



FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO E NEGÓCIOS DE SERGIPE – FANESSE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS CONTÁBEIS

JEOVANA OLIVEIRA

**A CONTABILIDADE COMO FERRAMENTA NA GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO
DE SAÚDE**

Aracaju – SE
2017.1

JEOVANA OLIVEIRA

**A CONTABILIDADE COMO FERRAMENTA NA GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO
DE SAÚDE**

Artigo apresentado à Coordenação do Curso de Bacharelado em Ciências Contábeis da Faculdade de Administração e Negócios de Sergipe - FANESE, como requisito parcial e obrigatório para obtenção do grau de bacharel em Ciências Contábeis.

Orientador: Prof. Esp. Cantidiano Novais Dantas

Coordenadora: Prof. Esp. Luciana Matos dos Santos Figueiredo Barreto.

**Aracaju – SE
2017.1**

JEOVANA OLIVEIRA

**A CONTABILIDADE COMO FERRAMENTA NA GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO
DE SAÚDE**

Trabalho apresentado à Coordenação do Curso de Bacharelado em Ciências Contábeis da Faculdade de Administração e Negócio de Sergipe - FANESE, como requisito parcial e obrigatório para obtenção do grau de bacharel em Ciências Contábeis.

Aprovado (a) com média: _____

**Prof. Esp. Cantidiano Novais Dantas
Orientador**

Avaliador

Avaliador

Aracaju (SE), ___ de _____ de 2017.

RESUMO

Antes da Constituição de 1988 não havia nada que garantisse o direito de um sistema público de saúde aos brasileiros. Apesar da grande mobilização dos trabalhadores no início da industrialização, a conquista das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP's) ficou apenas àqueles que tinham vínculo de trabalho com as grandes empresas. Desse modo, desde o Brasil Colônia até 1988, os cuidados com a saúde era privilégio das classes mais favorecidas; assim com a criação do Sistema Único de Saúde vê-se a oportunidade de igualdade com a garantia Constitucional desse direito. No entanto, logo no início de sua criação (em 1988), o SUS já enfrenta desafios com a grande racionalização de recursos. Este artigo então vem abordar os principais acontecimentos históricos que trouxeram, conseqüentemente, a problemática do financiamento da saúde pública no Brasil hoje e como a contabilidade pode ser usada como ferramenta essencial na proteção e garantia desse direito, através de demonstrativos, relatórios, auditoria e controle das informações colhidas, de modo transparente e confiável. A problemática estudada é: quais as contribuições das ciências contábeis como ferramenta contributiva para a gestão do Sistema Único de Saúde? O objetivo geral deste estudo é apresentar a atuação das Ciências Contábeis como ferramenta de análise e acompanhamento das contas públicas no auxílio à gestão operacional do Sistema Único de Saúde. Sobre a metodologia utilizou-se livros, artigos, apostilas de universidades, leis e uma entrevista gravada em áudio com uma representante da área de financiamento da saúde no município de Aracaju; limitando este artigo a esta região do país, num contexto atual da situação do Sistema Único de Saúde. Com base nas pesquisas levantadas vê-se a contabilidade como importante instrumento que contribui para a gestão pública do sistema de saúde, principalmente no controle e no monitoramento de resultados e apresentações de relatórios e demonstrações normatizadas para o setor. A contabilidade possibilita melhorias da gestão das verbas na saúde pública, através da análise de relatórios consistentes e controle interno.

Palavras-chaves: Controle Interno. Análise. Contabilidade Pública.

SUMÁRIO

RESUMO

1 INTRODUÇÃO	05
2 CONSTRUÇÃO E CARACTERÍSTICAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	07
2.1 O Funcionamento do Sistema Único de Saúde	09
3 PROCESSO DE ARRECADAÇÃO E REPASSES DE RECURSOS AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	11
3.1 Prioridades de Gastos dos Recursos do Sistema Único de Saúde	11
4 GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE SERGIPE	13
4.1 Cenário atual	13
4.2 Preocupação com as Mudanças Propostas Pelo Governo em 2017	14
4.3 Sistema Burocrático da Saúde no Município de Aracaju	15
4.4 Aumento da Procura do SUS com a Crise Financeira em 2015	16
4.5 Problemas Apontados	16
4.6 Estrutura Administrativa	17
4.7 Os Dois Lados da Burocracia	17
4.8 Interesses Políticos	18
5 AS CONTRIBUIÇÕES DAS CIÊNCIAS CONTÁBEIS PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	20
5.1 A Contribuição da Contabilidade na Gestão das Despesas Pública do Sistema de Saúde Pública	21
5.2 A Contribuição do Controle Contábil no Sistema de Saúde Pública	21
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
REFERÊNCIAS	25
ABSTRACT	29

1 INTRODUÇÃO

Há registros sobre os problemas com a saúde no Brasil desde o período colonial, onde percebe-se, com as pesquisas aqui levantadas, grande resistência em seu progresso devido ao alto custo de suas ações. Graças aos trabalhadores industriais, com apoio dos sanitaristas, dentre muitas greves e reivindicações viu-se os primeiros progressos com a conquista das CAP's. A política e os interesses capitalistas, no entanto, vêm frear os avanços e muitas vezes regredir, até aos dias atuais, como será visto nos próximos capítulos.

Sendo a saúde definida na Constituição de 1988 como direito do povo e dever do Estado, a contabilidade tem como responsabilidade cuidar para que este direito continue sendo garantido. Pois a Contabilidade Pública tem como objetivo, mais que controlar o Patrimônio Nacional, de também cuidar, em todas as áreas, dos direitos e deveres da sociedade, zelando no cumprimento transparente das leis, guardando para que o dinheiro público seja aplicado com segurança ao que foi destinado, com a certeza da efetividade do investimento, gerando benefícios à sociedade (NBC T 16.1).

Assim, o problema a ser estudado neste artigo é identificar: quais as contribuições das ciências contábeis como ferramenta contributiva para a gestão do SUS? Para enfrentar esta problemática, o objetivo geral deste estudo é apresentar a atuação das Ciências Contábeis como ferramenta de análise e acompanhamento das contas públicas no auxílio à gestão operacional do Sistema Único de Saúde.

Com isso os objetivos específicos levantados são: abordar sobre a história, objetivo e funcionamento do Sistema Único de Saúde; expor sobre as arrecadações e repasses de recursos do governo para a saúde; investigar sobre as falhas e dificuldades de gestão e identificar quais as contribuições das ciências contábeis como ferramenta contributiva com melhorias para a gestão do SUS.

