

**UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL**  
**ÁREA DO CONHECIMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS**  
**CURSO DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS**

**ROZILENE AZEVEDO VELHO**

**UM ESTUDO DE VIABILIDADE ECONÔMICO-FINANCEIRA PARA OS  
PROBLEMAS ESTRUTURAIS PRESENTES NO SISTEMA DE SAÚDE DE  
UM MUNICÍPIO DA SERRA GAÚCHA**

**CAXIAS DO SUL**

**2018**

**ROZILENE AZEVEDO VELHO**

**UM ESTUDO DE VIABILIDADE ECONÔMICO-FINANCEIRA PARA OS  
PROBLEMAS ESTRUTURAIS PRESENTES NO SISTEMA DE SAÚDE DE  
UM MUNICÍPIO DA SERRA GAÚCHA**

Projeto de Pesquisa de Monografia  
apresentado como requisito para a  
obtenção do Grau de Bacharel em  
Ciências Contábeis da Universidade de  
Caxias do Sul

Orientador TCC I: Prof. Me. Evandro  
Carlos Stumpf  
Orientador TCC II: Prof. Me. Evandro  
Carlos Stumpf

**CAXIAS DO SUL**

**2018**

**ROZILENE AZEVEDO VELHO**

**UM ESTUDO DE VIABILIDADE ECONÔMICO-FINANCEIRA PARA OS  
PROBLEMAS ESTRUTURAIS PRESENTES NO SISTEMA DE SAÚDE DE  
UM MUNICÍPIO DA SERRA GAÚCHA**

Projeto de Pesquisa de Monografia  
apresentado como requisito para a  
obtenção do Grau de Bacharel em  
Ciências Contábeis da Universidade de  
Caxias do Sul

Orientador TCC I: Prof. Me. Evandro  
Carlos Stumpf  
Orientador TCC II: Prof. Me. Evandro  
Carlos Stumpf

Aprovado (a) em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Banca Examinadora:**

Presidente

-----  
Prof. Me. Evandro Carlos Stumpf  
Universidade de Caxias do Sul - UCS

Examinadores:

-----  
Prof. Me. Eduardo Tomedi Leites  
Universidade de Caxias do Sul - UCS

-----  
Prof. Me. Marco André Pegorini  
Universidade de Caxias do Sul – UCS

## **AGRADECIMENTOS**

Quero expressar meus sinceros agradecimentos a todas as pessoas que, de uma forma ou de outra, colaboraram para que este trabalho fosse realizado. Em especial ao meu orientador, Prof. Me. Evandro Carlos Stumpf, pela sua competência, disposição e orientação durante todo o desenvolvimento desta monografia. Agradeço de forma especial, também, à Prefeitura Municipal de Cambará do Sul-RS, nas pessoas do Sr. Prefeito Municipal Schamberlaen José Silvestre e do Secretário Municipal da Fazenda Sr. Gelson Antonio Policastro Alves, que em nenhum momento se opuseram em disponibilizar toda a documentação e toda a ajuda necessária para que este projeto se realizasse. De todo coração, agradeço a toda minha família, em especial ao meu esposo e companheiro José Luis Silva de Andrade e meus filhos Eduarda e Marcelo Velho de Andrade por tê-los privado da minha presença por todos os anos de vida acadêmica, pela compreensão e apoio e por terem acreditado sempre nas minhas escolhas. Não seria justo, deixar de agradecer aos meus pais (in memoriam) por plantarem em mim desde cedo e para o resto da minha vida, a sementinha do “querer aprender sempre mais”. Sem estas pessoas eu jamais teria chegado onde estou. Muito Obrigada!

*“Só é verdadeiramente digno da liberdade, bem como da vida, aquele que se empenha em conquistá-la”.*

Johann Goethe

## RESUMO

Este estudo aborda a temática do financiamento da saúde pública e a incompatibilidade deste com a tamanha demanda que o sistema compreende. Com vista, a traçar um estudo de viabilidade econômico-financeira dos serviços essenciais de saúde ofertados por um município da Serra Gaúcha, o trabalho visa a composição desses serviços e compara-os com as receitas disponíveis para o custeio das ações planejadas, sugerindo formas possíveis de viabilizar financeiramente os problemas estruturais presentes. A procura constante pela melhoria no nível de saúde oferecido remete à questão dos recursos para produzir serviços de saúde e principalmente a utilização eficiente destes recursos. Num estudo de caso único, embasado em teorias acerca do funcionamento do Sistema Único de Saúde e através de levantamento documental da organização estudada, pretende este trabalho, confrontar a teoria citada com o problema vivido no dia a dia do sistema de saúde desta organização e fazer sentir, através de análise qualitativa e quantitativa dos dados, que elevar a eficiência e eficácia dos serviços, não depende do aumento único e exclusivo de recursos. É certo que um maior volume de recursos também resultará no aumento dos custos, sem impacto significativo na melhoria dos serviços se não houver coerência, entre os recursos, os serviços e as necessidades da comunidade, isto é, se não se tentar colocar os serviços onde estão as necessidades ou sem elucidar os excessos ou faltas de serviços ou profissionais. O estudo evidencia que o município não suporta o peso da estrutura presente. É possível afirmar a inviabilidade econômico-financeira através de uma única análise, a folha de pagamento de salários. Sugere-se manter uma única equipe da Estratégia da Saúde da Família (ESF), bem estruturada, capacitada e que trabalhe com foco no que dita os princípios gerais da ESF, tendo como centro a reorganização da atenção básica, que possibilitará a redução da procura médica. Além disto, é possível também, que a substituição do hospital por uma Unidade de Pronto Atendimento, esteja bem mais próxima da realidade de um município pequeno. Este corte não afetaria a qualidade dos serviços prestados e estaria adequado às possibilidades do município, atingindo o almejado equilíbrio orçamentário e financeiro. Este tipo de decisão possivelmente não encontre amparo político, porém, adotar ações pensadas no coletivo e para o coletivo, é um compromisso de todos os gestores públicos.

**Palavras-chave:** Financiamento da saúde pública. Avaliação econômico-financeira. Recursos. Custos.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fotos Canyon Itaimbezinho.....	40
Figura 2 – Fotos Canyon Fortaleza .....	41
Figura 3 – Representatividade da despesa com Salários (em %) 2015-2017.....	55

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Quadro de Servidores da Secretaria Municipal de Saúde – Dez/2017 ....	46
Tabela 3 - Número médio mensal por tipo de atendimento (em Número Absoluto)..	48
Tabela 5 - Base de Cálculo da receita Constitucional (em Mil R\$) 2015-2017 e Orçado 2018.....	54
Tabela 6 - Receitas Realizadas X Despesas Pagas SMS + FHSJ (em Mil R\$) 2015-2017 e Orçado 2018.....	54
Tabela 7 - Receita orçada por ESF, destinada a salários (em Mil R\$) Orçado 2018	56
Tabela 8 - Receita Realizada X Despesa Paga da SMS (em Mil R\$) 2015-2017 e Orçado 2018.....	56
Tabela 9 - Receitas x Despesas destinadas a salários da SMS (em Mil R\$) .....	57
Tabela 10 - Número médio mensal de atendimentos (em Número Absoluto) .....	58

## LISTA DE ABREVIATURAS

Admin.	administrativo
Ajust.	ajustado
Aplic.	aplicado
Atend.	atendente
Aux.	auxiliar
B.Retiro	Bom Retiro
Coord.	coordenador
Equip.Mat.	equipamentos e materiais
Estad.	Estadual
Fed.	Federal
Incent.	incentivo
Me	mestre
Munic.	Municipal
O.Kroeff	Oswaldo Kroeff
Of.Terap.	oficinas terapêuticas
Prof.	professor
Q.	quantidade
Serv.Terc.	serviços de terceiros
Sr.	senhor
Téc.	técnico
Téc. Enf.	técnico de enfermagem
VI.	valor

## LISTA DE SIGLAS

ACS –	Agentes Comunitários de Saúde
ASPS –	Ações e Serviços Públicos de Saúde
COAP –	Contrato Organizativo da Ação Pública
CONASEMS –	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS –	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
DF –	Distrito Federal
EC –	Emenda Constitucional
ESF –	Estratégia Saúde da Família
FHSJ –	Fundação Hospitalar São José
FMS –	Fundo Municipal de Saúde
FPM –	Fundo de Participação dos Municípios
GM/MS –	Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde
GTM –	Grupo Técnico Municipal
IBGE –	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS –	Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços
INAMPS –	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INSS –	Instituto Nacional da Seguridade Social
IPI –	Imposto sobre Produtos Industrializados
IPTU –	Imposto Predial e Territorial Urbano
IPVA –	Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores
IRRF –	Imposto de Renda Retido na Fonte
ISS –	Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza
ITBI –	Imposto de Transmissão de Bens Imóveis
ITR –	Imposto sobre a Propriedade Territorial Rural
LC –	Lei Complementar
LDO –	Lei das Diretrizes Orçamentárias
LOA –	Lei do Orçamento Anual
MS –	Ministério da Saúde
NASF –	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PAB –	Piso de Atenção Básica
PACS –	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAS –	Programação Anual de Saúde

PIES –	Política de Incentivo Estadual em Saúde
PIM –	Primeira Infância Melhor
PGASS –	Programação Geral de Ações e Serviços em Saúde
PLANEJASUS -	Planejamento do Sistema Único de Saúde
PPA –	Plano Plurianual
PMAQ –	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PSE –	Programa Saúde na Escola
RG –	Relatório de Gestão
RREO –	Relatório Resumido de Execução Orçamentária
RS –	Rio Grande do Sul
SAMU –	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIOPS –	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SMS –	Secretaria Municipal de Saúde
SUS –	Sistema Único de Saúde
UPA –	Unidade de Pronto Atendimento
UBS –	Unidade Básica de Saúde

## LISTA DE SÍMBOLOS

Dez.	dezembro
ha	hectare
hs	horas
km	quilômetro
km <sup>2</sup>	quilometro quadrado
(-)	menos
m	metro
m <sup>2</sup>	metro quadrado
n <sup>o</sup>	número
%	por cento
R\$	reais
Sr	senhor
S/A	Sociedade Anônima
X	versus

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
1.1	CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO .....	13
1.2	TEMA E QUESTÃO DE PESQUISA.....	14
<b>1.2.1</b>	<b>Delimitação do tema</b> .....	<b>14</b>
<b>1.2.2</b>	<b>Definição da questão de pesquisa</b> .....	<b>15</b>
1.3	OBJETIVOS .....	15
<b>1.3.1</b>	<b>Objetivo geral</b> .....	<b>15</b>
<b>1.3.2</b>	<b>Objetivos específicos</b> .....	<b>15</b>
1.4	JUSTIFICATIVA.....	16
1.5	ESTRUTURA DO ESTUDO .....	17
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>18</b>
2.1	O SUS .....	18
<b>2.1.1</b>	<b>Diretrizes e Pressupostos do SUS</b> .....	<b>19</b>
2.2	GESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA.....	21
<b>2.2.1</b>	<b>Planejamento, organização e controle</b> .....	<b>22</b>
<b>2.2.2</b>	<b>Identificação dos modelos de atenção</b> .....	<b>23</b>
2.3	CONTABILIDADE PÚBLICA .....	25
<b>2.3.1</b>	<b>Orçamento Público</b> .....	<b>27</b>
2.4	FINANCIAMENTO DA SAÚDE.....	27
<b>2.4.1</b>	<b>Atribuições dos Entes Federados</b> .....	<b>28</b>
<b>2.4.2</b>	<b>Modalidade de Transferência</b> .....	<b>29</b>
2.5	ANÁLISE DE VIABILIDADE DE INVESTIMENTOS .....	32
<b>2.5.1</b>	<b>Métodos de Análise de Viabilidade</b> .....	<b>34</b>
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>36</b>
3.1	DELINEAMENTO DA PESQUISA .....	36
<b>3.1.1</b>	<b>Quanto aos procedimentos técnicos</b> .....	<b>36</b>
<b>3.1.2</b>	<b>Quanto à abordagem do problema</b> .....	<b>37</b>
<b>3.1.3</b>	<b>Quanto aos objetivos</b> .....	<b>38</b>
3.2	PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS.....	38

<b>4</b>	<b>ESTUDO DE CASO .....</b>	<b>39</b>
4.1	CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO .....	39
4.2	SISTEMA DE SAÚDE.....	41
<b>4.2.1</b>	<b>Secretaria Municipal de Saúde .....</b>	<b>43</b>
<b>4.2.2</b>	<b>Fundação Hospitalar São José.....</b>	<b>46</b>
4.3	FONTES DE RECEITAS E DESPESAS DO SISTEMA DE SAÚDE .....	49
4.4	DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS DO SISTEMA DE SAÚDE .....	51
<b>4.4.1</b>	<b>Análise Técnica das demonstrações financeiras do sistema de saúde</b>	<b>51</b>
<b>4.4.2</b>	<b>Análise Crítica das demonstrações financeiras do sistema de saúde</b>	<b>53</b>
<b>5</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>61</b>

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

A saúde é um direito de todos e dever do estado, garantidos pela Constituição Federal no Artigo 196, complementado pela Lei 8.080/90, em seu Artigo 2º: “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1990). Tal direito já se conhece, o que se questiona, é por que este direito não nos é garantido em sua totalidade.

De acordo com (MERELES, 2016, p.1):

O **Sistema Único de Saúde**, nasceu a partir da Constituição de 1988, quando concedido aos cidadãos brasileiros o **direito à saúde**. O SUS é um sistema público de saúde, de gestão conjunta entre as três esferas: Federal, Estadual e Municipal, cujos objetivos são: o acesso integral, universal, igualitário e gratuito para toda a população brasileira – desde os exames básicos, até as cirurgias mais complexas, além de trabalhar preventivamente, com vigilância e promoção da saúde.

Porém, é cada vez mais preocupante o numero de reclamações por falhas, nos serviços de saúde oferecidos.

Segundo Martins e Waclawovsky (2015), é de extrema importância, que os gestores estejam preparados e cada vez mais qualificados para responder os problemas e desafios que se apresentam, ao mesmo tempo, devem ser ágeis e flexíveis, pois os problemas de saúde exigem cada vez mais urgência, nas soluções.

Ficar frente a frente e não conseguir solucionar um problema pela falta de estrutura, por exemplo, é no mínimo constrangedor para o gestor e quase que uma sentença de morte para o paciente e pode significar o insucesso do projeto de governo para a saúde, do ponto de vista da população.

Fato é que os recursos públicos destinados à área da saúde pelo Estado, são limitados e incompatíveis com a tamanha demanda que o sistema de saúde abrange, principalmente quando se fala de um país tão grande como o Brasil. O que torna, de certa forma, a efetivação de tal direito extremamente complexo, tendo em conta a probabilidade, nestas circunstâncias, de ocorrência de omissões na prestação desse direito fundamental, por parte do Estado (ANDRADE, 2010). Prover

serviços ambulatoriais e hospitalares e buscar a eficiência dos serviços de saúde oferecidos pelo SUS, tem se tornado, para a gestão, um processo de grande preocupação. É inegável a importância dos avanços na área da saúde, mas ainda é evidente, a persistência de problemas recorrentes estruturais e financeiros, principalmente nos pequenos municípios do interior.

## 1.2 TEMA E QUESTÃO DE PESQUISA

### 1.2.1 Delimitação do tema

De acordo com o CONASEMS, a responsabilidade do governo municipal pela saúde de seus cidadãos não termina nos limites do município. Garantir o atendimento integral a este cidadão, ou seja, complementar a assistência, mesmo fora do município, caso haja uma eventual necessidade, é uma corresponsabilidade da gestão municipal (BRASIL, 2009).

Os municípios tem a responsabilidade principal de prestar os serviços de saúde, mas às vezes, recebem muito menos dinheiro do que necessitam para que as políticas públicas funcionem e a quantidade das estruturas físicas e o número de profissionais seja suficiente (MERELES, 2016).

Frequentemente, o Governo Federal transfere para os municípios, recursos para construção de unidades e compra de equipamentos, mas não financia o custeio (profissionais, materiais e afins), tornando o sistema de saúde um fardo pesado no orçamento dos municípios.

Desta forma, é quase que impossível, mesmo o município tendo hospitais e postos de saúde com estrutura básica adequada e com equipes mínimas necessárias, manter todos os gastos. Além disso, o sistema exige vários outros gastos, como o transporte de pacientes para outros municípios, por exemplo, já que, alguns municípios, não possuem diversidade de especialidades médicas.

Segundo Bodstein (2002), a avaliação de políticas públicas, preocupada com processos de mudança, com resultados e impactos da execução de cada programa, adquire um papel imprescindível em um contexto democrático, de crescente responsabilização do gestor público e de controle social. Ora, se o assunto de saúde pública é de contexto democrático, ou seja, todos os cidadãos podem

participar direta e ativamente, na tomada de decisões do governo, então por que não ouvir a voz da comunidade, quando estes falam de “falhas” no sistema, ou, no mínimo, por que não mostrar a eles, as dificuldades em transformar estas “decisões” em ações.

