte/destinação, mencionados anteriormente em relação ao movimento dos Tribunais de Contas pela nacionalização do código. Em outras palavras, determinados ajustes ainda não realizados entre o SUS e as finanças públicas impõem monstruosos custos ao país.

Considerada a hipótese inicial, pode-se afirmar que os diversos itens dos orçamentos dos municípios possuem graus de amadurecimento diferentes, por conseguinte, o conhecimento dos gestores representado materialmente nas peças de orçamento possui graus diferentes de amplitude e profundidade, não são homogêneos dentro de cada município e ainda guardam semelhanças e diferenças significativas em relação ao orçamento federal.

Há itens de planejamento detalhados e avançados em Campinas, como o Fundo Municipal de Saúde com bastante autonomia e planejamento detalhado, por outro lado, há impropriedades na prestação de contas e na apresentação do orçamento. Já em Morungaba, há um planejamento mais simplificado e um conselho de saúde incipiente orçamentariamente. Em compensação, a prestação de contas é mais consistente. De forma mais sintética, Campinas apresentou planejamento e execução orçamentários mais complexos e uma

22 Formato padrão de importação e exportação de dados entre sistemas de informação diferente.

prestação de contas menos consistente. Morungaba apresentou um planejamento e uma organização orçamentária mais simples e uma execução orçamentária e prestação de contas mais clara e sem ressalvas significativas.

Então, há um padrão que se origina na contraposição entre o planejamento e o controle. Nos casos analisados, quando o planejamento foi mais simplificado, o controle foi mais consistente (Morungaba). O contrário também é verdadeiro: quando o planejamento foi mais complexo, a prestação de contas foi mais inconsistente (Campinas).

Portanto, o dilema da coordenação federativa entre a liberdade do planejamento e a necessidade de aplicação de regras das finanças públicas de modo uniforme se apresentou ao gestor municipal concretamente. Nos dois municípios estudados os gestores tomaram rumos opostos no planejamento e, por conseguinte, apresentaram resultados opostos na prestação de contas.

Considerado todo o histórico da função saúde estudado na primeira parte, a construção do SUS estudada na segunda parte e os casos concretos analisados na terceira parte, é possível perceber sempre a existência de duas forças opostas: uma força centrífuga, que empurra o planejamento, execução e controle das políticas públicas de saúde do nível nacional para o nível local e, portanto, exige diversas adaptações do município em suas normas e atividades; e uma segunda força que é centrípeta, que pressiona o planejamento, execução e controle das políticas públicas de saúde para o nível regional e nacional, na medida em que os problemas de saúde são mais amplos que o município, assim como a necessidade de controle dos recursos públicos e da transparência.

Importante lembrar que tais conceitos não são novidades na Administração Pública, pois aparecem no Direito e na Ciência Política.

No Direito, a ideia de federação centrífuga ou por segregação se aplica ao Brasil na medida em que se formou um Estado nacional e, posteriormente, foi garantida a divisão do território em outros menores (estados e municípios), em contraposição ao Estado centrípeta, formado a partir de diversos estados que se agremiam para constituir um novo ente soberano (MOTTA, 2013).

Já na Ciência Política, especificamente na área de Políticas Públicas, há um debate sobre o qual o significado de “descentralização” nas políticas públicas (GINMARAES, 2002). Se por um lado há uma atribuída relação entre descentralização e democracia, por outro lado é necessário que o ente público tenha capacidade de executar as políticas públicas, logo haveria necessidade de descentralizar também a capacidade de execução, financeira, técnica.

O trabalho apresentou o conflito entre a centralização-descentralização exatamente no momento em que se encontram no interior da administração pública municipal. Momento este em que a normatividade universalizante das finanças públicas e do SUS é confrontada com as especificidades da localidade, como seu orçamento, programas de saúde pública que devem ser adequados à realidade local e participação local através das opções técnicas e políticas dos gestores.

Deste modo, a política pública municipal de saúde, em sua manifestação orçamentária e financeira, é resultado do processo dialético entre as forças descentralizadoras e centralizadoras do Estado e da saúde pública, entre forças de planejamento e controle, entre as forças de customização e de padronização, entre forças que priorizam a prestação de serviços por vias públicas e as que priorizam a prestação de serviços pelas vias privadas. Eventualmente, tal processo dialético é cristalizado no direito positivado, mas não necessariamente, pois muitas vezes a estrutura administrativa e orçamentária não reflete o que é imposto pela norma, como verificado nos casos dos Conselhos de Saúde ou do Fundo Municipal, por exemplo. Neste sentido, a norma não se aplica automaticamente, dependendo de opções políticas e seus inerentes conflitos. Foi exatamente o verificado na primeira parte do trabalho, quando através da explicitação dos intensos conflitos entre teses políticas e administrativas sobre a saúde pública durante o século XX se chegou ao modelo público de saúde cristalizado na Constituição Federal de 1988, um modelo que continua em debate e sob conflitos também no âmbito orçamentário municipal.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. *Manual Técnico do Orçamento Federal (MTO)*. Brasília:, 2015. Disponível em: http://www.orcamentofederal.gov.br/informacoes-orcamentarias/manual-tecnico/mto_2015_1_edicao_-21-05-14.pdf/ . Acesso em: 01/01/2017

BRASIL. Ministério da Saúde. *A Construção do SUS: histórias da reforma sanitária e do processo participativo*. 2006. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/construcao_do_SUS_2006.pdf acessada em 11/10/2016.