Como metodologia de pesquisa utilizou-se livros, artigos, apostilas de universidades, leis e uma entrevista, gravada em áudio e transcrita, com uma representante da área de financiamento da saúde no município de Aracaju. Limitou-se então, a abordagens relacionadas ao Estado de Sergipe, com foco na capital Aracaju, por receber grande demanda de pacientes dos municípios vizinhos e até de outros Estados. A qual trouxe a problemática histórica e as dificuldades vividas pela gestão no dia a dia, permitindo inserir ao contexto a participação e importância da contabilidade

A pesquisa é justificada pelas mudanças políticas e econômicas que estão acontecendo no Brasil hoje, as quais farão com que o Estado deixe de responsabilizar-se por alguns programas de atenção básica em saúde, conforme será abordado. A preocupação com essas mudanças e o destino do SUS, trouxe então o questionamento de como a contabilidade poderia contribuir na preservação desse Sistema para as próximas gerações. Como também, este trabalho evidencia particularidades envolvidas na gestão contábil e de planejamento de órgão de saúde pública, oportunizando o conhecimento de fatores que, em muitas situações, estão obscuros nas atuações da gestão pública.

2 CONSTRUÇÃO E CARACTERÍSTICAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A saúde humana envolve questões políticas, econômicas e sociais de um país. O investimento na atenção básica através da prevenção, evita doenças, a transmissão destas e tumultos nos hospitais com procedimentos de urgência. Problemas com a saúde de um país, podem também transmitir ao mundo uma imagem hostil, de uma nação despreparada em receber pessoas, conseqüentemente prejudicando o turismo e a economia. (DCI, 2016)

No Brasil Colônia, em 1789, havia em todo país apenas quatro médicos que operavam no estado do Rio de Janeiro, nos outros estados eram inexistentes. A falta de um modelo sanitário para o país deixavam as cidades brasileiras a mercê das muitas epidemias (SALLES, 1971).

Com o processo de industrialização e as muitas reivindicações dos trabalhadores juntos as empresas, foi aprovada em 24 de janeiro de 1923 pelo Congresso Nacional a Lei Eloi Chaves, um marco inicial da previdência social no Brasil, que instituiu as Caixas de Aposentadoria e Pensão - CAP's, formadas por categorias urbanas com maior poder de mobilização e pressão, uma conquista para quem estava inserido no mercado de trabalho, contribuindo com a sua respectiva CAP. Desse modo a maioria da população ainda permanecia excluída, trabalhadores rurais e pequenos comerciantes, por exemplo. (SOUZA, 2013).

Com o objetivo de estender os benefícios da previdência a todas as categorias do operariado urbano, as antigas CAP's são substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensão – IAP, Souza (2014). A questão é que segundo Chioro e Scaff (1999), nas CAP's a assistência médica era uma atribuição central e obrigatória, já nos IAP's isso assumiu caráter secundário, pois o que se objetivava era a contenção de gastos, num regime de capitalização, pois com a adoção do modelo de saúde americano, a incorporação de tecnologia e geração de alto custo, favoreceu o fortalecimento da indústria de medicamentos e equipamentos hospitalares.

Em 1960, foi aprovada a Lei Orgânica da Previdência que garantiu a uniformização dos benefícios, tendo como grande marco a união de todas as Caixas de Pensões - CAP's e os IAP's em um único órgão, o Instituto Nacional de Previdência Social - INPS, retirando de sua gestão a presença dos trabalhadores e estendendo o benefício aos trabalhadores rurais (não exigindo contribuição), autônomos e aos empregados domésticos (COUTO, 2000).

A Lei nº 6.439, de 1º de setembro de 1977 institui o Sistema Nacional da Previdência Social - SINPAS, servindo como base jurídica do sistema de saúde da década de 70, em conjunto com a lei do Sistema Nacional de Saúde (1975), reorganizando a previdência e procurando racionalizar e centralizar administrativamente. A lógica desse sistema que caracterizou a década de 70 era baseada no Estado, como grande financiador da saúde através da Previdência Social, no setor privado nacional (prestador dos serviços de atenção médica) e no setor privado internacional (produtor de equipamentos biomédicos e medicamentos).

Através da Conferência Mundial de Saúde de Alma-Ata em 1978, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), surge a proposta internacional de priorização da atenção e dos cuidados primários de saúde. No Brasil, essa proposta coincidia com a necessidade de expandir a atenção médica com base em um modelo de baixo custo para as populações excluídas, especialmente as que viviam nas periferias das cidades e nas zonas rurais. Desenvolveu-se então uma atenção primária seletiva, com recursos marginais, para populações marginais, com tecnologias baratas para pessoas com baixa qualificação e desarticulada de um sistema hierarquizado e resolutivo. (CHIORO; SCAFF, 1999).

Como resultado, no início de 1980, foi realizada a VII Conferência Nacional de Saúde com o objetivo de discutir a implantação de uma rede básica de saúde que permitiu o surgimento do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde - PREVSAÚDE, que tinha como objetivo a universalização dos cuidados primários de saúde, em todo o país, através de uma articulação entre entidades públicas e privadas, extensão máxima da cobertura com regionalização, hierarquização e integralização das ações, uso de técnicas simplificadas, pessoal auxiliar e inclusão do setor privado no sistema. (STEDILE; GUIMARÃES; FERLA; FREIRE, 2015).

Apesar da grande contenção dos gastos com a saúde de 1980 a 1986, torna-se pública a crise da previdência. Criou-se o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde que propunha, entre outras mudanças, um modelo assistencial regionalizado e hierarquizado com base em convênios, colocando a integração como ponto central (ESCOREL, 2008).

O processo de municipalização da saúde começa a ganhar força, bem como o movimento de secretários municipais de saúde, através de seus encontros e da fundação do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS, em 1988 (CHIORO; SCAFF, 1999).

Enfim a Constituição de 1988 decreta que a Saúde é “direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de

doença e de outros agravos e possibilitando o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

A Constituição estabelece o Sistema Único de Saúde - SUS, de caráter público, formado por uma rede regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com direção única em cada esfera de governo, e sob controle da sociedade. Os serviços privados, conveniados e contratados, passam a ser complementares e subordinados às diretrizes do Sistema Único de Saúde. Conforme definido pelo artigo 4º da Lei Federal 8.080/90, o Sistema Único de Saúde "é o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições Públicas Federais, Estaduais e Municipais, da Administração Direta e Indireta e das Fundações mantidas pelo Poder Público e, complementarmente, pela iniciativa privada". (BRASIL, 1990).

Entre julho de 1994 e setembro de 1997 não houve reajuste na tabela paga aos prestadores do SUS. Com uma inflação acumulada superior a 80% concedeu-se, no máximo, um abono de 25%. Por outro lado, os recursos também não são destinados para as ações de saúde coletiva (CHIORO; SCAFF, 1999).

Reaparecem as epidemias de sarampo, cólera e dengue. Doenças que estavam sob controle crescem assustadoramente, como é o caso da tuberculose, malária e hanseníase. Enquanto isso, o Ministro Bresser, da Administração e Reforma do Estado, em conluio com vários governadores, avança na proposta neoliberal, propondo a privatização de hospitais e serviços públicos através da criação das Organizações Sociais Autônomas ou das chamadas "parcerias", submetendo a saúde à lógica de mercado (COSTA, 2000).

No decorrer deste artigo, será percebido que esta retomada ao passado traz muita semelhança ao que acontece nos dias atuais, mesmo com a entrada dos anos 2000, a criação de muitas leis orçamentárias que serão citadas e com uma demanda sempre crescente, de grande necessidade de atenção para a saúde.