Diante disso, o foco deste projeto, é fazer um diagnóstico dos problemas enfrentados para manter os serviços de saúde essenciais já existentes, analisando o cenário vivido por um pequeno município da Serra Gaúcha e neste contexto, verificar se o sistema é viável financeiramente.

### **1.2.2 Definição da questão de pesquisa**

Baseado na delimitação do tema de pesquisa proposto, o estudo busca saber: *“Quais as formas possíveis de viabilizar financeiramente o sistema de saúde de um município da Serra Gaúcha?”*.

## **1.3 OBJETIVOS**

### **1.3.1 Objetivo geral**

Elaborar uma análise da viabilidade econômico-financeira para oferta de serviços essenciais de saúde para um município da Serra Gaúcha

### **1.3.2 Objetivos específicos**

- Elaborar um referencial teórico sobre os principais pontos do referente estudo;
- Fazer um diagnóstico da estrutura atual do sistema de saúde;
- Analisar as informações contábeis;
- Analisar Receitas e Despesas.

## 1.4 JUSTIFICATIVA

O desafio, em qualquer país, consiste em aumentar a coerência entre os recursos, os serviços e as necessidades da comunidade, isto é, tentar eliminar os desequilíbrios geográficos, numéricos ou organizacionais (DUSSAULT, 1992).

Este desafio é muito maior em municípios pequenos, devido à falta de recursos, sejam financeiros, físicos ou humanos, causando mais sofrimento e desgaste a quem já se encontra debilitado e necessita destes serviços.

O município desta análise possui unidades básicas de saúde, dentro das normas previstas pelo Ministério da Saúde, com equipes mínimas adequadas e equipes de apoio, também estruturadas adequadamente. Possui também, serviço de atendimento móvel de urgência e um hospital com atendimento 24 horas. Porém o recurso recebido é insuficiente para manter todos estes serviços. A única especialidade médica do município é a clínica geral, sendo que o mesmo, não suporta financeiramente, contratos com especialidades diversas. Estas outras especialidades e até pequenas cirurgias, de caráter ambulatorial, mas que necessitam de anestesia, por exemplo, precisam ser encaminhadas para municípios vizinhos, gerando grandes gastos.

Numa análise preliminar da situação atual da Secretária Municipal da Saúde, do município objeto deste estudo, percebe-se nos gestores, certa impotência, por não poder ajudar as pessoas, num momento de grande sensibilidade para o paciente. Sentimento que logo se transforma em revolta, pois as pessoas, por mais leigas, conhecem os seus direitos e querem lutar por eles. Por outro lado, num município, cuja demanda é relativamente pequena, é fundamental analisar a eficiência e a viabilidade de manter os serviços essenciais.

Em função disso, torna-se fundamental um estudo criterioso a respeito da viabilidade de se manter ou colocar em prática, serviços essenciais de saúde. Desta forma entende-se, que o tema apresentado é de grande importância, tanto para fins acadêmicos, quanto para fins científicos e profissionais, justificando-se a sua realização.

## 1.5 ESTRUTURA DO ESTUDO

No primeiro capítulo será apresentada uma contextualização do tema, bem como os objetivos, a questão de pesquisa e a metodologia.

No segundo capítulo serão apresentados diversos referenciais teóricos, referentes ao Sistema Único de Saúde (SUS), à Contabilidade e Gestão Pública, como "ferramentas" de análise, com vistas a melhor compreensão das responsabilidades da administração pública na área da saúde e os vários empasses que podem dificultar os trabalhos dos mesmos. Além disto, será abordado um referencial teórico sobre viabilidade de investimentos, no setor saúde pública, que servirá de subsídio para a realização do estudo de caso em questão.

No capítulo três será descrita a metodologia que será usada para o desenvolvimento do estudo, onde serão evidenciados os diferentes aspectos metodológicos aplicados.

O quarto capítulo, descreve o estudo de caso, apresentando o ambiente desta pesquisa, através da caracterização histórica e econômica do município de Cambará do Sul/RS, bem como do sistema de saúde disponibilizado aos seus municípios. Finalizando com a análise dos dados coletados e a partir da pesquisa bibliográfica e documental realizada, será possível apresentar, a existência ou não da viabilidade econômico-financeira na oferta dos serviços essenciais de saúde, para o referido município.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo, trás uma breve revisão da literatura sobre vários aspectos da Gestão Pública, com a pretensão inicial apenas de possibilitar a compreensão das questões em torno deste assunto ou quem sabe, até proporcionar um novo processo de reflexão que permita responde-las com mais precisão.

Iniciando com o surgimento do SUS, abordaremos assuntos relevantes acerca da contabilidade pública, da gestão da saúde pública e de seu financiamento.

### 2.1 O SUS

O SUS foi criado em 1988, como resposta à insatisfação existente em relação aos direitos de cidadania, quando a saúde não era um direito de todos.

No livro Caminhos da Saúde Pública no Brasil, (FINKELMAN, 2002 p.138), conta um pouco da história do SUS:

Resulta de buscas e propostas defendidas ao longo de muitos anos, quando a assistência médica era um privilégio somente de trabalhadores com carteira assinada e de seus dependentes, através do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), hoje conhecido como Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), que era, uma autarquia filiada ao Ministério da Previdência e Assistência Social, hoje Ministério da Previdência Social. O INAMPS dispunha de estabelecimentos próprios, mas a maior parte dos atendimentos era realizada pela iniciativa privada, os convênios estabeleciam a remuneração por procedimento, consolidando a lógica de cuidar da doença e não da saúde. As pessoas que não se enquadravam neste critério, só tinham abrigo em hospitais beneficentes ou morriam pelas ruas. Eram tratadas como indigentes. Uma crise econômica, em meados da década de 70, afetou o financiamento da previdência social, com repercussões no INAMPS. Em 1979, o General João Baptista Figueiredo assumiu a presidência com a promessa de abertura política e tratativas de mudanças com universalização progressiva nos serviços de saúde.

Marcando a história da saúde pública brasileira, a Constituição de 1988, regulamentada pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que operacionaliza o atendimento público da saúde, estabelece a saúde como "direito de todos e dever do Estado" (BRASIL, 1988).

Em seu livro, Caminhos da Saúde no Brasil, Finkelmann (2002), complementa esta ideia, quando diz, que com a criação do SUS, toda a população

brasileira, passou a ter direito à saúde, bem como o acesso às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, direitos estes, universal, igualitário e gratuito, garantidos através de políticas sociais e econômicas que visem a redução dos riscos de adoecer e morrer.

Poucos meses depois, em Dezembro de 1990 o Ministério da Saúde (BRASIL, 1990), instituiu, a Lei nº 8.142 – que dá direito à sociedade, na participação da gestão dos serviços de saúde através dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde, sendo estes, um espaço político e um encontro de várias forças para a tomada de decisões. Além disso, os Conselhos de Saúde, representado por gestores públicos, prestadores de serviços, trabalhadores da saúde e usuários possuem caráter deliberativo e fiscalizador, seja das políticas públicas ou dos recursos financeiros, reforçando a ideia de controlar as ingerências.

Através das ideias, geradas, à partir das Conferências e dos Conselhos de Saúde, o SUS tem buscado se aprimorar nestes quase 30 anos e vem se redesenhando ano após ano, embasado em princípios e diretrizes, muito bem definidos, para fazer valer, a grande luta pelo direito integral a saúde e hoje, apesar de vários empassos, é uma das maiores conquistas dos cidadãos brasileiros.

### **2.1.1 Diretrizes e Pressupostos do SUS**

O Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (BRASIL, 2009), esclarece que, o Sistema Único de Saúde implica entender a saúde como um direito à própria vida. No contexto do SUS, as ações e serviços de saúde constituem um direito social que deve ser assegurado pelo Estado e gerido, sob a responsabilidade das três esferas autônomas de governo (federal, estadual e municipal), conforme pacto federativo brasileiro. O SUS segue a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos, em todo o território nacional, não se trata, portanto, de uma prestação de serviço ou uma instituição, mas de um “sistema estruturado”, composto por unidades, serviços e ações que devem trabalhar unidas, objetivando um fim comum.

O Art. 7º da Lei 8080/90 diz que: “As ações e os serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal”.

De acordo com o CONASS (BRASIL, 2003), as diretrizes e princípios, são os que seguem:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

A Lei 8.142/90 faz entender, que a participação da sociedade, direta e ativamente, na tomada de decisões do governo, talvez seja uma das diretrizes mais importantes do SUS, pois coloca a sociedade na corresponsabilidade da gestão. A mesma lei, dispõe sobre a forma de participação da comunidade, com a criação das Conferências de Saúde, que devem acontecer a cada 04(quatro) anos e servem para avaliar a situação de saúde do município e propor diretrizes para as políticas de saúde. A mesma Lei estabelece também, os Conselhos de Saúde, composto por representantes do governo, por trabalhadores da saúde, por prestadores de serviços de saúde e por usuários, de caráter permanente e deliberativo e que tem como responsabilidade, formular estratégias e participar da elaboração das metas para a saúde, além de controlar e fiscalizar o uso correto dos recursos recebidos.

## 2.2 GESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA

A gestão confunde-se com a administração, portanto gestão é o ato de administrar ou gerenciar negócios, pessoas ou recursos, com o objetivo de alcançar metas definidas e transformar estas metas, de forma ordenada, através do planejamento, da organização, da direção e do controle de ações (BASTOS, 2013).

Tajra (2014) defende que, administração é uma ciência, que utiliza técnicas e meios sistemáticos, para gerar os melhores resultados á uma organização, enquanto gestão, é o ato de comandar um processo, grupo de trabalho ou projeto, utilizando-se das técnicas e dos métodos administrativos”.

Saldanha (2006) complementa este conceito:

Governo é atividade política e discricionária e com conduta independente; administração é atividade neutra, normalmente vinculada à lei ou à norma técnica, é conduta hierarquizada; quanto à gestão, esta implica o atendimento aos seguintes parâmetros básicos: tradução da missão; realização de planejamento e controle; administração de recursos humanos, materiais, tecnológicos e financeiros; inserção de cada unidade organizacional no foco da organização; e tomada de decisão diante de conflitos internos e externos.

Conforme Navas (2008), a gestão em saúde, compreende as dimensões do “gerir e gerar” e parte do pressuposto, de que isto acontece, entre sujeitos, ainda que, com distintos graus de saber e de poder. Talvez essa seja uma das mais importantes contribuições desse sentido, pensar a gestão acontecendo entre sujeitos e por que não dizer para sujeitos.

O Ministério da Saúde, através do PlanejaSUS (BRASIL, 2006) explica, que é bem distinto o “Estar Gestor”, compromisso assumido de forma pontual, político ou técnico ou mesmo com uma área de governo do “Ser Gestor” que exige compartilhar um Projeto com competência política, capacidade técnica e sustentabilidade.

De acordo com o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde – CONASS (BRASIL, 2015), devido a todas as mudanças que ocorreram na Saúde Pública, houve e a necessidade de se aprofundar os estudos e conhecimentos que envolvem o processo de gestão em saúde. Este processo deve ocorrer de forma integrada e contínua, pelos gestores, sobre os serviços do governo, com as pessoas e os recursos disponíveis, para a realização das ações, porém, o poder público, é apenas

um dos sujeitos neste processo. A lei 8.142/90, instituiu a sociedade como co-gestora, criando desta forma, uma administração que inclui o pensar e o fazer coletivo.

A Controladoria Geral da União (BRASIL, 2005) deixa claro, que todas as funções clássicas da administração de qualquer entidade, seja pública ou privada, para assegurar o atendimento dos interesses coletivos, são de suma importância, mas na administração pública, o planejamento, a organização e o controle, são funções muito mais abrangentes e necessárias em virtude do dever de prestação de contas a que toda ou qualquer pessoa física ou jurídica, pública ou privada, que utilize, arrecade, guarde, gerencie ou administre dinheiros, bens e valores públicos ou pela qual a União responda, ou que, em nome desta, assuma obrigações de natureza pecuniária, está submetido.

### 2.2.1 Planejamento, organização e controle

De acordo, com material disponível no Portal da Administração:

**Planejamento** é o processo contínuo de percepção e análise em que se desenvolvem as tomadas de decisões, ou seja, consiste em definir objetivos para traçar metas, identificando as oportunidades, interpretando os dados e analisando os recursos disponíveis na organização; **Organização** trata do processo de designar tarefas, alocar os recursos e coordenar atividades. Trata-se da preparação dos processos a fim de obter os resultados planejados; Já o **Controle** compara o desempenho atual com o planejado, estabelecendo as correções necessárias no processo. O controle restringe e regula a execução da tarefa. Compara a execução e a avaliação dos resultados, com os padrões previamente estabelecidos, como também corrige qualquer discrepância que venha ser observada. (BASTOS, 2013).

Apesar de serem etapas de um processo, todas devem ser realizadas de forma integrada. Prever antecipadamente, acontecimentos e situações, para reagir de forma rápida e adequada, é atividade básica que um administrador, com visão sistêmica, deve exercer no seu dia-a-dia. Sempre prezando pela manutenção da organização no seu devido eixo, desta forma se torna possível alcançar objetivos previamente estabelecidos, com menor dificuldade e maior rapidez, ou seja, com maior eficiência (VECINA NETO; MALIK, 2017).

Planejamento é um termo largamente utilizado no cotidiano da política e da administração, tanto na esfera pública quanto na esfera privada. Por planejamento

entende-se um processo de racionalização das ações humanas que consiste em definir proposições e construir a sua viabilidade, com vistas à solução de problemas e atendimento de necessidades individuais e coletivas (TEIXEIRA, 2010).

Conforme o CONASS (BRASIL, 2011), no âmbito do SUS, os instrumentos de gestão para o planejamento e controle, são: o Plano de Saúde e as respectivas Programações Anuais, o Relatório de Gestão e o Relatório Resumido da Execução Orçamentária. Estes instrumentos se interligam sequencialmente compondo um processo cíclico de planejamento e gestão para operacionalização integrada, solidária e sistêmica.

O Manual de Planejamento do SUS, Brasil (2016), traz um breve conceito dos instrumentos de planejamento:

- **Plano de Saúde** – É o instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas, de cada esfera da gestão, para o período de quatro anos. Norteia a elaboração do planejamento e orçamento do governo no tocante à saúde e consolida as políticas e compromissos de saúde numa determinada esfera de governo.
- **Programação Anual de Saúde (PAS)** – É o instrumento que opera as intenções expressas no Plano de Saúde e tem por objetivo anualizar as metas do Plano de Saúde e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados
- **Relatório de Gestão (RG)** – Instrumento de controle, através do qual, os gestores prestam contas, dos resultados alcançados com a execução da PAS, apurados com base no conjunto de diretrizes, objetivos e indicadores do Plano de Saúde e orienta eventuais redirecionamentos.
- **Relatório Resumido de Execução Orçamentária (RREO)** – Criado como instrumento de controle, com o objetivo de permitir o monitoramento das metas fiscais, da aplicação de recursos pelas três esferas de governo e dos indicadores estabelecidos no Plano de Saúde e na Programação Geral de Ações e Serviços em Saúde (PGASS) e pactuados no Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP). Deverá ser realizado periodicamente por meio dos relatórios oficiais definidos como obrigatórios pela legislação do SUS.

## 2.2.2 Identificação dos modelos de atenção

De acordo com o CONASEMS (BRASIL, 2009), modelo de atenção é a forma como se organizam os recursos humanos, tecnológicos e materiais no enfrentamento dos riscos e atenção às necessidades de saúde da comunidade, proporcionando promoção, prevenção, proteção, assistência e recuperação de forma integral.

Conforme (MERHY *et al.*, 2004):

Os serviços de saúde rompem com a ideia, de que os modelos de atenção, são totalmente predeterminados e que seus autores, são todos intimamente ligados, ao objeto e ao campo empíricos analisados – indicam que sua “fabricação” resulta dos processos de negociação entre os atores dos serviços (trabalhadores, usuários e gestor-governo), de acordos nem sempre conhecidos. Em suas palavras, apontam que os atos de cuidado expressam, as muitas formas que as políticas de saúde podem assumir.

O PlanejaSUS (BRASIL, 2006), diz que é imprescindível, priorizar as ações de prevenção e promoção, de forma a se antecipar os eventos que causam danos à população, direcionando a atenção à saúde, para responder a prevalência dos problemas de saúde, para isso, é preciso superar de vez a relação de programação de oferta substituindo-a pela programação das respostas às necessidades da população. Passar da lógica da oferta de procedimentos à lógica do cuidado. Deve-se levar em conta, ainda, a economia de escala dos serviços em relação à sua qualidade sem deixar de considerar o nível de acesso dos cidadãos. É extremamente importante, considerar os níveis de atenção à saúde, definidos pelo SUS – Atenção Básica e Atenção Especializada – tendo em vista o porte e a capacidade da rede instalada, além dos recursos financeiros disponíveis.