BRASIL. Secretaria do Tesouro Nacional. *GSTN - Glossário da Secretaria do Tesouro Nacional*. Disponível em: http://www.tesouro.gov.br/web/stn/modelo-Artigo-tesouro-nacional/-/asset_publisher/8oEpbfolahSe/content/glossario . Acessado em 16/06/2016

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2.203 de 5 de novembro de 1996. *Norma Operacional Básica 1/96 do Sistema Único de Saúde*. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nob1_96.pdf Acesso em 11/10/2016.

BRAVO, Maria Inês Souza. *Política de Saúde no Brasil*, 2001. Versão ampliada em http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica_de_Saude_no_Brasil_Ines_Bravo.pdf

CAMPOS, Francisco E.; OLIVEIRA, Mozart; TONON, Lídia M. *Legislação básica do SUS, 1998*. Belo Horizonte. COOPMED.

CARDOSO, Fábio Luís Lopes, 2010. *A influência do Relatório Boveridge nas origens do Welfare State (1942-1950)*. Revista *Todavia*, ano1, nº 1.

CARVALHO, Gilson. *A saúde pública no Brasil. Estud. av.* [online]. 2013, vol.27, n.78 [cited 2016-04-04], pp.7-26. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200002&lng=en&nrm=iso. ISSN 0103-4014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142013000200002>.

GONÇALVES, Ernesto L. *Administração de saúde no Brasil*. São Paulo: Pioneira. . Inovação Política, Distributivismo e Crise: A Política de Saúde nos Anos 80 e 90. **Dados**, Rio de Janeiro , v. 39, n. 3, p. , 1996 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52581996000300007&lng=en&nrm=iso. access on 21 Apr. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0011-52581996000300007>

LIMA, A. L. G. S. de & Pinto, M. M. S.: ‘*Fontes para a história dos 50 anos do Ministério da Saúde*’. *História, Ciências e Saúde - Manguinhos*, vol. 10(3): p. 1041.

LUZ, Madel F. *As instituições médicas no Brasil: instituições e estratégia de hegemonia*, 2014. Rio de Janeiro: Graal.

COELHO, Vera Schattan P.. *A democratização dos Conselhos de Saúde: o paradoxo de atrair não aliados*. Novos estud. - CEBRAP, São Paulo, n. 78, p. 77-92, July 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002007000200009&lng=en&nrm=iso>. access on 17 June 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-33002007000200009>.

MAGALHÃES, José Antônio Fernandes de. *Ciência Política*. Brasília. 2005-II Vestcon Editora Ltda.

GINMARAES, Maria do Carmo Lessa. *O Debate sobre a Descentralização de Políticas Públicas: Um balanço bibliográfico*. *Revista Organizações & Sociedade*, v. 9, n.23. 2002.

MARTINS, Manoel H. *A Democracia no Planejamento do Sistema Único de Saúde brasileiro*. 2016. Acessível em <http://gestaopublica.net/blog/apresentacao-em-madri/>

MARTINS, Poliana Cardoso et al . *Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: matizes da utopia*. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 105-121, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000100007&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 17 de Junho de 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312008000100007>.

MEDEIROS, Marcelo. *A Trajetória do Welfare State no Brasil: Papel redistributivo das políticas sociais dos anos 1930 aos anos 1990*. 2001. Disponível em http://www.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/a_trajetoria_do_welfare_state_no_brasil__p_apel_redistributivo_das_politicas_sociais_dos_anos_1930_aos_anos_1990.pdf Acessado em 17 de Junho de 2016.

NEGRO, Antonio Luigi; GOMES, Flávio dos Santos. *As greves antes da "grève": as paralisações do trabalho feitas por escravos no século XIX*. *Cienc. Cult.*, São Paulo, v. 65, n. 2, June 2013. Available from <http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252013000200023&lng=en&nrm=iso>. access on 02 Apr. 2017.

OLIVEIRA, Jaime A. de Araujo; TEIXEIRA, Sônia M. F. *Planejamento e gestão em saúde*. Petrópolis: Vozes, 1998 (Cadernos de saúde 2).

OLIVEIRA, JAIME A. DE ARAUJO & TEIXEIRA, Sônia M. F. (Im)Previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1989 (Cadernos de saúde 3).

PAIVA, C. H. A. & TEIXEIRA, L. A. *Reforma Sanitária e a Criação do Sistema Único de Saúde. História, Ciências, Saúde*. 2014. Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 21 n. 1 <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf> > Acessado em 17 de Junho de 2016.

SANTOS, WANDERLEY G. DOS. *Cidadania e Justiça, 1979*. Rio de Janeiro, Campus.

MOTTA, SYLVIO. *Direito Constitucional, Teoria, Jurisprudência e Questões*, 2013. Rio de Janeiro, Elsevier.

SPICKER, PAUL. *An Introduction to Social Policy*. 2016. Disponível em:<<http://www.spicker.uk/social-policy/history.htm>>. Acesso em: 3 jan. 2016.

MATOS, ELIANE; PIRES, DENISE. *Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem*. Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 508-514, setembro de 2006. Acessível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000300017&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 11 de dezembro. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000300017>.

PAIVA, SONIA MARIA ALVES; SILVEIRA, CRISTIANE APARECIDA SILVEIRA; GOMES, ELIZABETH L. R.; TESSUTO, MAÍSA C.; SARTORI, NELY R. *Teorias Administrativas na Saúde: A Lógica Capitalista que Subordina as Teorias Administrativas*. *Rev enfermagem*. UERJ, Rio de Janeiro, 2010 abr/jun.