2.1 O Funcionamento do Sistema Único de Saúde

Este tópico aborda as principais características do Sistema Único de Saúde - SUS, a fim de contextualizar seu funcionamento e papel na sociedade, mostrando nos próximos parágrafos a complexidade de sua estrutura, sustentada por diversas normas e leis, com dependência do financiamento governamental para seu efetivo funcionamento.

O SUS faz parte de uma formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde estabelecida pela Constituição de 1988 e posteriormente às leis que a regulamentam. Sendo regido por três leis principais: a Constituição Federal (05/10/1988), a Lei nº 8.080 (19/09/1990) e a Lei nº 8.142 (28/12/1990).

Segundo a Lei nº 8.080 em seu art. 5º, o SUS tem como objetivo a identificação e divulgação de fatores voltados à saúde, a formulação de políticas que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. O art. 9º desta mesma lei dispõe sobre os órgãos responsáveis em cada esfera governamental, tendo: o Ministério da Saúde no âmbito da União, Secretaria de Saúde ou órgão equivalente no âmbito dos Estados e do Distrito Federal e no âmbito dos Municípios, a Secretaria de Saúde ou órgão equivalente (BRASIL, Lei nº 8.080/1990).

É nomeado como Sistema Único de Saúde, porque segue a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo o território nacional, sob a responsabilidade das três esferas autônomas de governo: federal, estadual e municipal. Baseado nos preceitos Constitucionais, sua construção se norteia pelos seguintes princípios doutrinários: Universalidade, Equidade e Integralidade. Em sua organização o SUS é hierarquizado e regionalizado, direcionando as áreas de competência de acordo com as especialidades ofertadas, com o objetivo de alcançar maiores resultados por região, isso aproxima o sistema à realidade local efetivando melhor suas ações (BRASIL, Ministério da Saúde 1990).

O SUS se organiza de maneira descentralizada, ou seja, quanto mais perto do fato a decisão for tomada, haverá maior chance de acerto, isto é a municipalização da saúde. Aos municípios então, cabe maior responsabilidade sobre esses serviços, sendo também garantida constitucionalmente a participação dos cidadãos na formulação das políticas de saúde (NOB SUS 01/93 e 01/96).

Dentre os serviços privados, devem ter preferência os serviços não lucrativos, conforme determina a Constituição. Assim, cada gestor deverá planejar primeiro o setor público e, na sequência, complementar a rede assistencial com o setor privado não lucrativo, com os mesmos conceitos de regionalização, hierarquização e universalização (BRASIL, Constituição Federal/1988).

3 PROCESSO DE ARRECADAÇÃO E REPASSES DE RECURSOS AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

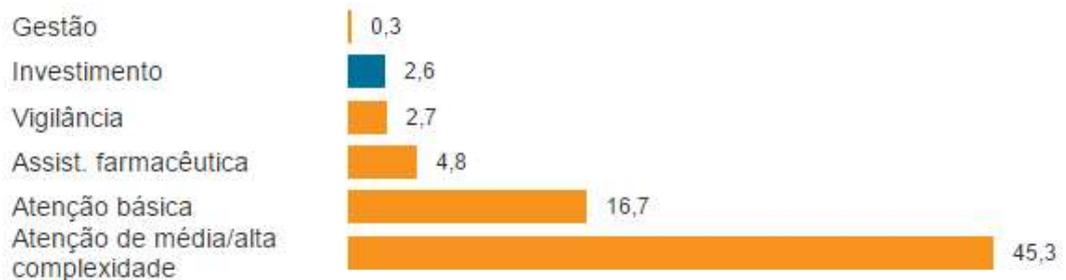
O SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Contudo, a falta de investimento inviabiliza o atendimento a milhões de brasileiros que dependem de assistência do Estado. O Governo repassa mensalmente bilhões ao Ministério da Saúde, só que esse montante ainda é insuficiente para todas as demandas. A Lei Complementar nº 141/2012 define o valor mínimo a ser direcionado pelas três esferas. O repasse Federal é definido anualmente segundo o Orçamento Geral, já os Estados e municípios são porcentagens fixas da receita: 12% e 15%, respectivamente (CURY; MOURA NETO, 2017).

O processo de financiamento está entre os principais problemas enfrentados pelo Sistema Único de Saúde, desde a sua criação pela Constituição Federal de 1988, Rosa (2016). O 3º parágrafo do artigo 198 da Constituição Federal prevê a reavaliação da Lei Complementar, ao menos a cada cinco anos, a qual estabelecerá percentuais, normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas Federal, Estadual, Municipal e no Distrito Federal e (destaque) ditar as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União, ou seja, o texto constitucional ainda não contempla as fontes de recursos federais e sua base de cálculo de modo claro (BRASIL, Constituição Federal/1988).

Estes recursos financiam as despesas com a folha de pagamento, despesas com material de insumo, contratação de serviços de terceiros e despesas de capital conforme disposto nos artigos 196 e 198, § 2º, da Constituição Federal e na Lei n. 8.080/90, relacionadas a programas finalísticos (atividade fim da saúde) e de apoio, que atendam aos seguintes critérios: sejam destinadas às ações e aos serviços de acesso universal, igualitário e gratuito; estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente federativo; sejam de responsabilidade específica do setor de saúde, não se confundindo com despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que com reflexos sobre as condições de saúde (BRASIL, Lei n. 8.080/1990).

A distribuição de recursos ao SUS acontece através da transferência fundo a fundo, ou seja, os recursos do Fundo Nacional de Saúde são repassados aos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde. Sendo estes valores definidos no Orçamento Público de acordo com condições da gestão, certificação e qualificação nos programas do Ministério da Saúde e tetos financeiros (BRASIL, Lei Complementar nº 141/2012).

Atualmente o repasse é distribuído em seis blocos, que são subdivididos para ações específicas (882 no total), onde o dinheiro só pode ser usado nestas áreas . Conforme gráfico abaixo:



Jornal Folha de São Paulo. Fevereiro de 2017.

Com as mudanças propostas pelo governo, as verbas serão redistribuídas em duas modalidades: Custeio (que concentrará os cinco blocos em um caixa único) e Investimento. Ficando sob responsabilidade dos Estados e Municípios a aplicação da verba com liberdade. Alguns dos envolvidos na gestão comemoram o feito, afirmando que no sistema de destinação específica as contas ficavam travadas a nível de gestão. Outros veem como um risco ao SUS se não houver critérios mínimos de investimento (FOLHA DE SÃO PAULO, 2017).

Em entrevista ao jornal Folha de São Paulo, o médico sanitário Heider Pinto diz que o efeito imediato dessa mudança irá reduzir os recursos em duas áreas essenciais à saúde brasileira: atenção básica e vigilância em saúde, áreas de combate a dengue e febre amarela, por exemplo.