Segundo a Revista “Saúde em Debate” (CEBES, 2003 apud Barbara Starfield, 2003. p. 28), a atenção básica ou primária, define-se como:

Atenção Básica é a porta de entrada no sistema de saúde do SUS. Atendendo todas as necessidades e problemas de saúde das pessoas (não direcionadas apenas para a enfermidade), ao longo do tempo, fornecendo atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordenando ou integrando os outros tipos de atenção fornecidos em algum outro lugar ou por terceiros. [...]. A atenção primária, aborda os problemas mais comuns da comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação [...]. Ela integra a atenção quando existem múltiplos problemas de saúde [...]. É a atenção básica que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde.

No SUS, a Atenção Básica, é normalmente estruturada, por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF) ou das Unidades Básicas de Saúde (UBS), juntamente com as equipes de apoio a estes serviços, como: os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), entre outros.

Já a Atenção Especializada, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), compõe um amplo espectro de serviços com diferentes graus de especialização e de modalidades de atendimento, cuja instalação, deve ser muito bem avaliada pelo gestor, pois demandam recursos altos e que podem tornarem-se ociosos, além do que, em várias áreas, o volume de pacientes é fator decisivo da qualidade do atendimento prestado, por vários profissionais de saúde. Em muitos casos, é mais interessante satisfazer estas demandas em municípios da mesma Região de Saúde. Acima de tudo, a rede municipal de atenção à saúde deve considerar parâmetros e evidências de gestão, técnicos e epidemiológicos, além de critérios que incluam economia de escala, qualidade, nível de acesso e, ainda, dimensões social, política e cultural do município.

### 2.3 CONTABILIDADE PÚBLICA

Segundo o sítio do Portal da Contabilidade (2017), define-se Contabilidade Pública como:

O ramo da contabilidade que registra, controla e demonstra a execução dos orçamentos, dos atos e fatos da fazenda pública e o patrimônio público e suas variações. Enquanto a Contabilidade Societária está relacionada com a atividade privada e rege-se pela Lei das Sociedades Anônimas e pelo Código Civil, que estabelecem regras de procedimentos contábeis, a Contabilidade Pública é regulada pela Lei 4.320/1964, que é a Lei das Finanças Públicas. Enquanto uma visa o patrimônio e o lucro, a outra visa à gestão. Na Contabilidade Pública, o mais relevante é o balanço de resultados, que trata da despesa e da receita, ou seja, de que forma foi arrecadado o dinheiro e como foi aplicado.

O mesmo portal acima contribui que, o objetivo da Contabilidade Pública é fornecer aos gestores, informações atualizadas e exatas para subvencionar a tomadas de decisões, aos órgãos de controle interno e externo para o cumprimento da legislação e às instituições governamentais e particulares, informações estatísticas e outras de interesse dessas instituições.

Andrade (2016) reforça a diferença marcante entre os ramos da contabilidade privada e da contabilidade aplicada ao serviço público: Enquanto a contabilidade privada, após ter formado o seu patrimônio, impulsionado pelas transações dos chamados capitais próprios e de terceiros, busca constantemente, o

chamado lucro financeiro ou econômico; a contabilidade pública, em razão dos seus objetivos sociais pretendidos, utiliza seu patrimônio, independentemente da geração de recursos ou dos resultados financeiros ou econômicos e sim, preocupada, com resultados sociais que privilegiem toda a população ou grande parte dela.

Os estudos de Contabilidade aplicada ao setor público são limitados à Contabilidade orçamentária, em face da ênfase ao fluxo de caixa e das necessidades de financiamento, que constituem uma característica das entidades sem finalidade lucrativa, como é o caso da atividade estatal. Segundo (SILVA, 2012, p. 44):

A Contabilidade pública está interessada, em todos os atos praticados pelo administrador, sejam de natureza orçamentária (previsão da receita, fixação da despesa, [...]) ou que sejam meramente administrativos (contratos, convênios, [...]), representativos de valores potenciais que poderão afetar qualitativa e quantitativamente o patrimônio no futuro.

Conforme Andrade (2016), nos municípios, são estabelecidos instrumentos básicos de planejamento da gestão, para todos os setores da administração pública, visando à programação dos recursos financeiros, necessários a execução de cada atividade.

Desta forma, vale entender também, um pouco sobre as ferramentas de planejamento, do governo, os quais são, segundo o CONASEMS (BRASIL, 2009): O Plano Plurianual (PPA): instrumento que estabelece as diretrizes, os objetivos e as metas para as despesas de capital e para as relativas aos programas de duração continuada; A Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) que compreende as metas e prioridades, além de orientar a elaboração da lei de orçamento anual (LOA's); e o Orçamento Anual que dispõe sobre a previsão da receita e a fixação da despesa, contendo programas de ação do governo e os diversos tipos de despesas necessários a cada um desses programas. Estes instrumentos devem relacionar-se entre si, havendo compatibilidade com os demais instrumentos de planejamento de todas as áreas da administração pública.

### 2.3.1 Orçamento Público

Segundo Bezerra Filho (2013), orçamento público, é uma ferramenta de planejamento dos entes federativos, regulamentada por lei, onde são projetados todos os ingressos e gastos orçamentários, além das transferências - constitucionais, legais e voluntárias - os pagamentos de dívidas e outros encargos, inerentes às funções e atividades estatais que serão realizados em um determinado período, com a finalidade de executar os programas e ações vinculados às políticas públicas, cujos objetivos, são: o controle de gastos (evitar abusos); a Gestão de recursos (ações, produtos e metas); o Planejamento (implementação de plano de médio prazo) e a Administração macroeconômica (distribuição de renda e crescimento econômico).

O CONASS (BRASIL, 2011) define a contabilidade pública, em relação ao orçamento, como um meio legal, que possibilita o exercício de controle permanente sobre a sua execução, de modo a espelhar o andamento de cada empreendimento, a natureza dos gastos nele realizados e o grau de regularidade na realização das receitas e despesas.

## 2.4 FINANCIAMENTO DA SAÚDE

Financiamento é uma operação financeira em que a parte financiadora (neste caso, o Estado), fornece recursos para outra parte que está sendo financiada (neste caso, a Saúde Pública), de modo que esta possa executar algum investimento específico previamente acordado.

Mesmo com um financiamento insuficiente, de acordo com o CONASEMS (BRASIL, 2009), o SUS tem sido o maior instrumento de resgate da dívida social brasileira, garantindo inclusão social de forma universal e participativa. É a expressão responsável da democracia brasileira quando estabelece mecanismos de relação entre entes federados com a comunidade.

O Sistema Único de Saúde tem uma clientela potencial de quase 200 milhões de pessoas, já que a Constituição de 1988 consagrou o acesso gratuito à Saúde como direito fundamental de todo cidadão, sem qualquer pré-condição. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), complementa que, embora seja possível ao

setor privado, atuar de forma complementar ao serviço público de Saúde, 70% da população brasileira depende do SUS como único meio de acesso aos serviços de Saúde. O tamanho da clientela nos dá a dimensão da responsabilidade social do SUS e, ao mesmo tempo, do desafio de financiar o sistema – um debate que se arrasta desde a promulgação da Constituição até os dias atuais. O maior volume de recursos é movimentado pela iniciativa privada, que inclui o pagamento do próprio bolso realizado pela população. A partir de 1988, o sistema de Saúde brasileiro experimentou diversos mecanismos de financiamento, entretanto ainda persistem as dificuldades para atingir o volume de recursos necessários à melhoria dos serviços ofertados à população. Nesse período, o sistema conviveu com perda de recursos e graves crises. Não existe sistema ideal ou modelos a serem seguidos. De modo geral, todos os países enfrentam problemas semelhantes na manutenção de seus sistemas de proteção social e este debate mantém-se atual e necessário no sentido de encontrar meios para garantir os recursos financeiros em volume suficiente para assegurar o direito constitucional à saúde.

O CONASS (BRASIL, 2011), defende que a escassez é uma característica inerente aos recursos em qualquer campo da atividade humana. Embora a magnitude da escassez possa variar no tempo e entre setores, jamais haverá suficiência de meios materiais para satisfazer integralmente todas as necessidades, de vez que as aspirações humanas são crescentes e ilimitadas.

As fontes de receita para custear as despesas com ações e serviços públicos de saúde são determinadas pela Constituição Federal de 1988 e de acordo com a legislação, o financiamento do Sistema Único de Saúde é responsabilidade conjunta da União, dos Estados e dos municípios e de outros meios de modo complementar.

#### **2.4.1 Atribuições dos Entes Federados**

Conforme a Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014), num país como o Brasil, com um enorme território e com grandes diferenças regionais, as tarefas precisam ser divididas entre os diversos entes, o que se torna um desafio na busca pelo equilíbrio e igualdade. Para trabalhar junto, essas unidades fizeram uma aliança política e administrativa, um pacto, o chamado pacto

federativo, o qual define como estão compartilhadas as competências para execução das políticas públicas. Eles podem dividir funções, mas todos devem ser parceiros para garantir os direitos da população.

A Emenda Constitucional (EC nº 29/2000) acrescenta artigos, na Constituição Federal para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde.

A Federação brasileira se organiza, assim, pela união indissolúvel entre União, estados, DF e municípios, todos dotados de autonomia e capacidade de auto-organização. O Brasil é o único País que reconhece os municípios como unidades federativas. Isso quer dizer que o município tem autonomia administrativa e financeira. Confira os compromissos de cada um, conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2014):

**UNIÃO – É** responsabilidade da União, coordenar os sistemas de saúde de alta complexidade e de laboratórios públicos; Planejar e fiscalizar o SUS em todo o País. O Ministério da Saúde responde pela metade dos recursos da área; a verba é prevista anualmente no Orçamento Geral da União;

**ESTADOS – É** papel dos governos estaduais criar suas próprias políticas de saúde e ajudar na execução das políticas nacionais aplicando recursos próprios (mínimo de 12% de sua receita) além dos repassados pela União. Os Estados também repassam verbas aos municípios. Além disso, os estados coordenam sua rede de laboratórios e hemocentros, definem os hospitais de referência e gerenciam os locais de atendimentos complexos da região;

**MUNICÍPIOS – É** dever do município, garantir os serviços de atenção básica à saúde e prestar serviços em sua localidade, com a parceria dos governos estadual e federal. As prefeituras também criam políticas de saúde e colaboram com a aplicação das políticas nacionais e estaduais, aplicando recursos próprios (mínimo de 15% de sua receita) e os repassados pela União e pelo estado. Igualmente os municípios devem organizar e controlar os laboratórios e hemocentros. Os serviços de saúde da cidade também são administrados pelos municípios, mesmo aqueles mais complexos;

**DISTRITO FEDERAL – Em** relação ao Distrito Federal, acumulam-se as competências estaduais e municipais, aplicando o mínimo de 12% de sua receita, além dos repasses feitos pela União.

#### 2.4.2 Modalidade de Transferência

De acordo com o CONASEMS (BRASIL, 2009), no modelo descentralizado de gestão do SUS, também conhecido como gestão plena, no qual o município assume a responsabilidade pelo relacionamento com os prestadores de serviço, cabe a União, a distribuição da maior parte dos recursos financeiros. Esta

distribuição acontece através da chamada transferência fundo a fundo. Os recursos do Fundo Nacional de Saúde são direcionados para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde. O valor dos repasses é definido de acordo com as condições de gestão, certificação e qualificação nos programas do Ministério da Saúde e tetos financeiros.

Como a ideia deste projeto, é analisar a situação de saúde municipal, o mesmo vai se deter somente, à referências municipais. Conforme O Fundo Nacional de Saúde (BRASIL, 2003), a base de cálculo para aplicação saúde é a seguinte:

- **Transferências Constitucionais** – Representam a parcela das receitas federais arrecadada pela União e repassada aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, como forma de amenizar as desigualdades regionais e promover o equilíbrio socioeconômico entre Estados e Municípios;

#### Quadro 1 – Transferências Constitucionais

<p>Total das Receitas de Impostos Municipais (ISS, IPTU, ITBI)</p> <p>(+) Receitas de Transferências da União:</p> <p style="padding-left: 20px;">Quota-Parte do FPM Quota-Parte do ITR</p> <p style="padding-left: 20px;">Quota-Parte da Lei Complementar nº 87/96 (Lei Kandir)</p> <p>(+) Imposto de Renda Retido na Fonte – IRRF</p> <p>(+) Receitas de Transferências do Estado:</p> <p style="padding-left: 20px;">Quota-Parte do ICMS</p> <p style="padding-left: 20px;">Quota-Parte do IPVA</p> <p style="padding-left: 20px;">Quota-Parte do IPI – Exportação</p> <p>(+) Outras Receitas Correntes (Receita da Dívida Ativa Tributária de Impostos, Multas, Juros de Mora e Correção Monetária)</p> <p>(=) Receita Própria do Município = Base de Cálculo Municipal X 15%</p>
---

Fonte: Produção do autor

- **Transferências Diretas (*Fundo a Fundo*)** – Conforme a Controladoria Geral da União (BRASIL, 2017) as transferências de fundo a fundo, são uma forma de repasse regular e automática com transferências independente de convênio ou instrumento congênere. São transferências tratadas separadamente por conta da relevância do assunto, por meio da celebração de convênios, de contratos de

repasses e, principalmente, de transferências fundo a fundo. O SUS compreende todas as ações e serviços de saúde estatais das esferas federal, estadual, municipal e distrital, bem como os serviços privados de saúde contratados ou conveniados. Os valores são depositados diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, propiciando que os gestores, contem com recursos previamente pactuados e no devido tempo, para o cumprimento de sua programação de ações e serviços de saúde.

- **Emendas, Convênios e Contratos de Repasse** – O CONASEMS (BRASIL, 2009) conceitua como, transferências de recursos financeiros, de dotações consignadas nos Orçamentos: Fiscal e da Seguridade Social visando à execução de programa de governo, em regime de mútua cooperação entre o Ministério da Saúde (MS) e os estados, Distrito Federal, municípios, instituições públicas e privadas sem fins lucrativos. A celebração de convênio deverá ser compatível, com as diretrizes, prioridades e ações do Ministério da Saúde estabelecidas no documento “Mais Saúde: Direito de Todos”. São firmadas a partir da apresentação de propostas provenientes de recursos de Programas do MS ou oriundos de Emenda Parlamentar prevista na Lei Orçamentária Anual (LOA).

Municípios que aplicarem recursos abaixo desse mínimo podem sofrer sanções, como ajustes compensatórios progressivos (ao longo de cinco anos), suspensão de repasses federais e intervenção do Estado, além disso, as autoridades municipais responsáveis podem ser alvo de processos que as tornam inelegíveis (BRASIL, 2009).

Para efeito de fiscalização e controle, a EC-29 estabelece que os estados e municípios, devem constituir fundos de saúde para receber os recursos locais e os recursos transferidos a serem aplicados na área de saúde. Além disso, determina a constituição dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, que são os responsáveis por fiscalizar a aplicação dos recursos. Desde 2006, quando foi estabelecido o “Pacto pela Saúde”, as transferências condicionais especificadas pela EC-29 são destinadas pela União aos governos locais por meio de blocos de financiamento, conforme Portaria GM/MS n. 204, de 29 de janeiro de 2007 (BRASIL, 2011).

## 2.5 ANÁLISE DE VIABILIDADE DE INVESTIMENTOS

Para que possamos pensar na viabilidade de um investimento é necessário entender a conexão entre o que deve ser feito por solicitação recorrente e o que pode ser feito com as condições e limitações existentes.

Conforme Lima e Muniz (2016),

A saúde financeira dos governos é condição essencial para o fornecimento contínuo de bens e serviços públicos de qualidade à população. Assim, qualificar um governo com condição financeira forte ou fraca é um indicativo de que as necessidades da comunidade estão ou não, sendo atendidas satisfatoriamente. Todavia, mensurar a condição financeira não é tarefa fácil, visto que existem vários métodos e técnicas de análise que precisam ser dominadas pelos analistas. Além disso, os governos possuem características diversificadas que devem ser levadas em consideração no processo de análise da sua condição financeira, tais como: necessidades e dificuldades específicas da comunidade, tipos e níveis de gastos exigidos pela população para o fornecimento de bens e serviços, potencial de geração de receitas segundo a base econômica, necessidades de investimentos, carga do endividamento, grau de atenção dispensada à gestão financeira, dentre outras.

É preciso analisar se temos condições, físicas, políticas, econômicas e técnicas de operar este plano com efetividade e eficiência. Faz-se necessário, analisar a possibilidade de construção, de funcionamento e de continuidade deste plano. Mais importante ainda é identificar todas as implicações de cada etapa da ação envolvida na implantação de um projeto e saber o momento e a ordem certa da execução de cada uma delas e só assim passar para a etapa seguinte. Uma vez conhecidas as capacidades ou restrições de um projeto, é possível para os gestores, a tomada de decisões (GOMES, 2013).