Com a mudança, a transferência será realizada em conta financeira específica entre as duas categorias. De acordo com o Ministério da Saúde, o novo formato possibilita ao gestor mais agilidade e eficiência na destinação dos recursos, com base na necessidade e realidade local. Caberá ao ministério acompanhar e avaliar o plano, com monitoramento online, sendo que o não cumprimento do plano implicará a redução dos recursos repassados. Além da devolução automática ao Fundo Nacional de Saúde caso as propostas não sejam cumpridas pelo gestor (LABOISSIÈRE, 2017).

4 GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE SERGIPE

Com foco na gestão da saúde no estado de Sergipe, o artigo traz para este tópico os resultados da entrevista gravada em 13 de abril de 2017 e aqui transcrita, com a assessora técnica da Assessoria de Planejamento e Desenvolvimento Institucional (ASPLANDI). Para proteger a identidade da entrevistada, esta será nomeada Helena.

Conceituada na Lei Municipal nº 4.358 de 08 de fevereiro de 2013, a ASPLANDI presta assessoramento técnico ao respectivo Secretário Municipal, organiza, coordena, executa, acompanha e controla as atividades de planejamento deste órgão, nas áreas de estatística, gerencial, institucional, de economia e orçamento, de pesquisa e de elaboração e desenvolvimento de planos, programas, projetos e estudos, e de avaliação de seus resultados, podendo exercer outras atividades que lhe forem regularmente conferidas ou determinadas. É um órgão de subordinação direta da Secretaria Municipal da Infraestrutura (SEMINFRA), contando com a Coordenadoria de Acompanhamento Orçamentário e Financeiro (COAOF) e a Coordenadoria de Programas e Projetos (COPP) como unidades orgânicas de sua estrutura (ARACAJU, Lei nº 4.358/2013).

4.1 Cenário Atual

A entrevistada afirma que hoje o SUS, mais uma vez, passa por um momento histórico de mudanças, destacando que no ano de 2017, diante das grandes dificuldades vividas com a crise financeira que o Brasil enfrenta, o financiamento da saúde precisará ser ainda mais azeitado.

A assessora diz que a municipalização, abordada anteriormente, foi um avanço, mas avançou-se na descentralização dos serviços, mas não na descentralização do financiamento. A política pública do SUS precisa do financiamento tripartite: o mínimo do município é 15%, o mínimo do Estado é 12% e aponta a problemática do terceiro “elo”, ainda não ter mínimo definido conforme Emenda Constitucional 29.

Com a municipalização o município é responsável pela atenção básica. A entrevistada esclarece que:

O país tem 5.570 municípios, a maioria só dá conta de ter o posto de saúde com o mínimo para aquela complexidade, se o prefeito em Aracaju gasta, por exemplo, R\$ 10 mil para uma equipe de saúde da família, isso não paga nem um médico no interior. O município de Poço

Redondo, por exemplo, caso queira contratar um médico, por menos de R\$ 20.000,00 ele não fica lá.

Como então complementar isso, havendo inclusive outros gastos esperados como: enfermeiro, auxiliar, agentes comunitários de saúde, curativos, vacinas e ações básicas, sendo tudo responsabilidade municipal? Os 15% seriam minimamente para isso. Helena informa que hoje a média dos prefeitos é de 20 a 22% de investimento na saúde, já o Estado de Sergipe, por exemplo, coloca o mínimo que é os 12%, assim não há um co-financiamento estadual para que a política pública no âmbito municipal garanta o princípio da integralidade.

A contrapartida é que Sergipe tem o perfil assistencialista através das Fundações e a rede hospitalar, no entanto ela aponta a discussão de fazer o piso da atenção básica estadual baseada em fatos. Dando exemplo com números fictícios “se gasta na atenção básica R\$ 1 milhão, vem do ministério da saúde R\$ 400 mil e o município contribui com R\$ 400 mil; para que a saúde funcione efetivamente o município precisa do Estado e isso não acontece”.

A entrevistada cita sobre o fim da Farmácia Popular que oferecia medicamentos gratuitos ou com até 90% de desconto, sendo anunciado nos jornais e na rádio senado, que além dos 20% dos estabelecimentos particulares credenciados já cortados do programa em 2017, quase quatrocentas unidades próprias de distribuição, financiadas diretamente pela União, também serão fechadas.

4.2 Preocupação com as mudanças propostas pelo governo em 2017

Helena questiona “como podemos avançar da forma dos blocos de financiamento com o que o Ministério da Saúde quer fazer hoje?”. Esse ano está sendo mudada a forma de custeio do SUS, saindo de bloco para duas modalidades: custeio e corrente capital, conforme abordado no capítulo anterior. Ela diz que os sanitaristas e o pessoal do financiamento enxergam que o grande prejuízo entrará na conta da prefeitura, com a modalidade total do custeio e a modalidade total do capital.

Conforme anunciam os jornais, a média e alta complexidade está cheia: exames, cirurgia e consulta, por exemplo, então o município terá que pagar tudo da média e alta complexidade, com o risco de impensar e diminuir a cobertura de atenção básica e vigilância e saúde como resultado de um processo de desmonte que o SUS está passando nesse momento histórico do país. Provavelmente muitas prefeituras reduzirão a cobertura da estratégia em saúde da família e impacto do financiamento é direto nas ações e serviços de saúde.

Em Aracaju, por exemplo, a forma de financiamento para capital é de um jeito, para Telha, que tem três mil habitantes, que só recebe pela atenção básica e tem per capita baixa o impacto será ainda maior. A superlotação do Hospital de Urgências de Sergipe - HUSE já existe e isso pode se agravar ainda mais com essas mudanças, pois um município pequeno que já tinha pouca participação nos serviços de saúde reduzirá ainda mais essa oferta, fazendo com que as pessoas busquem socorro, de problemas menores também, nas capitais. Provavelmente tudo irá sobre cair nos hospitais de Aracaju. A entrevistada lamenta que “há um sério risco de voltar a funcionar como antes funcionava o INAMPIS, em que as pessoas madrugavam em fila e tinham que ter a carteira do INAMPIS para conseguir o acesso ao especialista”.

4.3 Sistema Burocrático da Saúde no Município de Aracaju

Atualmente o Planejamento em Saúde na secretaria está ligado diretamente ao que é planejado e atrelado ao bloco de recurso, por exemplo, este ano a secretaria quer fazer cinco eventos na atenção básica, então é necessário documentar onde estão previstos esses eventos, qual o impacto, a viabilidade técnica, financeira e política e de qual recurso é tirado. Assim confronta-se receita e orçamento previsto; se precisar fazer qualquer coisa diferente faz-se um ajuste orçamentário para redimensionar essa ação, conforme explica Helena.

A ASPLANDI está no momento de construir todos os instrumentos para os próximos quatro anos (Plano Municipal de Saúde 2018-2021), atrelado ao financeiro; com esse cenário nacional se desmontando, ainda não se sabe até onde conseguirá que a política pública seja efetiva, Helena então afirma que “precisa ainda casar algumas coisas”.

Toda e qualquer ação pensada precisa estar atrelada ao planejamento, semanalmente é feito um balanço das ações, o que foi executado do que estava previsto no orçamento, olhando pelos relatórios gerenciais e o que precisa ser ajustado. A entrevistada exemplifica que foi avaliar quais as ações de judiciais que o município de Aracaju está recebendo na área da saúde: fraude geriátrica, insumos como curativos hidrocolóides e oxigênio. Observou-se que logo no primeiro trimestre utilizou-se de judicialização metade do orçamento previsto do que se gastou no ano passado. Quando o caminho está indo pela judicialização é porque não está conseguindo pensar uma política efetiva, precisa pensar em redirecionar. Então o orçamento e os relatórios financeiros mostram qual a área que está frágil ou vulnerável. Este referencial oportuniza a percepção da necessidade de um planejamento efetivo.

4.4 Aumento da Procura do SUS com a Crise Financeira em 2015

O número de pessoas que hoje, principalmente nesse período econômico crítico, utilizam o SUS cresceu comprovadamente. A assessora afirma que em Aracaju tinha uma população de 85% de SUS dependência, ou seja, pessoas que não têm condições nenhuma para o mínimo, se não tiver via SUS não faz. Com essa crise há dois anos, já mostra o impacto de como reduziu o acesso das pessoas aos planos privados de saúde, por consequência essas pessoas estão migrando para o Sistema Único de Saúde. Helena, no entanto, afirma que este público tem entrado nos gargalos do SUS, por exemplo: Terapia Renal Substitutiva (Hemodiálise), tem alto custo pra saúde, então há pessoas hospitalizadas na UTI, porque não tem Hemodiálise Sequenciada para oferecer e não tem como ela ir para casa.

Há outras possibilidades de financiamento como as emendas parlamentares, que são recursos impositivos do Ministério da Saúde. A assessora informa que foi solicitado este ano, mais de R\$ 5 milhões para custeio ao município de Aracaju, com o objetivo de aliviar um pouco essa situação. No entanto ela acredita que o prefeito ainda terá que pensar outras alternativas como: empréstimo de banco mundial, aumentar o repasse da saúde para as questões prioritárias, repensar um plano de cargo, carreira e vencimento para os trabalhadores e repensar alguns incentivos da saúde que não mais existirão. Ela conta: “Não é possível dizer a uma pessoa diabética que a saúde não irá mais oferecer a fita glicêmica para controle do diabetes, é judicializado”.

4.5 Problemas Apontados

Helena aponta dois problemas no SUS: a insuficiência de recursos e a não efetivação de ações ligadas a recursos já capitados, demonstrando a ingerência nos municípios. Para otimizar melhor esses recursos seria necessário um planejamento: crescente, estratégico e efetivo nas políticas públicas, programando em cima do que se tem e para onde direcionar, não é possível, segundo Helena, dar resposta num plano municipal de saúde (que constrói-se em quatro anos) para todas as políticas, mas sim para as prioritárias e isso as pessoas não fazem.

Com toda a problemática abordada aqui, a ASPLANDI este ano está devolvendo recursos do investimento de três unidades básicas de saúde do município de Aracaju: uma maternidade no bairro Dezesete de Março, obras de CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) que estavam paradas e alguns recursos de investimento. O recurso está em conta, mas segundo a assessora, a gestão passada não efetivou e estão negociando para otimizar em outras ações de saúde.

4.6 Estrutura Administrativa

Toda secretaria de saúde tem uma diretoria administrativa financeira, composta por: contabilidade, financeiro e orçamento, porém toda discussão macro é tratada com a secretaria da fazenda, porque a fazenda enxerga o todo, dizendo como irá compor os instrumentos e o que irá mobilizar entre um bloco e outro. Pra dentro da saúde tem-se os contadores e economistas, mas a assessora afirma que não há uma pessoa que saiba lidar com os números dentro da legislação e gestão do SUS. Vê-se com isso uma necessidade de capacitação das pessoas que auxiliam a gestão, alguém formado em contabilidade com especialidade em saúde coletiva, por exemplo, ou alguém de saúde coletiva que entenda melhor sobre contabilidade.

A entrevistada aponta que muitas vezes os cargos de gestão, de pequenos municípios são ocupados por pessoas leigas indicadas por grau de parentesco ou amizade. E afirma que: “nenhum projeto político vai pra frente sem ter boas equipes técnicas na retaguarda”. Em Aracaju há um diferencial, pois exige em concurso uma formação mínima para preenchimento de determinada área que exija tal conhecimento, porém ela coloca que falta treinamento e entendimento do SUS para efetivação da política pública.

4.7 Os Dois Lados da Burocracia

Ela também se queixa que o grande número de normas e leis prendem os instrumentos do gestor: “o Hospital Primavera pega a sua receita e contrata, o SUS não, tem que fazer um processo licitatório, tem que contratar pessoas e tem que pensar em toda logística”. Mas ela concorda que a burocracia é necessária para amarrar os processos de gestão; o que existe mesmo é um despreparo das áreas afins, ou seja, se alguém é contratado para a contabilidade, ele apenas irá se envolver com as ferramentas da sua função, não procura entender a problemática por trás da saúde, e vice e versa, se contrata um profissional para auxiliar na gestão do SUS ele não busca conhecer sobre planejamento orçamentário.

4.8 Interesses Políticos

Está na Constituição que o SUS é integral, mas com tantos cortes, até que ponto continuará garantindo essa integralidade? Com o acesso prejudicado, ainda não se sabe o quanto

será restrito da atenção básica e vigilância. Está evidente que o desejo do Ministério e do atual governo federal é de que as pessoas migrem para a contratação de planos “populóides”, assim o governo oferta tudo à população. Mas isso não resolve o problema financeiro da saúde, pois paga-se uma consulta e a sequencia vai pra onde? Para dentro do SUS. É um movimento de desmonte nacional por todos os interesses que estão por trás, todos sabem sobre o financiamento das campanhas eleitorais pela rede privada de saúde suplementar.

5 AS CONTRIBUIÇÕES DAS CIÊNCIAS CONTÁBEIS PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O profissional das Ciências Contábeis é o responsável pelo assessoramento financeiro, econômico e patrimonial aos entes públicos. Inicialmente, a contabilidade contribui com o atendimento às exigências de planejamento das ações governamentais, em particular às exigências trazidas no artigo 165 da Constituição Federal, que exige dos entes federativos a elaboração do orçamento público, que é o planejamento governamental, que consiste em três leis: Lei do Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e da Lei do Orçamento Anual (LOA) (BRASIL, MCASP 2017).

O PPA trabalha em uma sistemática que visa a continuidade dos projetos. Desse modo, no primeiro ano do mandato de determinado governo este irá cumprir o último ano do planejamento anterior e formular um novo plano que vigore por quatro anos, o qual irá cumprir três e deixar um para o próximo governo, assim sucessivamente (BRASIL, Constituição Federal/1988).

A LDO é de responsabilidade do Poder Executivo deve ser apresentada ao Congresso Nacional até 30 de abril. Ela faz articulação entre o PPA e o orçamento, tendo validade de um ano a partir do próximo exercício, Brasil (1988). A LOA unifica os orçamentos anuais: Fiscal, Seguridade Social e de Investimento das Estatais.