Segundo Assaf Neto e Martins (1985), o estudo de avaliação de investimentos refere-se às decisões de aplicações de capital em projetos que prometem retornos por vários períodos consecutivos:

O investimento de capital se apresenta geralmente como uma parte (algumas vezes pequena) do processo de tomada de decisões empresariais. Frequentemente, objetivos estratégicos se apresentam como fatores decisivos e relevantes na seleção de projetos de investimentos. Esta realidade frustra, em diversos momentos, posições mais teóricas de se identificar as melhores alternativas a partir unicamente dos métodos quantitativos de avaliação de investimentos. Outros fatores de importância são também considerados na avaliação, permitindo incorporar um estudo de natureza qualitativa (ASSAF NETO; MARTINS, 1985).

A visão empresarial da análise de investimentos parte do princípio, de que uma empresa realiza um investimento – num equipamento mais moderno, numa expansão da capacidade de produção, numa nova tecnologia – porque tem uma expectativa de retorno financeiro para ele. Numa instituição pública de saúde não se espera, em geral, um retorno financeiro. Porém, esperam-se determinados resultados – como maior produtividade ou capacidade, maior precisão no diagnóstico, maior qualidade, etc. –, e a técnica de análise de investimentos pode, portanto, ser útil se devidamente adaptada (COUTTOLENC; ZUCCHI 1998).

É de extrema importante, colocar na balança também, os aspectos de risco característico a todo projeto, já que, a ideia de investimentos é uma decisão tomada em relação ao futuro.

Conforme citação de Antunes (2008), muitos programas e iniciativas foram criados com o objetivo de conhecer os motivos e propor ações corretivas para esses problemas. Porém, a insuficiência de recursos muitas vezes impõe aos dirigentes das organizações, a utilizarem de maneira racional, toda e qualquer quantia de recursos que tem disponível. Tal fato pode os levar a tomar decisões complicadas, como, por exemplo, extinguir em parte ou totalmente um determinado programa que vem sendo desenvolvido. É nesse contexto que a avaliação de projetos sociais obtém o seu destaque. Tal avaliação fornece informações de caráter estratégico aos gestores, deste modo os mesmos podem lidar mais facilmente com as decisões e tomá-las de maneira mais inteligente. Com uma quantidade relevante de informações, é possível saber: quais projetos ou programas estão realmente funcionando, quais não estão, quais os custos associados aos diversos programas, quais as contribuições proporcionadas pelos programas, além de, ser possível ainda, propor mudanças que acarretem em melhorias para o projeto desenvolvido.

Antunes (2008), ainda acrescenta que:

A coleta sistemática de informações, sobre as ações, características e resultados de um programa, e a identificação e aplicação de critérios, passíveis de ser defendidos publicamente, para determinar o valor (mérito e relevância), a qualidade, a utilidade, a efetividade ou a importância destes programas, quando avaliados de acordo com os critérios estabelecidos, geram recomendações para melhorar o programa e melhorar também, as informações para prestar contas, aos públicos interno e externo, sobre a importância do programa de trabalho desenvolvido.

### 2.5.1 Métodos de Análise de Viabilidade

Estamos numa época, em que os recursos públicos destinados a áreas sociais são muito escassos, em compensação, as demandas aumentam, numa proporção ainda maior, tornando-se de suma importância uma gestão eficaz, eficiente e efetiva, como forma de solucionar um problema ou responder a uma carência social.

Conforme (CAMPOS; ABEGÃO; DELAMARO, 2002), **Eficácia** é a capacidade de produzir o efeito desejado, o resultado previsto; **Eficiência** é a capacidade de utilizar os insumos adequadamente, de forma racional e econômica e **Efetividade** é a capacidade de produzir uma diferença positiva num dado contexto, de forma permanente. Os mesmos autores, ainda complementam que:

Numa época em que os recursos públicos destinados à área social escasseiam e as demandas, em contrapartida, aumentam é necessário o desenvolvimento de uma cultura voltada para a elaboração, o monitoramento e a avaliação, que compreenda tais processos não apenas como etapas subsequentes destinadas à definição das metas, acompanhamento do cronograma e do fluxo de caixa e checagem dos resultados, com vistas à captação de recursos e posterior prestação de contas junto aos financiadores, mas sim como “práticas adequadas ao aperfeiçoamento do processo de tomada de decisão na gestão dos projetos, em especial na área social”. Neste sentido, a atenção – de uma maneira geral, e em especial entre as agências financiadoras – tem se voltado para a efetividade das ações e não apenas para a eficiência e eficácia no cumprimento das metas. Importa saber se, além de uma utilização conscienciosa dos recursos, as ações contribuíram para uma mudança positiva na situação-problema (CAMPOS; ABEGÃO; DELAMARO, 2002).

Segundo Ugá (1995), as técnicas de avaliação econômica dos serviços de saúde vêm gerando sobre a maior parte dos profissionais desta área sentimentos de "amor e ódio".

Sobre alguns, essas técnicas exercem absoluto fascínio, tal como, em geral, todo instrumento de análise que apresente métodos de quantificação de recursos e produtos e, enfim, de racionalização da tomada de decisões no nível da programação de serviços de saúde. Sobre outra parcela destes profissionais, principalmente aqueles que trabalham na ponta do sistema, isto é, na atenção médica, as técnicas em questão são objeto do mais profundo desprezo, sob o argumento de que a vida humana não tem preço.

Levando em consideração, esta ambivalência, todas as análises e ações devem priorizar a satisfação do sujeito principal, neste caso o paciente, identificando assim o programa ou intervenção que gera melhor resultado, é nisto que se constitui um instrumento de avaliação.

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA**

Com o intuito de confrontar a teoria citada com o problema vivido no dia a dia, no sistema de saúde oferecido por um pequeno município da serra gaúcha, a metodologia utilizada nesta pesquisa, será um estudo de caso único, com exploratória documental e análise qualitativa dos dados.

##### **3.1.1 Quanto aos procedimentos técnicos**

Quanto aos procedimentos técnicos, esta pesquisa dar-se-á através de estudo de caso único, levantamento e análise bibliográfica e documental.

De acordo com Gil (2002), o estudo de caso é uma modalidade de pesquisa muito utilizada nas ciências biomédicas e sociais. Representa um estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, de modo que permita seu amplo e detalhado conhecimento, tarefa praticamente impossível mediante outros delineamentos já considerados. Neste caso, das ciências biomédicas, o estudo de caso costuma ser utilizado tanto como estudo-piloto para esclarecimento do campo da pesquisa em seus múltiplos aspectos quanto para a descrição de síndromes raras. Seus resultados, de modo geral, são apresentados em aberto, ou seja, na condição de hipóteses, não de conclusões. Durante muito tempo, o estudo de caso foi encarado como procedimento pouco rigoroso, que serviria apenas para estudos de natureza exploratória. Hoje, porém, é encarado como o delineamento mais adequado para a investigação de um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto real, onde os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente percebidos.

Para Prodanov e Freitas (2013, p.60), o estudo de caso expressa-se pela coleta e análise de informações sobre determinado indivíduo, uma família, um grupo ou uma comunidade, a fim de estudar aspectos variados e relevantes de sua vida, de acordo com o assunto da pesquisa. É um tipo de pesquisa qualitativa e/ou quantitativa, entendido como uma categoria de investigação que tem como objeto o estudo de uma unidade de forma aprofundada, para isso, devem ser levados em

conta alguns requisitos básicos, para sua realização, entre os quais, severidade, objetividade, originalidade e coerência.

Sobre a pesquisa documental, Prodanov e Freitas (2013), dizem que, a mesma, devido a suas características, pode ser confundida com a pesquisa bibliográfica.

Gil (2008, p.51) destaca como principal diferença entre esses tipos de pesquisa a natureza das fontes de ambas as pesquisas:

Enquanto a pesquisa bibliográfica se utiliza fundamentalmente das contribuições de vários autores sobre determinado assunto, a pesquisa documental baseia-se em materiais que não receberam ainda um tratamento analítico ou que podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa.

### **3.1.2 Quanto à abordagem do problema**

A abordagem do problema classificar-se-á como qualitativa. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), diz que:

A pesquisa qualitativa se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. A diferença entre qualitativo e quantitativo é de natureza. Enquanto cientistas sociais que trabalham com estatística apreendem os fenômenos apenas a região “visível, ecológica, morfológica e concreta” (abordagem quantitativa), a abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas.

Prodanov e Freitas (2013) acreditam que, existe uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre ambos, que não pode ser traduzido em números. A interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicas no processo de pesquisa qualitativa. Esta não requer o uso de métodos e técnicas estatísticas. O ambiente natural é a fonte direta para coleta de dados e o pesquisador é o instrumento-chave. Tal pesquisa é descritiva. Os pesquisadores tendem a analisar seus dados indutivamente. O processo e seu significado são os focos principais de abordagem.

### 3.1.3 Quanto aos objetivos

Quanto aos objetivos a pesquisa dar-se-á de maneira exploratória. De acordo com Gil (2002), as pesquisas deste modelo, têm como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais claro ou a constituir hipóteses. Pode-se dizer que estas pesquisas têm como objetivo principal o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições. Seu planejamento é, portanto, bastante flexível, de modo que possibilite a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado.

Prodanov e Freitas (2013, p.51), complementam esta ideia:

Quando a pesquisa se encontra na fase preliminar, a pesquisa exploratória tem como finalidade proporcionar mais informações sobre o assunto que vamos investigar, possibilitando sua definição e seu delineamento, isto é, facilitar a delimitação do tema da pesquisa; orientar a fixação dos objetivos e a formulação das hipóteses ou descobrir um novo tipo de enfoque para o assunto.

Diante das colocações dos autores, entende-se que as metodologias escolhidas são as mais adequadas para o tipo de estudo proposto.

## 3.2 PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

- Entrevistas informais visando conhecer o início do sistema de saúde oferecido no município;
- Levantamento dos dados de receita e despesa, do sistema de saúde municipal, dos últimos três anos, 2015 a 2017 e projeção para 2018;
- Análise dos dados levantados utilizando o embasamento teórico, alinhado ao objetivo e a questão de pesquisa;
- Tabulação das respostas utilizando o Excel.

## 4 ESTUDO DE CASO

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

Conforme consta no site do município, existem referências, de que mesmo antes do descobrimento do Brasil, por volta de 1494, o território do atual município de Cambará do Sul, pertencia aos reis da Espanha e que viviam aqui, índios do grupo Jê, cujos remanescentes, passaram a denominar-se: Caaguás e mais tarde Caigangues. Destes, são encontrados vestígios, em vários locais do município, pois estes nativos construíam suas habitações, em buracos cavados no chão, geralmente no topo de morros e ali ficavam até seguirem para outros lugares já que possuíam o estilo de vida nômade.

O início do povoamento, do município de Cambará do Sul, deu-se somente em 17 de abril de 1864 com a doação de 20ha de terra feito por Dona Úrsula Maria da Conceição, filha de uma das famílias mais tradicionais da região, em cumprimento a uma promessa feita ao seu padroeiro de devoção, São José.

Só em 20 de dezembro de 1963, o governador do Rio Grande do Sul, Sr. Ildo Meneguetti, sancionou e promulgou a Lei n.º 4678, dando origem ao município, instalado em 31 de janeiro de 1965, que até então era um distrito de São Francisco de Paula.

A palavra Cambará é de origem tupi-guarani e significa “folha de casca rugosa”. É o nome de uma árvore típica da região. Na praça central de Cambará do Sul é possível conhecer a árvore. Suas folhas verde-claro são conhecidas pelo poder medicinal. São ótimas no combate a gripes e tosses fortes.

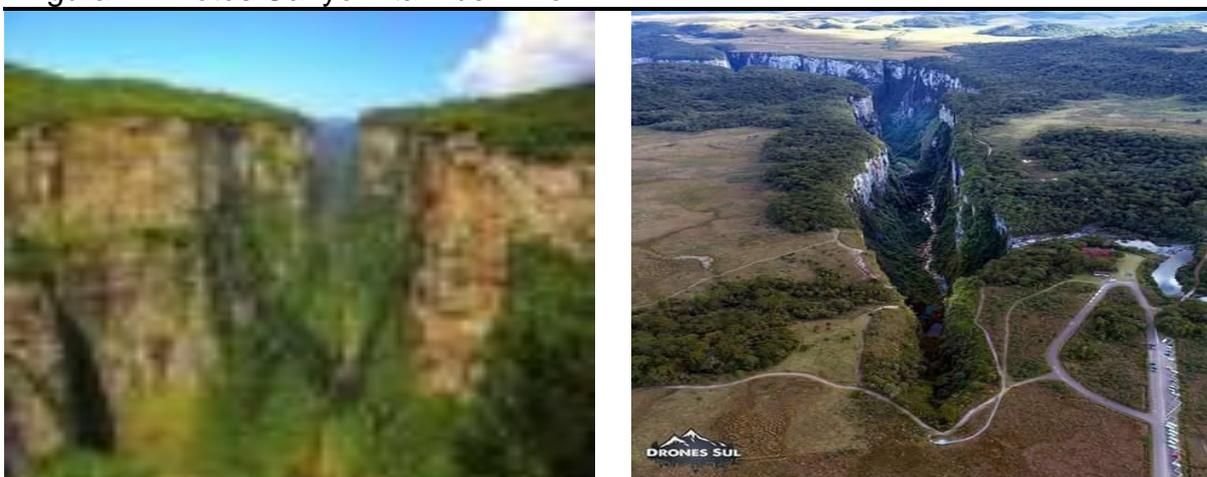
Cambará do Sul é conhecida também como a “Terra dos Cânions”. A pequena cidade é campeã no ranking de baixas temperaturas, sendo que o seu inverno está sempre entre os lugares mais frios do Brasil.

O maior potencial econômico do município manifesta-se através da Indústria madeireira, pela produção e beneficiamento de pinus *elliottii*, resultante do intenso reflorestamento. Seguindo pela apicultura, outra riqueza do município, propiciada pela presença de matos naturais com árvores de grande porte. A produção de mel atinge em média 150 toneladas/ano. Outra importante área do setor econômico é o turismo, hoje o município recebe em torno de 130 mil turistas ao ano, e conta com

mais de 30 pousadas e hotéis. Este ramo importante cresce e alavanca novas oportunidades para o município como serviços de transporte aos cânions, serviço de guias turísticos e crescimento também no setor gastronômico. O município também conta com pequenos produtores rurais no ramo de agricultura e pecuária.

A cidade abriga um dos maiores e mais belo Cânion do Brasil, o Itaimbezinho, cujas formações rochosas de pelo menos 130 milhões de anos, parecem ter sido "aparadas" de maneira minuciosa. Para quem nunca esteve à beira de um cânion, a sensação é realmente indescritível.

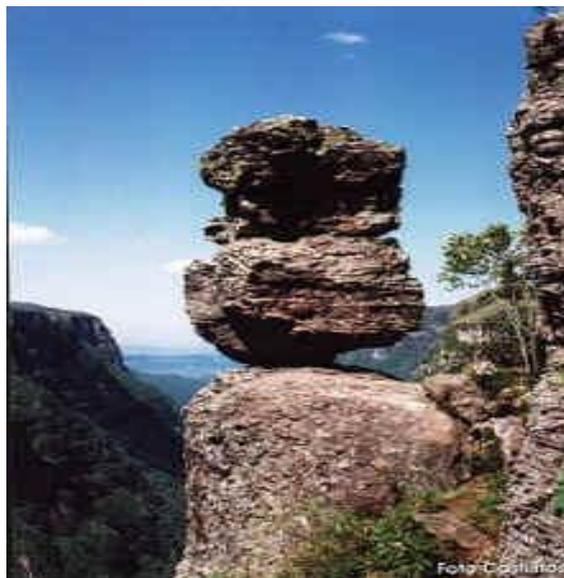
Figura 1 – Fotos Canyon Itaimbezinho



Fonte: Sítio Cambará do Sul-RS

Outro, não menos belo e nem menos famoso é o Cânion Fortaleza, que leva este nome, pela configuração de suas paredes, entalhadas verticalmente na rocha e sinuosas ao longo de sua frente, lembrando uma imensa fortaleza, que se estende por cerca de 5.800m de comprimento, por 2.000m de largura e uma profundidade de 600m. O ponto culminante do Cânion está a 1.157m de altura e em dias límpidos é possível avistar a linha de praia. Um dos pontos de maior destaque da Fortaleza é a Pedra do Segredo, um bloco monolítico de 5m de altura, que está apoiado numa pequena base, a qual dá ao observador a impressão que basta um simples toque para fazê-la cair. Outros pontos que também merecem destaque são: Pico do Gavião, Invernada da Alegria, Serra da Pedra, Arroio da Fortaleza, Fundo do Macuco e o Malacara.