Todo planejamento apresenta parâmetros para a tomada de decisões, pois planejar é definir objetivos e colocar metas para alcançá-lo, definindo o que deve ser feito, onde, com quem, quando e com quais recursos, Castro (2011, p. 25). Neste contexto, a contabilidade contribui com a gestão pública ao estabelecer normas, a exemplo da Resolução nº 1.130 de 2008, do Conselho Federal de Contabilidade (CFC), que aprovou a Norma Brasileira de Contabilidade Técnica 16.3 (NBC T 16.3), que dispõe sobre o Planejamento e seus Instrumentos sob o Enfoque Contábil, estabelecendo as bases para que a Contabilidade Pública evidencie a integração hierárquica dos planos, suas metas e as observações relevantes por meio das Notas Explicativas (NBC T 16.3).

No caso específico do sistema público de saúde, conforme abordado na entrevista apresentada, não há muitas vezes, esforços suficientes do governo que as ações se traduzam nas

realizações das metas, garantindo o alcance dos indicadores fixados no planejamento e materializados na gestão, com suporte no orçamento.

Assim, este trabalho sugere a aplicação de práticas de controle na gestão da saúde, com o objetivo de preservar o patrimônio público, garantindo a sustentabilidade e o alcance de resultados positivos. Essa prática deve contar com toda abordagem contábil, seja no planejamento, orçamento, execução e acompanhamento dos processos conforme Manual de Contabilidade Aplicada ao Setor Público.

A partir das práticas contábeis, pode-se afirmar que para a efetivação desse controle, é necessário saber onde estão sendo aplicados os gastos sofridos e o retorno que isso gera para a organização. Essa transparência é dada através de demonstrativos confiáveis, relatórios baseados em documentos e provas palpáveis, fiscalização presencial dos resultados alcançados e principalmente esforços que objetivem o crescimento organizacional. A contabilidade é a instância em que essas dimensões são extraídas, desta forma, contribuindo com o sistema público de saúde.

A lei nº 4.320/64 dispõe sobre Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços nas três esferas. Nos artigos 83 a 105 estão colocadas todas as obrigatoriedades contábeis, de escrituração, acompanhamento, controle, registro e apresentação de seus demonstrativos conforme as exigências da referida lei. Neste amago, a contabilidade também contribui com o sistema único de saúde, uma vez que é o profissional contábil que está habilitado para realizar tarefas que impliquem em uma gestão pública que atenda aos preceitos estabelecidos naquela lei (BRASIL, lei nº 4.320/1964).

Outra lei que merece destaque para gestão pública é a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), que exige do governo a divulgação ampla à sociedade do orçamento público, com relatórios sobre a execução orçamentária e a gestão fiscal, informações sobre a arrecadação da receita e a execução da despesa. Para o cumprimento das exigências desta lei, a contabilidade também contribui com o sistema único de saúde, uma vez que produz os referidos relatórios e demonstrações (BRASIL, Lei Complementar nº 101/2000).

Em relação às receitas públicas e as despesas públicas, exigem-se classificações contábeis. Quanto às receitas públicas, o objetivo dessas classificações é identificar a origem do recurso segundo o fato gerador. Neste sentido, as receitas orçamentárias são classificadas segundo: natureza, fonte e destinação de recursos e indicador de resultado primário. Quanto às despesas públicas, o objetivo dessas classificações é para o controle dos gastos públicos, em particular no acompanhamento e controle das etapas da execução da despesa orçamentária, que

é realizada em três estágios: empenho, liquidação e pagamento. (BRASIL, 1964). Observa-se, neste particular, importante contribuição da contabilidade.

5.1 A Contribuição da Contabilidade na Gestão das Despesas Pública do Sistema de Saúde Pública

Considerando a complexidade do financiamento de Saúde no Brasil a Lei Complementar nº 141/2012, estabeleceu critérios para a evidenciação da aplicação mínima dos recursos aplicados em saúde. Conforme dispõe o art. 24, faz-se uso da execução da despesa orçamentária para apuração do cumprimento destes limites, considerando as despesas liquidadas e pagas no exercício e as despesas empenhadas e não liquidadas inscritas em Restos a Pagar até o limite das disponibilidades de caixa ao final do exercício, consolidadas no Fundo de Saúde (BRASIL, Lei Complementar nº 141/2012).

O critério de evidenciação das despesas empenhadas e não liquidadas, no entanto, possibilita o cancelamento de restos a pagar ainda não processados e computados nos limites mínimos de saúde do exercício. Existe também a possibilidade do não cumprimento dos limites mínimos de aplicação em saúde, por meio da não aplicação tempestiva desses recursos. Por isso a Lei estabelece mecanismos de compensação, podendo “transferir” esse recurso a outras ações e serviços de saúde ou, no caso do não recebimento total do limite mínimo, esta diferença será acrescida ao montante mínimo do exercício subsequente, sem prejuízo (MCASP, 2017).

Durante a entrevista abordou-se a ocorrência deste primeiro caso, onde a gestão anterior não conseguiu aplicar o recurso de maneira tempestiva e a gestão atual está revendo este recurso para aplica-lo em outra ação em saúde. Vê-se que não é um processo muito simples e eles estão correndo o risco de ter que devolver esse dinheiro. Diante destes aspectos, o profissional da contabilidade é o técnico habilitado para analisar, avaliar, apresentar propostas e encaminhamentos de atuações saneadoras das dificuldades da gestão da despesa pública.

5.2 A Contribuição do Controle Contábil no Sistema de Saúde Pública

O Manual de Contabilidade Aplicada ao Setor Público, com base na Lei nº 4.320/1964, explica detalhadamente como devem ser feitos os registros contábeis ao setor público, com todas as suas particularidades devido a grande movimentação de recursos e a prestação de contas públicas, o que exige exagerado controle (MCASP, 2017).

As receitas e as despesas devem ser classificadas e diferenciadas entre si, de acordo com sua fonte e destinação, respectivamente. Isto é de suma importância como base da organização da gestão, contando com o auxílio de um sistema totalmente capaz de classificar e destinar de acordo com as contas amarradas, evitando desvios de finalidade e desequilíbrio entre o que é previsto e o extraordinário (MCASP, 2017).

A contabilidade é uma ciência exata; seus demonstrativos precisam ser claros e padronizados, a fim de transparecer a realidade econômica das contas públicas. A adequada leitura desses informes possibilita enxergar distorções, se existentes, ou desequilíbrio entre os investimentos, como saldos exorbitantes em determinada ação, por exemplo. Com isso muitas fraudes vieram à tona na história. Por isso a contabilidade é ferramenta fundamental nas investigações, perícias e auditorias realizadas (CARNEIRO; FONSECA; SIQUEIRA; SZUSTER, 2016).

Mas não apenas no controle, a contabilidade possibilita que o gestor visualize onde há maior necessidade de injetar o capital a ele confiado, as despesas exageradas incorridas durante seu exercício e todas as suas provisões. Colaborando na efetivação da verba, na melhor escolha do investimento aplicado e na redução de despesas desnecessárias, como por exemplo, o pagamento das contas até o vencimento, evitando o pagamento de juros e multas por atraso tendo caixa (DALLASTRA; WARKEN; ZUZELISKI 2017).