Figura 2 – Fotos Canyon Fortaleza



Fonte: Sítio Cambará do Sul-RS

Cambará do sul é uma pequena cidade do interior da serra gaúcha, com área de 1.213km<sup>2</sup> e população estimada em 6.687 habitantes, distribuídos em torno de 53% na zona rural e o restante na zona urbana segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2016. Localizada longe dos grandes centros, a cidade ainda sofre com a falta de estrutura em várias áreas, principalmente na área da saúde, o que vale um estudo da situação, para tentar reduzir as carências encontradas.

A seguir, conheceremos o sistema de saúde oferecido pelo município, objeto deste estudo.

## 4.2 SISTEMA DE SAÚDE

Após muita procura, chegou-se a conclusão, de que não existem registros concretos no município, sobre o início do sistema de saúde. Porém, conversas informais com pessoas envolvidas na administração abriram lacunas sobre a forma como o sistema foi conduzido desde o início, o que tornou necessária, a busca mais profunda por informações.

Numa entrevista informal, agendada, com o Senhor Telmo Ubiratan Trindade Teixeira, 72 anos, morador do município desde que nasceu, pessoa ilustre e participante ativo de todos os problemas do município, que por motivos particulares,

abandonou a vida política, há pouco mais de 10 anos, o mesmo contou que, o sistema de saúde em Cambará do sul, nasceu mesmo antes de sua emancipação, por volta de 1940, quando foi construído pela empresa Celulose Cambará S/A, o primeiro hospital do município. Era uma casa simples de madeira, que funcionava em Ouro Verde, na época distrito de São Francisco de Paula. Porém os atendimentos eram somente para funcionários da empresa, credenciados ao INSS/INAMPS. Por questões financeiras, a empresa teve que encerrar todos os atendimentos, inclusive para funcionários, por volta de 1960. Foi então, que Telmo Teixeira, com a ajuda de outros moradores, se reuniam, liderando campanhas, para buscar a emancipação do município e até para arrecadar, desde dinheiro e equipamentos, até locais que pudessem servir como consultórios de atendimentos à população, como igrejas ou como locais para laser. Foi assim, que em 1973, foi instalado o primeiro Sindicato Rural, oferecendo atendimentos básicos, na área médica e odontológica. Porém este também era credenciado pelo INSS/INAMPS, e somente eram atendidos, trabalhadores com carteira assinada. Com a ajuda do Engenheiro Afonso Celso Tigre, de Porto Alegre, que projetou de graça a planta baixa, foi construído o prédio do hospital existente até os dias atuais, então restava para os mesmos idealizadores equiparem o ambiente. Como pessoas de credibilidade, conseguiram comprar equipamentos de última geração da época para pagar conforme pudessem e conforme arrecadassem com os serviços prestados. Infelizmente os atendimentos ainda eram privados.

Por falta de experiência e contabilidade sem controle e ainda a crise econômica que afetou o financiamento da previdência social, em meados da década de 70, a situação era a cada dia pior, o que fez com que a Prefeitura, assumisse a gestão do hospital, para continuar prestando os serviços à população.

Hoje o município possui duas formas de organização de recursos, com o objetivo de enfrentar os riscos e atender as necessidades da população: A Atenção Básica, oferecida pela Secretaria Municipal de Saúde, através das Unidades Básicas de Saúde e a Atenção Especializada, oferecida pela Fundação de Saúde São José.

Os tópicos a seguir apresentam de que forma é organizado o sistema de saúde do município, onde e como os fatos acontecem, possibilitando a elaboração de um estudo econômico e financeiro dos serviços ofertados, tanto na Secretaria de Saúde quanto na Fundação Hospitalar.

#### **4.2.1 Secretaria Municipal de Saúde**

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS), instituída através da Lei Municipal nº 676 de 13 de março de 1991, com o objetivo de zelar pela saúde pública e bem estar social dos munícipes é responsável pelo oferecimento da Atenção Básica, entendida como o primeiro nível da atenção à saúde no SUS.

As principais atribuições da Secretaria são a prevenção, promoção e assistência médica e odontológica dos usuários, atuando na reabilitação, recuperação e melhora na qualidade de vida, priorizando grupos de maior vulnerabilidade.

A Secretaria Municipal de Saúde presta atendimento à população através do setor administrativo e de Equipes da Estratégia da Saúde da Família (ESF), trabalhando em conjunto com vários outros programas de apoio, criados pelo Ministério da Saúde e aderidos pelo Município.

No setor administrativo são realizados os agendamentos de exames e consultas especializadas, o controle de deslocamento para os pacientes em tratamento fora do município, cujo transporte é feito por três veículos da Secretaria e por mais uma empresa terceirizada. Também no setor administrativo, é feita a compra e a dispensação de medicamentos, equipamentos e materiais de consumo; o cadastramento de usuários no sistema nacional de saúde; a digitação dos relatórios de produção nos sistemas de informação do Ministério da Saúde; a elaboração de projetos para aumento de recebimento de recursos; as prestações de contas através do Relatório de Gestão e SIOPS, além de todos os outros serviços administrativos, necessários ao funcionamento da secretaria.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 1997, p.13), no Livro Saúde da Família: Uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial, as atividades das equipes da Estratégia da Saúde da Família, devem ser desenvolvidas de forma dinâmica, com avaliação e acompanhamento permanente dos indicadores de saúde de cada área de atuação. Assim, as equipes de Saúde da Família devem estar preparadas para conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis e elaborar, juntamente com a comunidade, um plano de enfrentamento das situações de risco as quais a população está exposta.

O município possui três equipes de ESF, sendo que uma das equipes atende paralelamente, a três Unidades Básicas de Saúde (UBS), num total de cinco unidades, atingindo 100% de cobertura de atenção às famílias do município. Duas destas equipes possuem adesão ao Programa de Saúde Bucal e a outra atende sem Saúde Bucal. Cada ESF possui equipe mínima estabelecida pelo Ministério da Saúde.

O ESF 1 está localizado na Vila Unidos, distante 30Km da sede do município e é responsável pelo atendimento de 750 moradores.

O ESF 2 funciona da sede do município e tem por sob sua responsabilidade, em torno de 3.800 pessoas.

E ESF 3, abrange três Unidades Básicas de Saúde, que juntas atendem em torno de 2.100 moradores, sendo uma média de 45% moradores da zona rural: UBS Vila Osvaldo Kroeff, distante 09km da sede do município responsável por atender 800 moradores; UBS Vila Santana, distante 03km da primeira e 12km da sede, sendo esta unidade, responsável pelo atendimento à 1.100 pessoas e a UBS Bom Retiro, situada 12km longe da segunda e 30km longe da sede, responsável por prestar atendimento a mais ou menos 200 moradores.

A base de atuação das equipes de ESF, são as unidades básicas de saúde, incluindo atividades em conjunto com as equipes de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Saúde Bucal e o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), monitorando permanentemente, a situação de saúde das famílias e dando prioridade aos problemas identificados.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), desenvolvido pelo Ministério da Saúde em 1991 e implantado no município de Cambará do Sul, desde 2001, possui 16 servidores, que atuando anexado ao ESF, colaboram para buscar alternativas para melhorar as condições de saúde da comunidade na qual atua. O Agente comunitário de saúde tem papel muito importante, quando se trata do fortalecimento do vínculo, entre o paciente e o profissional de saúde, já que é também membro da comunidade na qual atua.

O NASF foi implantado no município em 2006 e é composto por 05 profissionais da saúde, de diferentes áreas de conhecimento, que como o próprio nome diz, operam, como apoio às equipes de ESF, compartilhando práticas e saberes, direcionados a populações específicas, como por exemplo, os grupos de

tabagismo, grupos de gestantes, oficinas terapêuticas, além de outros, buscando ampliar a abrangência das ações da atenção básica e contribuindo para a totalidade do cuidado aos usuários do SUS.

O município possui também adesão ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), que como o próprio nome diz, busca melhorar sempre o acesso e a qualidade dos atendimentos na atenção básica.

Outra forma de garantir o cuidado total no município é através da Vigilância em Saúde, que incorpora a Vigilância Epidemiológica, a Vigilância Ambiental, a Promoção de Saúde e a Saúde do Trabalhador, estabelecendo prioridades e estratégias para diminuir ou prevenir os riscos à população.

A Secretaria de Saúde em conjunto com as Secretarias de Educação e de Assistência Social e Habitação, compõem o Grupo Técnico Municipal (GTM). Juntas, são responsáveis, pelo programa Primeira Infância Melhor (PIM), cumprindo ações socioeducativas, para o desenvolvimento das capacidades físicas, intelectuais, sociais e emocionais, das famílias com crianças de zero até seis anos de idade e gestantes. Também a união entre a Secretaria de Saúde e a de Educação, desenvolvem ações visando o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino, através do Programa Saúde na Escola (PSE).

Além de todas as ações desenvolvidas na atenção básica, a Secretaria de Saúde, auxilia o Estado na atenção especializada, oferecendo um serviço essencial de urgência e emergência, o SAMU. Trata-se de um serviço pré-hospitalar, de suporte básico de vida, que visa conectar as vítimas aos recursos que elas necessitam e com a maior brevidade possível. Buscando sempre, melhorar o acesso e a qualidade na Atenção Básica, a Tabela 1, da página seguinte, mostra o quadro dos servidores da Secretaria Municipal de Saúde, incluindo o setor administrativo e profissionais vinculados aos programas de saúde, alocados em cada Unidade Básica de Saúde, que juntos, asseguram o atendimento da demanda, seja ela programada ou espontânea, oferecendo serviços com seriedade, para garantir a integridade da assistência à saúde, para toda a população, conforme as determinações do Sistema Único de Saúde.

Tabela 1 - Quadro de Servidores da Secretaria Municipal de Saúde – Dez/2017

Cargo	Contrato	ESF 1	ESF 2	ESF 3		
				Hs	UBS Vila Unidos	UBS Central
Agente Admin.	40		2			
Agente Saúde	40	3	6	2	3	2
Atend. Farmácia	40		1			
Aux. Saúde Bucal	40		1		1	
Condutores	40		4			
Coord. Geral	40		1			
Coord. Saúde	40		1			
Coord. Vigilância	40		1			
Digitador	40		1			
Educador Físico	40		1			
Enfermeiro	40	1	2		1	
Farmacêutico	40		1			
Fisioterapeuta	40		1			
Médico Geral	40	1	1		1	
Médico Pediatra	20		1			
Médico Veterinário	20		1			
Motoristas	40		5			
Odontólogo	40		1		1	
Odontólogo	20	1				
Psicólogo	40		1			
Recepcionistas	40		1	1	1	
Secretário Saúde	40		1			
Serventes	40	1	1	1	1	
Téc.Enfermagem	40	1	2	1	1	1
Téc.Enfermagem	40		2			
Visitadores PIM	40	1	3	2	2	1
<b>Total - 75</b>		<b>9</b>	<b>43</b>	<b>7</b>	<b>12</b>	<b>4</b>

Fonte: Produção do autor

#### 4.2.2 Fundação Hospitalar São José

Fica claro entender que, embora a atenção básica em saúde sirva de base orientadora do sistema, uma porta de entrada preferencial, os procedimentos realizados diretamente em seus serviços, não esgotam as necessidades dos pacientes do SUS.

A Atenção Especializada, ou seja, os atendimentos e procedimentos que não podem ser feitos a nível ambulatorial são oferecidos, através da Fundação de

Saúde São José (FHSJ). Instituída através da Lei Municipal nº 289 de 19 de Setembro de 1977, hoje Fundação Hospitalar São Jose, uma entidade autárquica municipal, com personalidade jurídica de direito público, patrimônio próprio e autonomia econômica, financeira e administrativa, de gestão dupla – municipal e estadual - por atender pacientes na média e na alta complexidade.

O hospital dispõe de 33 leitos, garantindo 100% de acesso aos usuários do SUS, dentro das linhas de cuidado, nas especialidades contratadas nas áreas de: clínica geral, clínica ginecológica, obstétrica e pediátrica, psicologia, assistência social, psiquiatria, saúde mental, unidade de isolamento, bem como, serviço de farmácia para uso interno, ambulatório, radiologia e diagnóstico por imagem, além de desenvolver atividades que levem ao aprimoramento do pessoal e da assistência prestada.

A Tabela 2 abaixo mostra o quadro de servidores efetivos, na Fundação Hospitalar, incluindo profissionais da saúde e administrativo, além de mais 5 que não constam na tabela, por serem contratados, somente, para prestação de serviços de plantão médico, para os períodos da noite e finais de semana, todos, com a missão institucional de prestar assistência médico-hospitalar a toda a população cambaraense.

Tabela 2 - Quadro de Servidores da Fundação Hospitalar São José – Dez/2017

Cargo	Quantidade
Agente Administrativo	3
Assistente Social	1
Auxiliar Farmácia	3
Auxiliar RX	1
Cozinheira	2
Diretora	1
Enfermeiro	4
Farmacêutico	1
Médico	4
Motorista	3
Nutricionista	1
Psicóloga	1
Recepcionista	1

(continua)

(conclusão)	
Cargo	Quantidade
Servente	7
Técnico em Enfermagem	19
Técnico em Radiologia	4
Vigia	5
<b>Total</b>	<b>61</b>

Fonte: Produção do autor

Na Tabela 3, é possível visualizar o número médio mensal, por tipos de atendimentos, realizados nas áreas Hospitalar e Ambulatorial da Fundação Hospitalar São José, os quais compreendem a atenção integral, de acordo com a capacidade instalada e com as necessidades dos usuários. A tabela tem por base histórica, os períodos de Agosto de 2016 até Julho de 2017:

Tabela 3 - Número médio mensal por tipo de atendimento (em Número Absoluto)

Forma de Organização	Hospitalar	Ambulatorial
Cirúrgico	1	
Obstétricos	1	
Clínico	15	
Psiquiatria	3	
Pediátricos	2	
Saúde Mental	5	
Diagnostico em laboratório clínico - Urgência		161
Diagnóstico por radiologia – Urgência		142
Diagnostico por Ultra Sonografia – Urgência		56
Método Diagnóstico em especialidades Urgência		33
Consulta Profissional Nível Superior (Exceto Médico)		67
Consulta Médica – Urgência		20
Atendimento de urgência c/observação até 24 horas		45
Atendimentos de urgência na Atenção Especializada		1.115
Atendimento ortopédico c/imobilização provisória		6
Administração de medicamentos		749
Procedimentos Cirúrgicos		85
Curativos Grau II com ou sem debridamento		68
Excisão de lesão e/ou sutura de ferimentos		12
Retirada de corpo estranho subcutâneo		5
<b>TOTAL</b>	<b>27</b>	<b>2.564</b>

Fonte: Contrato Nº 204/2016 – Secretaria de Saúde do Estado x Fundação Hospitalar São José

Os valores repassados à Fundação Hospitalar são fixos e contratualizados, com base nos valores dos procedimentos existentes na tabela do SUS, desenvolvida pelo Ministério da Saúde, e vinculados ao cumprimento, pela Fundação, de metas quantitativas e qualitativas previamente estabelecidas. O não cumprimento de 50% das metas por três meses consecutivos implica na revisão do contrato para redução das metas e conseqüentemente, redução do valor repassado.

#### 4.3 FONTES DE RECEITAS E DESPESAS DO SISTEMA DE SAÚDE

É de suma importância lembrar, que todos os programas, também chamados de componentes, tanto da atenção básica, quanto da atenção especializada, são mantidos com recursos provenientes: da União, do Estado e do Município, que juntos são responsáveis, pelo enfrentamento dos riscos inerentes à saúde e por garantir serviços essenciais e de qualidade, a toda a sua população.

Os recursos repassados ao município são recebidos por de Blocos de Financiamento, através de cada componente ou programa á eles vinculados, depositados diretamente em contas específicas do Fundo Municipal de Saúde, possibilitando a utilização dos recursos na lógica de cada um destes, conforme descritos abaixo:

- a) Bloco de Atenção Básica Fixa – Valor, repassado aos componentes: Piso de Atenção Básica Fixo (PAB Fixo), pela União; Política de Incentivo Estadual em Saúde (PIES) e Oficinas Terapêuticas, ambos repassados pelo Estado. O valor de cada repasse, deste bloco, é fixo, mensal, calculado de acordo com a população do município e destinado à compra de materiais de consumo e de equipamentos e para pagamentos de serviços de terceiros, como água, luz, telefone, transporte de pacientes, manutenção e conservação, combustível, entre outros;
- b) Bloco de Atenção Básica Variável – Contempla os programas da Estratégia da Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde, cujo repasse é compartilhado pela União e pelo Estado; O Núcleo de Apoio a Saúde da Família, o Programa Saúde na Escola e o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade, repassados pela União e o programa Primeira Infância Melhor, um repasse Estadual. Inseridos nos repasses estaduais para a ESF, estão os

incentivos para equipes com médicos especializados em saúde da família ou da comunidade e inserção de um segundo enfermeiro na equipe. Os valores são variáveis e mensais, de acordo com equipe cadastrada em cada programa e são destinados a pagamentos de salários, com exceção do PMAQ que é destinado à melhorias no acesso e na qualidade da atenção básica e do PSE que é destinado à ações de saúde nas escolas;

- c) Bloco de Assistência Farmacêutica – Repasse fixo e mensal, compartilhado pela União e pelo Estado, calculado com base na população do município, para o componente de Assistência Farmacêutica Básica, destinados à compra de medicamentos básicos. Inserido na parcela estadual, há ainda um valor destinado à compra de insumos hospitalares para pacientes cadastrados com necessidades especiais, no caso específico de fraldas.
- d) Bloco de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – Valor fixo mensal, compartilhados pela União e pelo Estado, repassados para os programas de Próteses Dentárias e SAMU, destinados a pagamento de salários e para a manutenção destes programas
- e) Bloco de Vigilância em Saúde – Valor fixo mensal (Federal), destinado às ações da Vigilância Epidemiológica e Sanitária;
- f) Blocos de Investimento – Valor acordado em convênios e termos de compromisso (Federal e Estadual) e destinados conforme objeto destes.

Logicamente, todos os serviços são de suma importância, considerando-se os objetivos do SUS, porém este estudo visa identificar, uma das maiores dificuldades do gestor, que é a questão, de como manter serviços essenciais, cujo custo é consideravelmente elevado, com recursos ineficientes, para uma população consideravelmente pequena mas carente e acostumada a recorrer em qualquer circunstância, aos órgãos públicos, como se este fosse o único meio de solução dos problema.

Quando se fala em custo, deve-se ter em mente, tentar reduzir as despesas, de modo que a ferramenta fluxo de caixa, não afete a sobrevivência do sistema, visto que, não basta apenas implantar um programa, faz-se necessário pensar na sua manutenção, com alimentações diárias e precisas, para que no decorrer do tempo se tenha uma constância totalmente confiável para manter o serviço e obter os benefícios esperados.

#### 4.4 DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS DO SISTEMA DE SAÚDE

As Demonstrações Financeiras oferecem um diagnóstico real sobre a situação econômico-financeira da organização estudada, utilizando-se de relatórios gerados pela Contabilidade e de outras informações necessárias à análise, permitindo uma visão estratégica, bem como, a possibilidade de que se estime as limitações e as potencialidades dos sistemas oferecidos.

No que se referem à gestão, as secretarias municipais de saúde, mesmo tendo o suporte dos instrumentos de planejamento, na maioria das vezes, revelam-se como meras prestadoras de serviços. Os instrumentos de planejamento, normalmente, como na maioria dos municípios, são focados nas exigências normativas e os recursos previstos para a execução das ações planejadas são insuficientes, não retratando a realidade local e muito menos as necessidades da população.

##### 4.4.1 Análise Técnica das demonstrações financeiras do sistema de saúde

É indispensável sublinhar que o objetivo da Administração Pública não é obter resultados positivos sempre, porém é de suma importância que o gestor seja capaz de aplicar da melhor maneira os recursos recebidos, mantendo um equilíbrio orçamentário e financeiro.

Para analisar demonstrações financeiras é necessária à aplicação de técnicas que somam a decomposição, a comparação e a interpretação dos dados nelas presentes, só assim obter-se-á um diagnóstico real sobre a situação financeira do negócio em um dado período. A Tabela 4, da página seguinte, evidencia, através do fluxo de caixa, os recursos financeiros aportados no sistema de saúde municipal e fundamenta as despesas decorrentes de cada fonte de recurso, totalizados nos anos de 2015-2016 e 2017, além de mostrar os valores orçados para o ano de 2018, em andamento. Através desta tabela, será possível, visualizar as origens e as aplicações dos recursos e tentar conciliar a manutenção dos custos, auxiliando desta forma, o gestor, na tomada de decisões antecipadas, quando for prevista a falta ou a sobra de verbas.

Tabela 4 - Receitas Realizadas X Despesas Pagas: SMS e FHSJ (em Mil R\$) 2015-2017 e Orçado 2018

RECEITAS	2015	2016	2017	Orçado 2018
1 SMS (Secretaria Municipal de Saúde)				
2 Recursos Federais	1.030.476	1.251.173	1.593.224	1.409.185
3 Recursos Estaduais	285.176	588.629	462.271	642.890
4 Recursos Municipais	2.063.548	2.277.985	3.004.345	2.520.812
<b>5 Total de Receitas SMS</b>	<b>3.379.201</b>	<b>4.117.787</b>	<b>5.059.841</b>	<b>4.572.888</b>
6 FHSJ (Fundação Hospitalar São José)				
7 Recursos Federais/Estaduais	658.590	812.454	859.369	650.000
<b>8 Total de Receitas FHSJ</b>	<b>658.590</b>	<b>812.454</b>	<b>859.369</b>	<b>650.000</b>
<b>9 TOTAL RECEITAS (SMS + FHSJ)</b>	<b>4.037.791</b>	<b>4.930.242</b>	<b>5.919.211</b>	<b>5.222.888</b>
DESPESAS	2015	2016	2017	Orçado 2018
10 SMS (Secretaria Municipal de Saúde)				
11 Fonte: Federal e Estadual	1.112.955	1.523.534	1.236.122	2.052.076
12 Fonte: Municipal	1.719.810	1.812.625	1.902.121	2.230.000
<b>13 Total de Despesas SMS</b>	<b>2.832.765</b>	<b>3.336.159</b>	<b>3.138.243</b>	<b>4.282.076</b>
14 FHSJ (Fundação Hospitalar São José)				
15 Fonte: Fed./Estad./Munic.	2.618.687	2.948.228	3.850.556	4.130.000
<b>16 Total de Despesas FHSJ</b>	<b>2.618.687</b>	<b>2.948.228</b>	<b>3.850.556</b>	<b>4.130.000</b>
<b>17 TOTAL DESPESAS(SMS + FHSJ)</b>	<b>5.451.452</b>	<b>6.284.388</b>	<b>6.988.800</b>	<b>8.412.076</b>
18 SALDO 2014 R\$ 146.247	-1.413.661	-1.354.145	-1.069.589	-3.189.187
19 DÉFICT / SUPERAVIT	-1.267.414	-2.767.807	-2.423.735	-3.189.187
20 Subvenção p/FHSJ	1.804.452	2.069.993	2.324.154	1.789.833
<b>21 DEFICIT/SUPEAVIT TOTAL</b>	<b>537.037</b>	<b>-697.814</b>	<b>-99.580</b>	<b>-1.399.353</b>

Fonte: Produção do autor

Com relação à análise da composição do Total de Receitas destinadas à Saúde (Linha 9), os dados apresentam uma equivalência dos recursos provenientes do Governo Federal (Linha 2); repasses de transferências Estaduais (Linha 3) e as transferências do Governo Municipal (Linha 4), para o Fundo Municipal de Saúde, alocado na Secretaria Municipal de Saúde, além da equivalência dos repasses Federais e Estaduais diretamente para a Fundação Hospitalar São José (Linha 7).

Também o Total de Despesas em Saúde (Linha 17) equivalem a todos os gastos com saúde, de acordo com a fonte de receita, por exemplo: as despesas por Fonte Federal e Estadual (Linha 13) são custeadas pelas Receitas de Fontes Federal e Estadual (Linha 2 e 3) e assim sucessivamente. A Linha 18, mostra na primeira coluna um saldo positivo do ano de 2014 de R\$ 146.247,00 que é transferido para compor o saldo do ano seguinte e assim também sucessivamente. Já na Linha 19, o cálculo de RECEITAS (-) DESPESAS (Linha 9 (-) Linha 17) somado ao saldo calculado na Linha 18, do exercício anterior, revela o déficit ou superávit orçamentário para cada exercício. No ano de 2016, mesmo com a

subvenção de R\$ 2.069.993,00, feita pela Prefeitura Municipal, houve um déficit de R\$ 697.814,00 e no ano de 2017 mesmo a subvenção de R\$ 2.324.154,00 não evitou um déficit de R\$ 99.580,00. Já evidenciando que mesmo com os repasses das receitas federais e estaduais e com as receitas municipais obrigatórias por Lei e mesmo com uma estimativa de subvenção municipal o sistema de saúde em 2018 será deficitário em R\$ 1.399.353,00.

O total de receitas em 2016 (Linha 9) de R\$ 4.930.242,00 mais o valor de subvenção indicado na Linha 20 somam R\$ 7.000.235,00 19,82% a mais que a mesma soma no ano de 2015 que foi de R\$ 5.842.243,00. A soma destas duas linhas em 2017 foi de R\$ 8.243.365,00 um percentual 17,76% maior que 2016. As despesas (Linha 17) também cresceram, porém numa proporção menor: de R\$ 5.451.452,00 em 2015 para R\$ 6.284.388,00 em 2016 num percentual de 15,28% a mais e 11,21% a mais para 2017 passando para R\$ 6.988.800,00. Já para o ano de 2018, a previsão é de uma redução de 14,93% nas receitas, em relação ao ano anterior e um aumento de 20,37% nas despesas. Faz-se necessária uma análise mais detalhada, para entender estas discrepâncias e oferecer ao gestor a oportunidade de tomar decisões em tempo, para evitar a continuidade de déficits. Segue como anexo, no final deste estudo, a Tabela de Receitas X Despesas, na íntegra.

#### **4.4.2 Análise Crítica das demonstrações financeiras do sistema de saúde**

O teor da análise é apresentado em forma de tabelas, que incluem a composição das contas de receita e despesa, detalhando um conjunto de indicadores, cuidadosamente elaborados e estudados e através dos quais se forma uma opinião.

Percebe-se na Tabela 4 da página 52, a insuficiência de recursos, para o cumprimento das despesas correntes em todos os anos estudados. A Tabela 5 da página seguinte traz a base de cálculo da receita constitucional do município, da qual no mínimo 15% devem ser aplicados em saúde. Além do percentual obrigatório por Lei, o município ainda faz uma subvenção, aportada na Fundação Hospitalar, visto que a mesma tem uma receita total, considerada irrisória para custear todas as suas despesas. Somando a subvenção feita (Linha 5) ao total de receitas aplicadas

em saúde (Linha 4), tem-se um valor ajustado que submete ao total aplicado do exercício, em saúde (Linha 6). Constata-se que o município aplicou em saúde: 26,48% em 2015 – 26,13% em 2016 – 27,14% em 2017 e já previstos 26,59% para o ano de 2018. Em torno de 11% a mais do que rege a Lei, para cada ano.

Tabela 5 - Base de Cálculo da receita Constitucional (em Mil R\$) 2015-2017 e Orçado 2018

	2015	2016	2017	Orçado 2018
1 BASE DE CÁLCULO	13.758.234	15.507.746	16.021.308	15.095.763
2 ASPS - 15%	2.063.735	2.326.162	2.403.196	2.264.364
3 ASPS - 15% - Valor Ajust.	2.063.548	2.277.985	3.004.346	2.520.813
4 Recursos Próprios Aplic na SMS	1.719.811	1.812.626	1.902.122	2.230.000
5 Recursos Próprios Aplic. na FHSJ	1.804.452	2.069.993	2.324.155	1.789.834
6 Total Aplicado em Saúde (Ajustado)	3.642.984	4.051.904	4.347.843	4.014.244
7 % TOTAL APLICADO EM SAÚDE	26,48%	26,13%	27,14%	26,59%

Fonte: Produção do autor

A Tabela 6 na sequência, mostra em detalhes, a composição das despesas, somadas da Secretaria de Saúde e da Fundação Hospitalar. Nota-se que os números mais representativos em todos os anos estudados, são as despesas destinadas a pagamentos de salários, na tabela com a nomenclatura de “Vencimentos e Vantagens Fixas” (Linha 2), a qual engloba, além dos salários, da SMS e da FHSJ, as Contribuições Patronais de ambas.

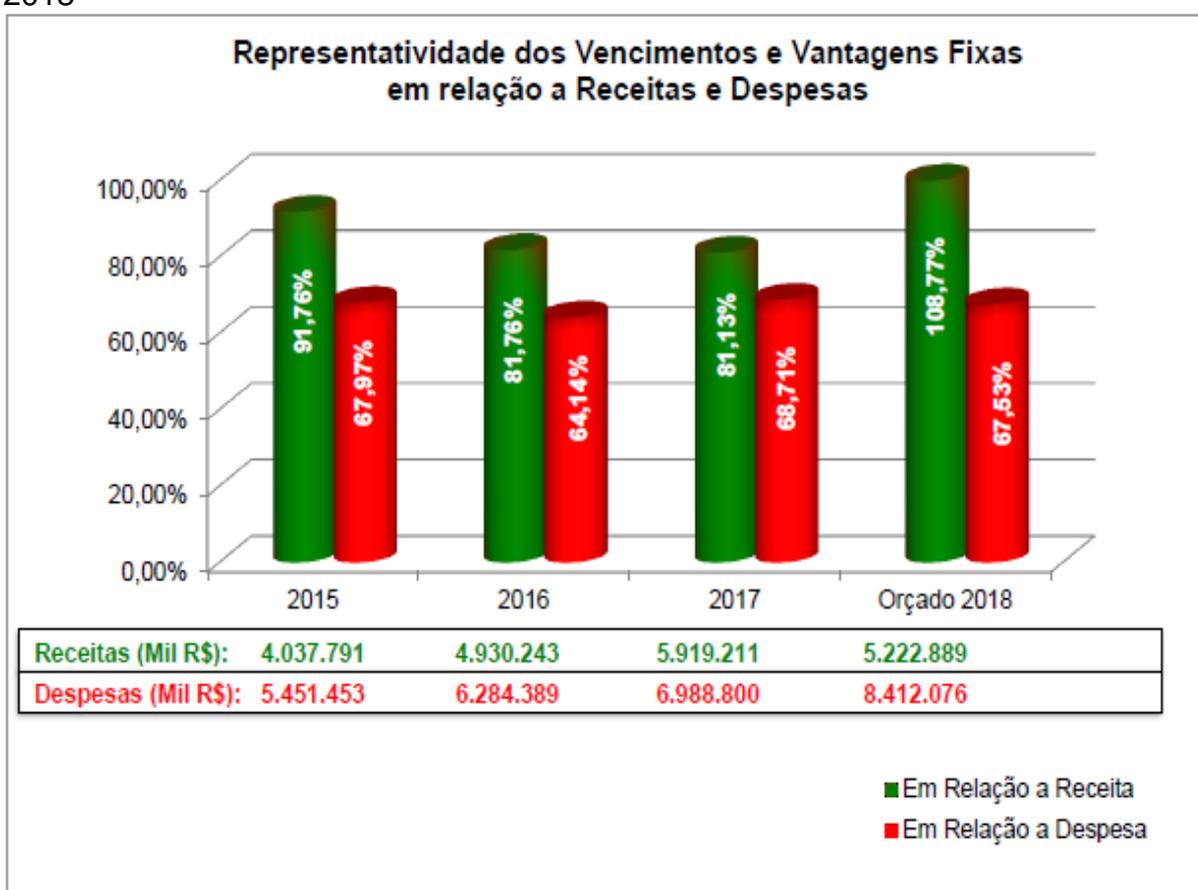
Tabela 6 - Receitas Realizadas X Despesas Pagas SMS + FHSJ (em Mil R\$) 2015-2017 e Orçado 2018

	2015	2016	2017	Orçado 2018
1 <b>Total receitas (SMS + FHSJ)</b>	<b>4.037.791</b>	<b>4.930.242</b>	<b>5.919.211</b>	<b>5.222.888</b>
2 Vencimentos e Vantagens Fixas	3.705.181	4.031.021	4.802.213	5.680.937
3 Diárias	113.078	103.755	110.594	130.000
4 Serv.Terc. PF - Plantões	449.437	496.428	508.946	600.000
5 Sentenças Judiciais	-	-	9.000	25.000
6 Mat. Consumo - Medicamentos	197.738	220.940	205.494	346.795
7 Mat. Consumo - Outros	283.975	363.877	361.600	567.400
8 Serv.Terc. PJ	556.374	616.026	643.837	746.944
9 Investimentos – Obras/Instalações	13.225	25.186	90.345	20.000
10 Equip.Mat. Permanente - Outros	91.730	391.728	135.980	75.000
11 Amortização da Dívida	40.715	35.428	120.791	220.000
12 <b>Total despesas (SMS + FHSJ)</b>	<b>5.451.453</b>	<b>6.284.389</b>	<b>6.988.800</b>	<b>8.412.076</b>

Fonte: Produção do autor

Conforme a figura abaixo, os Vencimentos e Vantagens Fixas, representam em relação ao Total de Despesas: 67,97% em 2015 – 64,14% em 2016 – 68,71% em 2017 e já se estima 67,53% em 2018. Com relação ao Total de Receitas vinculadas a saúde, a representatividade é de: 91,76% em 2015 – 81,76% em 2016 – 81,13% em 2017 e impressionantemente 8,77% a mais que o total de receita estimado para 2018.