Então a efetivação de controles internos na saúde garantirão que os objetivos da organização pública sejam alcançados e que as ações serão conduzidas de forma econômica, eficiente e eficaz. O resultado será a proteção dos recursos públicos contra o desperdício, o abuso, os erros, as fraudes e irregularidades. Pois a contabilidade também tem papel importante na luta contra a corrupção, com ferramentas que possibilitem o uso eficiente do dinheiro público, visto que por meio das práticas contábeis, é possível identificar os gastos excessivos e a destinação irregular de verbas públicas, bem como os responsáveis por essa conduta (CASTRO, 2011. p. 293 e 312).

Diante do exposto pela entrevistada, é importante frisar que usar a contabilidade apenas para o cumprimento legal de exigências, muitas vezes mal compreendidas pela gestão, não trará resultados satisfatórios às contas públicas. Por isso a necessidade de treinamento na área de controle interno, para todos os níveis de competência administrativa, ligados às ações em saúde, utilizando das ferramentas que a contabilidade oferece.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A problemática da saúde no Brasil sempre esteve envolvida com seu financiamento. Mas qual utilidade pública haveria num grande investimento governamental, sem o controle e acompanhamento das contas, no alcance do seu objetivo final? Isso resultaria em mais obras paradas, desperdício financeiro, tumulto social e denúncias de corrupção.

Foi-se necessário tratar aqui toda história da saúde no Brasil com o objetivo de conhecer o cenário que trouxe a existência do Sistema Único de Saúde e sua importância para toda sociedade. A pesquisa sobre a estrutura do SUS foi fundamental para ciência da sua problemática e todas as leis que lhe regem, com o objetivo de mostrar a necessidade da atuação efetiva da contabilidade e também de despertar maior interesse da classe contábil nesta área, como sujeito fiscalizador e cidadão crítico, na busca de melhorias.

A partir da entrevista, dentre outras questões colocadas, pode-se perceber a falta de entrosamento entre as equipes de conhecimento das políticas públicas e a área contábil, no alcance dos resultados esperados. A gestão desse sistema precisa ser muito bem equilibrada entre as necessidades e as possibilidades financeiras, para garantir sua continuidade.

As mudanças trazidas neste ano irão oferecer maior liberdade estadual e principalmente municipal no gerenciamento e aplicação das verbas. Isso divide opiniões em duas perspectivas: de um lado, a redução dos processos burocráticos agilizarão a contratação de serviços e trarão maior flexibilidade na aplicação das verbas, evitando longos processos para pequenas mudanças; por outro, a aplicação efetiva das verbas precisará contar ainda mais com o conhecimento e julgamento da gestão, conforme foi abordado muitas vezes estar despreparada, sem contar com o maior risco no desvio de finalidade das verbas.

Assim, nesta nova estrutura de financiamento, o Sistema Único de Saúde precisará contar ainda mais com o acompanhamento da contabilidade em seus processos de gerenciamento. Aplicando todas as suas ferramentas, anteriormente citadas, de controle e fiscalização das verbas públicas. Mostrando a importância do conhecimento contábil na gestão do SUS.

O objetivo geral e os objetivos específicos do estudo foram alcançados, uma vez que identificadas as contribuições das ciências contábeis como ferramenta contributiva para

melhorias da gestão do SUS. Abordou-se sobre a história, objetivo e funcionamento do Sistema Único de Saúde; fez-se a exposição sobre as arrecadações e repasses de recursos do governo para a saúde e investigou-se sobre as falhas e dificuldades de gestão.

Para a problemática estudada: quais as contribuições das ciências contábeis como ferramenta contributiva para a gestão do SUS? Responde-se que através do conhecimento contábil e aplicação de suas ferramentas é possível controlar as contas, reduzir gastos, gerenciar investimentos e fiscalizar os repasses. Com isso seria mantida as ações básicas em saúde, com a certeza e transparência no investimento do dinheiro público. Os interesses políticos, no entanto, ficam a cargo da sociedade, inclusive a classe contábil, cobrar, tendo a consciência da importância desses serviços a toda população.

REFERÊNCIAS

ARACAJU. **Lei nº 4.358**, de 08 de fevereiro de 2013. Estado de Sergipe - Prefeitura Municipal de Aracaju. Disponível em: <http://www.aracaju.se.gov.br/userfiles/concursos/lei_4377-2013_meio-ambiente.pdf>. Acesso em 30/04/2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Efetivando o Controle Social**. Brasília, DF. Disponível <<http://conselho.saude.gov.br/webec29/index.html>>. Acesso em: 23/03/2017.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado, 1998. Presidência da República Casa Civil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil>. Acesso em: 25/04/17.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 29**, de 13 de setembro de 2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm>. Acesso em: 25/04/17.

BRASIL. **Lei Complementar nº 101**, de 04 de maio 2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp101.htm>. Acesso em: 27/04/17.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Secretaria do Tesouro Nacional. **Manual de Contabilidade Aplicada ao Setor Público - MCASP**. 7ª Ed. 2017. Disponível em: <<http://www.tesouro.fazenda.gov.br/documents/10180/456785/MCASP+7%C2%AA%20edi%C3%A7%C3%A3o+Vers%C3%A3o+Final.pdf/6e874adb-44d7-490c-8967-b0acd3923f6d>>. Acesso em: 10/04/17.

BRASIL. Ministério da Saúde. **ABC do SUS: Doutrinas e Princípios**. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Cartilha. Brasília, 1990. Disponível <www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf> Acesso em: 23/03/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Fundo Nacional de Saúde**. Disponível <<http://www.fns.saude.gov.br/visao/carregarMenu.jsf?coMenu=17>>. Acesso em: 25/03/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro. **Portaria nº 204**, de 29 de janeiro de 2007. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html. Acesso em: 25/04/17.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 204**, de 29 de janeiro de 2007. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html. Acesso em: 23/03/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SUS a Saúde do Brasil**. Secretaria-Executiva. 3ª Ed, Mato Grosso do Sul, 2011. Disponível <bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_saude_brasil_3ed.pdf>. Acesso em: 28/03/2017.

BRASIL. Ministério da Transparência. **Fiscalização e Controladoria-Geral da União. Portal da Transparência**. Governo Federal. Disponível <<http://www.transpa>

rencia.gov.br/convenios/ConveniosLista.asp?UF=SE&CodMunicipio=3105&CodOrgao=36000&TipoConsulta=1&Periodo=>. Acesso em: 23/03/2017.

BRASIL, Norma Operacional Básica - SUS 01/93 e 01/96. **Portaria nº 545**, de 20 de maio de 1993. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt_0545_20_05_1993.html. Acesso em: 23/03/2017.

BRASIL. Presidência da República Casa Civil - Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 7.508**, de 28 de junho de 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 20/04/17. Acesso em: 23/03/2017.

BRASIL. Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei Complementar nº 141**, de 13 de janeiro de 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm. Acesso em: 25/04/17.