Figura 3 – Representatividade da despesa com salários (em %) 2015-2017 e Orçado 2018



Fonte: Produção do autor

Conforme mencionado anteriormente no item 4.3 página 49, os valores das receitas são fixos e repassados através de blocos de financiamento e as despesas decorrentes são vinculadas de acordo com cada bloco, ou seja, não se pode, por exemplo, usar para pagamento de salários uma receita que não é vinculada a salários.

Tabela 7 - Receita orçada por ESF, destinada a salários (em Mil R\$) Orçado 2018

	PROGRAMA	FONTE	ESF 1	ESF 2	ESF 3	Total/Mês	Total/Ano
1	ESF c/Saúde Bucal	Estado	-	5.000	5.000	10.000	120.000
2	ESF s/Saúde Bucal	Estado	4.000	-	-	4.000	48.000
3	Incent.Médico Família	Estado	-	2000	-	2.000	24.000
4	Inventivo 2º Enf.	Estado	-	4.000	-	4.000	48.000
5	ESF	União	7.130	7.130	7.130	21.390	256.680
6	Saúde Bucal	União	-	2.230	2.230	4.460	53.520
7	Agente de Saúde	União	3.042	6.084	7.098	16.224	194.688
8	PIM	Estado	2.000	3.000	4.000	9.000	108.000
9	NASF	União	-	12.000	-	12.000	144.000
10	SAMU	Estado		10.232		10.232	122.785
11	SAMU	União		13.125		13.125	157.5000
12	TOTAL		16.172	64.801	21.458	102.431	1.229.173

Fonte: Produção do autor

A Tabela 7 acima mostra, nas linhas 1 á 11, os valores de receitas mensais e anuais, com base nos valores orçados para 2018, previstos para cada ano, de fontes Federal e Estadual, para a Secretaria de Saúde, alocados e totalizados (Linha 12) por equipe de ESF e destinados a pagamento de salários. As diferenças do valor previsto para o valor realizado se devem a valores devidos pela União e o Estado para o Município e a implantação de novos programas, no decorrer do período estudado.

A Tabela 8, na sequencia, faz-se necessária, para comparar as receitas realizadas destinadas a salários, para a SMS somando-se todos os recursos provenientes dos programas aderidos pelo município, destinados a pagamento de salários, conforme descrito no item 4.3 da página 49, com as despesas pagas referentes a salários. Como os valores são fixos e não tiveram alterações desde 2015, é possível observar que as despesas em todos os anos somam quase 100% a mais que a receita, chegando a 150% a mais no ano de 2015.

Tabela 8 - Receita Realizada X Despesa Paga da SMS (em Mil R\$) 2015-2017 e Orçado 2018

	2015	2016	2017	Orçado 2018
1 Receita p/Salários	779.552	1.024.518	1.117.028	1.229.437
2 Despesa c/Salários	1.982.746	2.092.273	2.140.612	2.980.937

Fonte: Produção do autor

A Tabela 9 abaixo mostra, os valores aproximados de salários pagos aos profissionais de saúde (Linha 1 a 17) vinculados aos programas aderidos pelo município, conforme a Tabela 7 da página 56, acrescidos das contribuições patronais, tendo como base o mês de dezembro de 2017, e calcula de acordo com a quantidade de profissionais (colunas “Q” da tabela), totalizando as Despesas com Salário (Linha 18) em cada ESF, além de evidenciar na Linha 19, o total de receitas destinadas a pagamento de salários em cada ESF.

Tabela 9 - Receitas x Despesas destinadas a salários da SMS (em Mil R\$)

	Cargo	Vi.Salário	Q	ESF 1	Q	ESF 2	Q	ESF 3
1	Agente Saúde	1.830	3	5.490	6	10.980	7	12.810
2	Aux. Saúde Bucal	1.291		-	1	1.291	1	1.291
3	Condutores	1.562		-	4	6.248		-
5	Educador Físico	2.870		-	1	2.870		-
6	Enfermeiro	5.800	1	5.800	2	11.600	1	5.800
7	Farmacêutico			-	1	3.698		-
8	Fisioterapeuta	1.907		-	1	1.907		-
9	Médico Geral	24.650	1	24.650	1	24.650	1	24.650
10	Médico Pediatra	3.293		-	1	3.293		-
11	Médico Veterinário	3.915		-	1	3.915		-
12	Odontólogo	7.634		-	1	7.634	1	7.634
13	Odontólogo	3.966	1	3.966		-		-
14	Psicólogo	3.814		-	1	3.814		-
15	Téc.Enfermagem	2.120	1	2.120	2	4.240	3	6.360
16	Téc.Enfermagem SAMU	2.120		-	4	8.480		-
17	Visitadores PIM	1.453	1	1.453	3	4.359	5	7.266
18	Despesas c/Salário			43.479		98.979		65.811
19	Receita p/Salários			16.172		64.801		21.458

Fonte: Produção do autor

Relacionando a tabela acima, com a Tabela 10 da página seguinte, que remete ao número médio de atendimentos por UBS, uma média histórica dos meses de agosto a dezembro de 2017 evidenciando as necessidades da população atendida em cada localidade, é possível verificar a discrepância dos números, principalmente na UBS Vila Bom Retiro. Esta UBS atende uma média de 45 pacientes por mês. Sabe-se aqui, que o médico, alocado no ESF 3, atende em três UBS's e que visita a unidade Bom Retiro, somente 1(uma) vez por semana, então se calcula, nesta unidade, uma média de atendimentos de 10 pacientes por semana.

Se lembrarmos, que o ESF 3 está vinculado á 3 Unidades Básicas de Saúde e recebe por mês o equivalente a R\$ 21.458,00 e dividirmos este valor por unidade, então cada UBS desta equipe de ESF teria uma receita destinada á salários em torno de R\$ 7.150,00 e uma despesa com salários em torno de R\$ 21.937,00.

Tabela 10 - Número médio mensal de atendimentos (em Número Absoluto)

Atendimentos	ESF 1	ESF 2	ESF 3		
	UBS Vila Unidos	UBS Central	UBS Vila O.Kroeff	UBS Vila Santana	UBS Vila B.Retiro
Enfermeiros	140	191	200	200	20
Fisioterapeuta		14			
Médico Geral	291	250	150	154	45
Médico Pediatra		37			
Odontólogos	406	386	120	120	45
Psicólogo		47			
SAMU		12			
Técnicos Enfermagem	233	734	348	348	50

Fonte: Produção do Autor

Ora, como é possível manter um sistema que consome somente na folha de pagamento mais de 100% do que é arrecadado, para atender uma demanda consideravelmente pequena.

É de se pensar seriamente, se vale a pena manter em funcionamento, serviços com estas características.

Dentro da Fundação de Saúde São José, que tem uma receita total, isto é para cumprir com todas as despesas do mesmo, a folha de pagamento de salários também é caracterizada por um dispêndio de grande relevância. Só os salários somam como mostra a Tabela 11 da página seguinte: 161,53% a mais que a receita em 2015; 138,63% a mais em 2016; 207,72% a mais em 2017 e explode em 2018 com 315,38% a mais que a arrecadação prevista.

Tabela 11 - Receitas FHSJ x Despesas com salários (em Mil R\$) 2015-2017

	2015	2016	2017	Orçado 2018
1 RECEITAS	658.590	812.455	859.370	650.000
2 DESPESAS C/SALÁRIOS	1.722.436	1.938.748	2.661.601	2.700.000

Fonte: Produção do autor

Já, uma análise comparativa, entre as Tabelas 7 da página 56, a Tabela 9 da página 57 e a Tabela 10 da página 58, deixa claro, que existem sim programas viáveis financeiramente dentro do sistema de saúde oferecido pelo município.

O SAMU, por exemplo, apesar de atender um número muito pequeno de regulações, uma média de doze por mês (Tabela 9 – Linha 7), o que de certa forma é considerado como ponto positivo, é um serviço que não gera sufoco financeiro para o município.

O serviço recebe em torno de R\$ 23.300,00 mensais (Tabela 7 Linha 10 e 11) e tem uma despesa com salários numa média mensal de R\$ 14.700,00 (Linhas 3 e 16 da Tabela 9). A diferença é aplicada na compra de material de consumo e na manutenção e conservação do programa.

O SAMU, ainda enfrenta problemas com pagamento de horas extras, já que mantém somente quatro profissionais de cada categoria e funciona 24h sem interrupção, mas isso vem sendo vencido pelos gestores, na forma de escala de horários e folgas.

Acredita-se, com este numero mínimo de chamados, que os trabalhos de cuidados e conscientização, desenvolvidos pelas equipes de ESF, convertendo o modelo tradicional de assistência num modelo com enfoque "prevenir para não remediar", vêm sendo cumpridos a contento pela população. É preciso considerar, que diferentemente de unidades tradicionais de saúde, que adotam um modelo limitado de atenção, o qual simplesmente atende o paciente e o encaminha para centros especializados ou para hospitais, a Estratégia Saúde da Família, possibilita a alteração dessa prática. Onde todos os atores envolvidos buscam a possibilidade de reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, além de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas, propiciando uma importante relação custo-efetividade.

O quadro, da página seguinte, mostra, para melhor visualização, um resumo das conclusões extraídas, após a composição e estudo das informações do sistema de saúde oferecido pelo município:

Quadro 2 – Resumo das Conclusões

Problema	Unidade	Solução
1. Custo relevante dos vencimentos e vantagens fixas;  2. Sistema consome 100% ou mais somente na folha de pagamento dos servidores;  3. Demanda de numero de atendimentos consideravelmente pequena.	SMS  Todas as 5 Unidades Básicas de Saúde  UBS Bom Retiro	Manter somente 1(uma) equipe de Estratégia da Saúde da Família
4. Custo relevante dos vencimentos e vantagens fixas na Fundação de Saúde São José;  5. Sistema consome 100% ou mais somente na folha de pagamento dos servidores.	FHSJ	Adequar a estrutura para Unidade de Pronto Atendimento

Fonte: Produção do autor

## 5 CONCLUSÃO

Encontrar equilíbrio social e conciliar isto com a disponibilidade de recursos é sem dúvida uma tarefa muito complexa e também um grande desafio para os gestores, sobretudo quando se trata de vidas.

Pode-se afirmar com certeza, que o município de Cambará do Sul, conta hoje com um sistema de saúde, muito bem estruturado, o qual foi se fortalecendo ano após ano preocupado com a sua população, que atende as necessidades básicas e que oferece a garantia dos direitos dos cidadãos.

Entretanto, esse sistema deixa expressa uma total disparidade financeira. A realidade encontrada nas demonstrações financeiras é um tanto quanto distinta da situação considerada como ideal, pois os recursos repassados pelo SUS são muito inferiores ao real custo do sistema.

Difícilmente um administrador público tomaria a decisão de fechar serviços não sustentáveis, principalmente num município extremamente pequeno, onde a maioria das pessoas espera sempre a troca de favores e tem no gestor, um provedor, não somente dos seus direitos, mas também dos seus deveres. Um gestor que tomasse essa atitude, politicamente seria condenado pela população. Porém o administrador tem por obrigação, por meio de uma avaliação do passado, intervir adotando ações para interromper déficits continuados como os que foram mencionados na análise acima.

O município tem nas mãos uma posse valiosa, mas da qual não pode se livrar e cujo dispêndio é totalmente desproporcional a sua utilidade. O município não é, portanto, capaz de suportar ou renovar a estrutura existente.

Após análise da desigualdade encontrada entre as receitas e as despesas, do sistema de saúde deste município, e respondendo à questão de pesquisa proposta, é possível afirmar a inviabilidade financeira do sistema de saúde oferecido.

A alternativa proposta mais adequada é manter somente 1(uma) equipe de Estratégia da Saúde da Família, capaz de cumprir com os objetivos deste programa, na prevenção de doenças e no monitoramento constante dos indicadores de riscos da população, visto que o município é pequeno, com uma população menor do que 7.000 habitantes e que a localidade mais distante, pertencente ao município, fica a apenas 30km de distância da sede. Tal constatação não é nenhum problema, se

considerarmos que o município não possui muitas especialidades médicas e que para ter este tipo de atendimento os moradores são deslocados para outros municípios da mesma Coordenadoria de Saúde e que o município de referência mais próximo, Taquara-RS, fica a aproximadamente 125km. Uma única equipe, bem estruturada, que trabalhe com competência, dedicação e amor pela sua profissão, é suficiente e capaz de minimizar a procura pelos serviços básicos de saúde e até mesmo, pelas consultas especializadas.

Claro que isto implicaria no corte de receitas, na Atenção Básica, em torno de 66%, contudo, este mesmo percentual aplicado no total das despesas, que é muito maior, seria bem mais significativo. Não se faz necessário, desta forma, manter todo o quadro de servidores que mantem na situação atual. Esta alternativa não prejudicaria a qualidade dos atendimentos e desta forma o município ofereceria um atendimento mais adequado e dentro das suas possibilidades, atingindo assim o cenário desejado de equilíbrio orçamentário e financeiro e dispondo os serviços onde estão as necessidades.

Outra sugestão, como mencionado anteriormente, nenhum administrador tomaria, é o fechamento do hospital com opção de adequar o mesmo a uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Tal medida, sob uma abordagem econômica, evitaria parte das despesas com pessoal, pois não haveria necessidade, por exemplo, de manter dezenove Técnicos de Enfermagem, quando seriam essenciais apenas cinco numa UPA. Somente neste quesito já se teria uma economia em torno de R\$ 365.000,00 por ano, representando uma redução aproximada de 18% do total de despesas da FHSJ com salário. Além disso, se poderia evitar também, as despesas com plantões médicos (Tabela 6. Linha 4), em torno de R\$ 485.000,00 por ano. A soma destes dois cortes chega a R\$ 850.000,00 por ano, significando uma redução em torno de 27% no total de despesas da FHSJ. Da mesma forma, o valor da receita arrecadada, que nos anos estudados é em torno de R\$ 770.000,00 anuais, passaria para R\$ 1.200.000,00 por ano para uma UPA com quatro profissionais médicos. Um aumento percentual substancial de 65% nas receitas.

Esta adequação, também não prejudicaria a qualidade dos serviços ofertados nem tampouco deixaria de atender os princípios do SUS, pois a maioria

dos atendimentos prestados num hospital pode também ser prestada numa UPA, com exceção de cirurgias, internações e casos de risco à vida.

Saber escolher o tipo adequado de serviço favorece o avanço do sistema de saúde pública, beneficiando tanto quem oferece os serviços quanto quem se utiliza dele.

A importância da análise elaborada no presente trabalho consiste no fato de ser capaz de estimar, o quanto custa para o município, um sistema estruturado de saúde, como se comportam as receitas e despesas, para que se possa visualizar antecipadamente, ações a serem tomadas quanto a sobras ou faltas de recursos.

Diante destas informações pode-se destacar um cenário propício que sirva como base para análises de viabilidade econômico-financeira, já que é possível se balizar nos pontos mais críticos que merecem atenção numa análise.

Sob óptica acadêmica, este trabalho poderá contribuir para a convicção da importância principalmente no setor público, das ferramentas de planejamento e de uma gestão cada vez mais preparada e eficaz, capaz de gerar os melhores resultados à uma organização, traçando metas, muito bem alicerçadas, e transformando estas metas, de forma organizada, pensadas no coletivo, visto que suas ações devem acontecer sempre, entre sujeitos e para sujeitos.

Estas ferramentas também servem, como fundamentos na tomada de decisões, pois a teoria de insuficiência de recursos, por exemplo, é vivida no dia a dia e precisa ser suportada na prática. A contabilidade pública aplica-se, preocupada com resultados não financeiros, mas sociais, que respondam as necessidades de toda a população ou da maioria desta.

Por fim, este trabalho possibilitará entender um pouco sobre o sistema público de saúde, suas formas de funcionamento e de financiamento e fazer refletir no quanto é complexo para um município, cumprir com a garantia dos direitos ditados na Constituição Federal de 1988 a todos os cidadãos.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, Nilton Aquino. **Contabilidade Pública na Gestão Municipal** – 6 ed. – São Paulo: Atlas, 2016. [Minha Biblioteca]. Acesso em 23 ago. 2017.

ANDRADE, Zenaida Tatiana Monteiro. **Efetivação dos Direitos a Saúde no Brasil**. trabalho de conclusão de curso (Faculdade de Direito) – Rio Grande: Universidade Federal do Rio Grande, 2010. Disponível em: < [http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=9037](http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=9037)>. Acesso em 19 set. 2017

ANTUNES, André Leas de Araújo. **Um estudo de caso do projeto social "Samba se aprende na escola" da Sociedade Rosas de Ouro**. Dissertação (Departamento de Ciências da Administração) – Florianópolis: UFSC, 2008.