BRASIL. Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 25/04/17.

CARNEIRO, Ygor Firmo Fontenelle; FONSECA, Ana Carolina Pimentel Duarte da; SIQUEIRA, José Ricardo Maia de; SZUSTER, Natan. **Contabilidade Forense: Aplicação da Atividade Contábil Investigativa e sua Perspectiva Futura no Brasil**. Revista de Contabilidade do Mestrado em Ciências Contábeis da UERJ, Rio de Janeiro, v. 21, n.3, p. 56 - p. 73, 2016. Disponível <www.atena.org.br/revista/ojs-2.2.3-08/index.php/UERJ/article/download/.../2388>. Acesso em: 14/03/2017.

CASTRO, Domingos Poubel de. **Auditoria, Contabilidade e Controle Interno do Setor Público**. São Paulo. Editora Atlas. 4ª Ed. 2011.

CHIORO, Arthur; SCAFF, Alfredo. **A Implantação do Sistema Único de Saúde**. Faculdade de Ciências Médicas de Santos, 1999.

COSTA, Lúcia Cortes da. **O governo FHC e a Reforma do Estado Brasileiro**. PESQUISA & DEBATE, SP volume 11, nº 1. Pg. 49-79, 2000. Disponível <<https://revistas.pucsp.br/index.php/rpe/article/download/11922/8632>>. Acesso em: 23/03/2017.

COUTO, Berenice Rojas. **O Direito Social e a Assistência Social Brasileira: uma equação possível?**. 8ª Ed, São Paulo. 2000. p. 128-130. Disponível <<http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n124/0101-6628-sssoc-124-0665.pdf>>. Acesso em: 23/03/2017.

CURY, Marun David; MOURA NETO, João Sobreira de. **Financiamento da Saúde brasileira agrava sucateamento do SUS**. 2017. Disponível <<http://socgastro.org.br/novo/2017/01/artigo-financiamento-da-saude-brasileira-agrava-sucateamento-do-sus/>> Acesso em: 04/06/2017.

DALLASTRA, Paulo Roberto; WARKEN, Inês Liani Menzel; ZUZELISKI, Ana Cláudia Lauxen. **Adoção inicial da Contabilidade aplicada ao Setor Público em municípios da agência de desenvolvimento regional de Maravilha – SC.** RC& C - Revista Contabilidade e Controladoria, Curitiba, v. 9, n. 1, p. 97-111. 2017. Disponível <revistas.ufpr.br/rcc/article/download/47695/31842>. Acesso em: 15/04/2017.

DCI. Jornal Diário, Comercio, Industria & Serviço. **Epidemias ameaçam demanda do turismo corporativo no País.** São Paulo, 2016. Disponível <<http://www.dci.com.br/em-destaque/epidemias-ameacam-demanda-do-turismo-corporativo-no-pais-id540750.html>>. Acesso em: 04/06/2017.

ESCOREL, S. **História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária.** In: GIOVANELLA, L. et al. (org.), Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. Pg. 385-434. Disponível <http://assistenciafarmaceutica.fepese.ufsc.br/pages/arquivos/Escorel_2008_II.pdf> Acesso em: 23/03/2017.

JORNAL, Folha de São Paulo. **Governo federal quer afrouxar regra para uso de verba destinada ao SUS.** Disponível <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2017/02/1856438-governo-federal-quer-afrouxar-regra-para-uso-de-verba-destinada-ao-sus.shtml>>. Acesso em: 04/06/2017.

LABOISSIÈRE, Paula. **Saúde altera regras para repasse de recursos federais.** Jornal EBC Agência Brasil. 2017 Disponível <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-02/saude-altera-regras-para-repasse-de-recursos-federais>>. Acesso em: 04/06/2017

NBC T 16 – **Norma Brasileira de Contabilidade Aplicada ao Setor Público.** NBC T 16.1 – Conceituação, Objetivo e Campo de Aplicação. 2013.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das Políticas de Saúde no Brasil.** 2015. Universidade Federal de Minas Gerais. Disponível <www.uff.br/higienesocial/.../Texto_de_apoio_3_-_HS-historia_Saude_no_Brasil.pdf>. Acesso em: 15/04/2017.

ROSA, Tatiane. **CONASS Debate – Uma agenda de eficiência para o SUS.** Ed. 19, 2016. Disponível <<http://www.conass.org.br/consensus/conass-debate-uma-agenda-de-eficiencia-para-o-sus/>>. Acesso em: 15/04/2017.

SALLES, P. **História da Medicina no Brasil.** Belo Horizonte, Ed. G. Holman, 1971. p. 141-161.

SOUZA, Luciana Virgília Amorim de. **A Previdência Social no Brasil: uma longa história para contar.** 2013. Disponível em: <<http://www.conteudojuridico.com.br/artigo,a-previdencia-social-no-brasil-uma-longa-historia-para-contar,43403.html>>. Acesso em: 23/04/2017.

SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de. **Saúde Pública ou Saúde Coletiva?** Revista Espaço para a Saúde. v. 15, nº 4, p. 01-21, Londrina, 2014. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/viewFile/20686/pdf_53>. Acesso em: 15/04/2017.

STEDILE, Nilva Lúcia Rech; GUIMARÃES, Maria Cristina Soares; FERLA, Alcindo Antônio; FREIRE, Rafaela Cordeiro. **Contribuições das Conferências Nacionais de Saúde na Definição de Políticas Públicas de Ambiente e Informação em Saúde.** 2014. Pg 2957 – 2971. Disponível <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v20n10/1413-8123-csc-20-10-2957.pdf>>. Acesso em: 23/04/2017.

ABSTRACT

Before the 1988 Constitution there was nothing to reassure a public healthcare system for the Brazilian people. Despite the worker's great mobilization in the early industrialization, the conquest of Retirement and Pension Fund was concealed for those who kept employment relationship with large companies. Therefore, from Colonial Brazil until 1988, healthcare was the privilege of the most favored classes; so with the creation of the Unified Health System is seen the opportunity of equality with the Constitutional guarantee of this right. However, early in its creation (in 1988), the SUS already faced challenges with the great rationalization of resources. This article addresses the main historical events that have consequently brought the problem of public health funding in Brazil today and how accounting can be used as an essential tool in the protection and guarantee of this right, through statements, reports, audit and control Information collected in a transparent and reliable manner. The problem studied is: what are the contributions of the accounting sciences as a contributory tool for the management of the Unified Health System? The general objective of this study is to present the work of the Accounting Sciences as a tool to analyze the public accounts to assist the operational management of the Unified Health System. The methodology used was books, articles, university handbooks, laws and an interview recorded in audio with a representative of the area of health financing in the city of Aracaju; Limiting this article to this region of the country, in a current context of the situation of the Unified Health System. Based on the survey, accounting is seen as an important instrument that contributes to the public management of the health system, mainly in the control and monitoring results and presentation of reports and standardized reports for the sector. Accounting enables improvements in the management of public health funds through the analysis of consistent reports and internal control.

Keywords: Internal Control. Analysis. Public Accounting.