ASSAF NETO, Alexandre; MARTINS, Eliseu. **Administração Financeira** – São Paulo: Atlas, 1985.

BASTOS, Marcelo. **Administração Geral: Conceitos e Funções**. Portal da Administração, 2013. Disponível em <<http://www.portal-administracao.com/2013/10/administracao-geral-especial.html>>. Acesso em 03 out. 2017

BEZERRA FILHO, João Eudes. **Orçamento aplicado ao setor público: Abordagem simples e objetiva** – 2. ed. – São Paulo: Atlas, 2013. [Minha Biblioteca]. Acesso em 04 out. 2017.

BODSTEIN, Regina, **Atenção Básica na Agenda da Saúde**. Revista Ciência & Saúde Coletiva: 2002. Acesso em 25 ago. 2017.

BRASIL, Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde. **Memórias da Saúde da Família no Brasil** – Brasília: BVS MS, 2010. Acesso em 11 set. 2017.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Reflexões aos Novos Gestores Municipais de Saúde** – Brasília: CONASEMS, 2009. Acesso em 08 set. 2017.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do SUS** – Brasília: CONASS, 2015. Acesso em 02 out. 2017.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Gestão Pública em Saúde: A Importância do Planejamento na Gestão do SUS** – Brasília: CONASS, 2011. Acesso em 03 out. 2017.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS** – Brasília: CONASS, 2003.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O Financiamento da Saúde** – Brasília: CONASS, 2011. Acesso em 22 et. 2017.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988** – Brasília, 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm#adct](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm#adct)>. Acesso em 04 out. 2017.

\_\_\_\_\_. Controladoria Geral da União. **Gestão de Recursos Federais: Manual para os Agentes Municipais** – Brasília: CGU, 2005. Acesso em 02 out. 2017.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.080, de 19/09/1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências** – Brasília, 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em 20 set. 2017.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.142, de 28/12/1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências** – Brasília, 1990. Disponível em: <[http://www.conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142\\_281290.htm](http://www.conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm)>. Acesso em 09 set. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. Acesso em 31 mar. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Como elaborar projetos de pesquisa para o PPSUS: Guia** – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Acesso em 25 out. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Financiamento Público de Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde** – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Acesso em 21 set. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. **Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde: Manual** – 3ª ed. rev. e ampl. – Brasília: FNS, 2003. Aceso em 08 set. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS** – Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, 2014. Acesso em 02 out. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de planejamento no SUS**. Fundação Oswaldo Cruz. – 1. ed., rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. Acesso em 04 out. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **O papel de cada ente da federação na gestão da saúde pública** – Brasília: 2014. Acesso em 30 set. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **O SUS no seu Município: Garantindo saúde para todos** – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Acesso em 03 out. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Organização e Funcionamento do Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS)** – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. Acesso em 03 out. 2017.

\_\_\_\_\_. Presidência da República; Controladoria Geral da União (CGU). **Portal da Transparência do Governo Federal, Transferências por Estado/Município: Banco de Dados** – Brasília: CGU, 2017. Disponível em: <http://www.portaldatransparencia.gov.br/glossario/DetalheGlossario.asp?letra=t>>. Acesso em 24 set. 2017.

CAMPOS, A. E. M.; ABEGÃO, L. H., DELAMARO, M. C. **O Planejamento de Projetos Sociais: Dicas, técnicas e metodologias**. Rio de Janeiro: Oficina Social, Centro de Tecnologia, Trabalho e Cidadania, 2002. Acesso em 16 out. 2017.

CEBES, Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. **Saúde em debate** – v.1 (out./nov./dez. 1976) – São Paulo: CEBES, 2003.

COUTTOLENC, Bernard François. ZUCCHI, Paola. **Gestão de Recursos Financeiros** – Série Saúde & Cidadania Volume 10 – São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

DUSSAULT, Gilles. **A Gestão Dos Serviços Públicos De Saúde: Características e Exigências** – Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, 1992. Acesso em 14 out. 2017.

FINKELMAN, Jacobo, org. **Caminhos da saúde no Brasil [online]** – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. Acesso em 02 out. 2017.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa** – 4 Ed. – São Paulo: Atlas, 2002. Acesso em 25 out. 2017.

\_\_\_\_\_. **Métodos e técnicas de pesquisa social** – 6. ed. – São Paulo: Atlas, 2008. Acesso em 25 out. 2017.

GOMES, José Maria. **Elaboração e análise de viabilidade econômica de projetos: Tópicos práticos de finanças para gestores não financeiros** – São Paulo: Atlas, 2013.

LIMA, Severino Cesário de; MUNIZ, Josedilton Alves. **Contabilidade Pública: Análise Financeira Governamental** – 1 ed. – São Paulo: Atlas, 2016.

MARQUES, Wagner Luiz. **Poporri do Conhecimento** – Paraná: Clube dos Autores, 2013. Acesso em 04 nov. 2017.

MARTINS, Caroline Curry; WACLAWOVSKY, Aline Josiane. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde** – RGSS Vol. 4, N. 1. Janeiro/Junho. 2015. Disponível em: <<http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/157>>. Acesso em 19 ago. 2017.

MERELES, Carla. **Saúde: Qual a responsabilidade do Município** – UFSC: 2016. Disponível em: <<http://www.politize.com.br/saude-municipio-qual-a-responsabilidade>>. Acesso em 19 set. 2017

MERHY, Emerson Elias; MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio Miranda; RIMOLI, Josely; FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderley Silva, organizadores. **O trabalho em saúde: Olhando e experienciando o SUS no cotidiano** – 2a Ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2004.

NAVAS, Adriane Moreira Marquesini Salles. **A participação popular na Gestão ao Sistema Único de Saúde – SUS: Limites e possibilidade**. Dissertação (Faculdade de Ciências e Letras de Assis) – São Paulo: UNESP, 2008.

PORTAL DE CONTABILIDADE (Brasil). **Contabilidade Pública**. Rio Grande do Sul: Portal da Contabilidade, 2017. Disponível em <http://www.portaldecontabilidade.com.br/tematicas/contabilidadepublica.htm>>. Acesso em 26 out. 2017.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar de. **Metodologia do trabalho científico: Métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico** – 2. ed. – Novo Hamburgo: Feevale, 2013. Acesso em 26 out. 2017.

SALDANHA, Clezio. **Introdução a Gestão Pública** – São Paulo: Saraiva, 2006.

SILVA, Lino da. **Contabilidade governamental: um enfoque administrativo da nova contabilidade pública** – 9ª edição. Atlas, 2012. [Minha Biblioteca]. Acesso em 31 out. 2017.

TAJRA, Sanmya Feitosa. **Planejamento e Informação: Métodos e Modelos Organizacionais** – 1a ed. – São Paulo: Érica, 2014.

TEIXEIRA, Carmen Fontes (organizadora). **Planejamento em Saúde : Conceitos, Métodos e Experiências** – Salvador: EDUFBA, 2010. Acesso em 11 out. 2017.

UGÁ, Maria Alicia. **Instrumento de Avaliação Econômica dos Serviços de Saúde: Alcances e Limitações**. Brasília, DF: IPEA, 1995. Acesso em 15 out. 2017.

VECINA NETO, Gonzalo. MALIK, Ana Maria. **Gestão em Saúde** – 2 ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. Acesso em 05 set. 2017.

Anexo A – Composição das Receitas e Despesas do Sistema de Saúde de Cambará do Sul (em R\$) 2015-2017 e Orçado 2018

	2015	2016	2017	Orçado 2018
<b>RECEITAS FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - REALIZADAS</b>				
Recursos Federais	1.030.476,19	1.251.173,39	1.593.224,89	1.409.185,80
PAB Fixo	166.782,00	197.106,00	181.944,00	181.944,00
Incremento Temporário	-	-	350.000,00	150.000,00
ESF	237.120,00	230.250,00	231.640,00	219.120,00
ACS	206.688,00	225.057,30	210.912,00	194.688,00
Saúde Bucal	53.520,00	57.980,00	57.980,00	63.120,00
NASF	132.000,00	100.000,00	137.014,00	144.000,00
PSE	2.574,94	2.400,00	5.676,00	69.000,00
PMAQ	130.000,00	220.200,00	156.700,00	162.000,00
SAMU	-	-	170.625,00	157.500,00
Proteses Dentárias	-	-	7.500,00	-
Assist. Farmacêutica	42.604,68	39.992,95	37.047,04	36.913,80
Saúde Mental	-	10.602,75	4.201,36	-
Vig. em Saúde	51.186,57	29.254,55	32.316,72	18.900,00
Vig. Sanitária	8.000,00	3.988,24	9.662,37	12.000,00
Bloco de Investimento	-	134.341,60	-	-
Outros Programas (Apoio Hospital)	-	-	6,40	-
SUBTOTAL	1.030.476,19	1.251.173,39	1.593.224,89	1.409.185,80
Recursos Estaduais	285.176,88	588.629,45	462.271,21	642.890,64
PIES	28.743,65	83.881,98	73.150,32	109.000,00
Ofic. Terapêuticas	18.000,00	36.000,00	27.000,00	36.000,00
Assist. Farmacêutica	2.846,54	19.928,58	11.387,76	17.081,64
Insumos Hospitalares (Fraldas)	-	7.530,00	8.010,00	22.800,00
ESF	74.000,00	198.000,00	176.000,00	240.000,00
ACS	20.224,00	16.224,00	-	16.224,00
Saúde Bucal	10.000,00	-	-	-
PIM	46.000,00	116.000,00	51.000,00	72.000,00
SAMU	-	81.006,46	81.856,72	122.785,00
Prótese Dentária	62.850,00	960,00	30.000,00	-
Nota Fiscal Gaúcha	10.512,69	5.098,43	3.864,81	7.000,00
Bloco de Investimentos	-	-	-	-
Outros Programas (Apoio Hospital)	12.000,00	24.000,00	1,60	-
SUBTOTAL	285.176,88	588.629,45	462.271,21	642.890,64
Recursos Municipais	2.063.548,06	2.277.985,11	3.004.345,50	2.520.812,55
SUBTOTAL	2.063.548,06	2.277.985,11	3.004.345,50	2.520.812,55
<b>TOTAL DE RECEITAS FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE</b>	<b>3.379.201,13</b>	<b>4.117.787,95</b>	<b>5.059.841,60</b>	<b>4.572.888,99</b>
<b>RECEITAS FUNDAÇÃO HOSPITALAR SÃO JOSÉ - REALIZADAS</b>				
Recursos Federais/Estaduais	658.590,10	812.454,61	859.369,61	650.000,00
<b>TOTAL DE RECEITAS FHSJ</b>	<b>658.590,10</b>	<b>812.454,61</b>	<b>859.369,61</b>	<b>650.000,00</b>
<b>TOTAL DE RECEITAS SAÚDE/HOSPITAL</b>	<b>4.037.791,23</b>	<b>4.930.242,56</b>	<b>5.919.211,21</b>	<b>5.222.888,99</b>
<b>DESPESAS</b>				
<b>SECRETARIA DE SAÚDE - PAGAS - FONTES FEDERAL/ESTADUAL</b>				
Vencimentos e Vantagens Fixas	36.535,88	20.000,00	845.101,19	1.350.937,00
Serv. Terc.PF	622.873,98	779.488,16	-	-
Diárias	-	-	-	-
Mat. Consumo - Medicamentos	173.662,77	169.111,27	98.569,11	246.795,44
Mat. Consumo - Outros	52.040,66	66.519,11	69.463,18	167.400,00
Serv. Terc. PJ	127.387,25	73.218,20	61.177,24	216.944,00
Investimentos - Obras e Instalações	8.725,00	25.185,80	28.093,06	-
Equip. Mat. Permanente - Outros	91.729,80	390.011,50	133.718,24	70.000,00
SUBTOTAL	1.112.955,34	1.523.534,04	1.236.122,02	2.052.076,44
<b>SECRETARIA DE SAÚDE - PAGAS - FONTE MUNICIPAL</b>				
Vencimentos e Vantagens Fixas	251.783,95	191.994,21	1.230.372,00	1.300.000,00
Serv. Terc.PF	785.673,64	818.406,61	-	-
Obrigações Patronais	285.878,13	282.383,62	65.138,58	330.000,00
Diárias	78.146,45	79.330,85	71.495,93	80.000,00
Mat. Consumo - Outros	117.694,07	140.502,95	139.369,90	160.000,00
Serv. Terc. PJ	200.634,29	300.007,52	333.493,41	350.000,00
Investimentos - Obras e Instalações	-	62.251,83	-	10.000,00
SUBTOTAL	1.719.810,53	1.812.625,76	1.902.121,65	2.230.000,00
<b>TOTAL DE DESPESAS SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</b>	<b>2.832.765,87</b>	<b>3.336.159,80</b>	<b>3.138.243,67</b>	<b>4.282.076,44</b>
<b>FUNDAÇÃO HOSPITALAR - PAGAS - FONTES: FEDERAL/ESTADUAL/MUNICIPAL</b>				
Vencimentos e Vantagens Fixas	714.855,68	942.874,15	2.636.231,07	2.500.000,00
Serv. Terc. PF - Efetivo	1.005.978,11	994.379,44	-	-
Serv. Terc. PF - Plantões	449.437,30	496.427,81	508.946,21	600.000,00
Obrigações Patronais	1.601,90	1.494,79	25.370,22	200.000,00
Sentenças Judiciais	-	-	9.000,00	25.000,00
Diárias	34.931,26	24.424,54	39.097,96	50.000,00
Mat. Consumo - Medicamentos	24.075,26	51.828,87	106.924,51	100.000,00
Mat. Consumo - Outros	114.239,93	156.855,07	152.766,95	240.000,00
Serv. Terc. PJ	228.352,68	242.799,86	249.166,81	180.000,00
Investimentos - Obras e Instalações	4.500,00	-	-	10.000,00
Equip. Mat. Permanente	-	1.716,00	2.262,00	5.000,00
Amortização da Dívida - Aplicações Diretas	40.714,95	35.427,99	120.791,22	220.000,00
SUBTOTAL	2.618.687,07	2.948.228,52	3.850.556,95	4.130.000,00
<b>TOTAL DE DESPESAS SMS + FHSJ</b>	<b>5.451.452,94</b>	<b>6.284.388,32</b>	<b>6.988.800,62</b>	<b>8.412.076,44</b>
Restos a Pagar Processados	580.380,75	403.955,04	252.983,82	-
Restos a Pagar Não Processados	962.674,33	533.251,85	386.986,09	-
<b>TOTAL DE RECEITAS</b>	<b>4.037.791,23</b>	<b>4.930.242,56</b>	<b>5.919.211,21</b>	<b>5.222.888,99</b>
<b>TOTAL DE DESPESAS COM SAÚDE</b>	<b>5.451.452,94</b>	<b>6.284.388,32</b>	<b>6.988.800,62</b>	<b>8.412.076,44</b>
<b>SALDO DO ANO</b>	<b>146247,16</b>	<b>- 1.413.661,71</b>	<b>- 1.354.145,76</b>	<b>- 3.189.187,45</b>
<b>DEFÍCIT / SUPERAVIT ORÇAMENTARIO</b>	<b>- 1.267.414,55</b>	<b>- 2.767.807,47</b>	<b>- 2.423.735,17</b>	<b>- 3.189.187,45</b>
<b>BASE DE CÁLCULO CONSTITUCIONAL DA RECEITA</b>	<b>13.758.234,32</b>	<b>15.507.745,78</b>	<b>16.021.307,78</b>	<b>15.095.762,63</b>
ASPS - 15%	2.063.735,15	2.326.161,87	2.403.196,17	2.264.364,39
15% P/ASPS - VL. AJUSTADO	2.063.548,06	2.277.985,11	3.004.345,50	2.520.812,55
RECURSOS PRÓPRIOS APLIC. EM SAÚDE	1.719.810,53	1.812.625,76	1.902.121,65	2.230.000,00
Recursos Municipais (SUBVENÇÃO)	1.804.452,02	2.069.993,23	2.324.154,55	1.789.833,57
(SUBVENÇÃO) - VALOR AJUSTADO	26,48	26,13	27,14	26,59
(TOTAL)	3.642.984,32	4.051.903,94	4.347.843,38	4.014.243,88
<b>Nota Explicativa:</b> O valor referente a "SUBVENÇÃO" deve-se a aportes da Prefeitura Municipal para a FHSJ	<b>1.804.452,02</b>	<b>2.069.993,23</b>	<b>2.324.154,55</b>	<b>1.789.833,57</b>
<b>SUPERAVIT/DEFICIT ORÇAMENTARIO</b>	<b>537.037,47</b>	<b>- 697.814,24</b>	<b>- 99.580,62</b>	<b>- 1.399.353,88</b>