

A TRANSPARÊNCIA DAS INFORMAÇÕES SOBRE OS INVESTIMENTOS NAS AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE EM UMA REGIÃO DO ESTADO DE SANTA CATARINA

J. L. POSSOLLI¹, R. DE S. VIEIRA²
Universidade do Extremo Sul Catarinense
ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0001-6733-5321>
prof.reginaldovieira@gmail.com²

Submetido 03/07/2017 - Aceito 20/07/2020

DOI: 10.15628/holos.2020.6088

RESUMO

Este artigo tem por objetivo investigar o nível de transparência das informações sobre os investimentos nas ações e serviços públicos de saúde nos municípios que compõem a Associação dos Municípios da Região Carbonífera (AMREC), nos anos de 2013 e 2014. A pesquisa é descrita, com método dedutivo e abordagem qualitativa e quantitativa. Aplicou-se as técnicas de pesquisa bibliográfica e documental-legal, com sítios eletrônicos dos municípios da AMREC que disponibilizam as informações relativas aos gastos com saúde em portal da transparência, bem como no sítio eletrônico do Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina. A partir disso, analisou-se o nível destas informações publicizadas, para atender à Lei 12.527/2011, que prevê

acesso às informações públicas, e a Lei Complementar 101/2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal). A análise dos dados coletados demonstrou que, embora o resultado da pesquisa tenha demonstrado o cumprimento dos percentuais mínimos em ações e serviços de saúde pelos municípios da AMREC, os dados disponibilizados no portal da transparência não evidenciam, de forma clara e com uma linguagem acessível, quanto e no que foram investidos os recursos, limitando-se a descrever a estrutura técnica das receitas e despesas enviadas ao Tribunal de Contas do Estado e ao SIOPS. Portanto, o disposto na legislação não está sendo cumprido integralmente, o que prejudica o exercício da participação popular em saúde pela sociedade.

PALAVRAS-CHAVE: Transparência nas informações, ações e serviços de saúde, gestão pública, participação popular, AMREC.

THE TRANSPARENCY OF INFORMATION ON INVESTMENTS IN PUBLIC HEALTH SERVICES AND SERVICES IN A REGION OF THE STATE OF SANTA CATARINA

ABSTRACT

This article aims to investigate the level of transparency of information on investments in public health actions and services in the municipalities that comprise the Association of Municipalities of the Carboniferous Region (AMREC), in the years of 2013 and 2014. The research is described, with Deductive method and qualitative and quantitative approach. The techniques of bibliographic and documentary-legal research were applied, with electronic websites of the municipalities of AMREC, which provide information on health expenditures in the transparency portal, as well as on the website of the Court of Accounts of the State of Santa Catarina. Based on this, the level of this information was analyzed, in order to comply with Law 12.527/2011, which provides

access to public information, and Complementary Law 101/2000 (Fiscal Responsibility Law). The analysis of the collected data showed that, although the research results showed that the minimum percentages in health actions and services were met by the municipalities of AMREC, the data provided in the transparency portal do not clearly and in an accessible language, how much and in what resources have been invested, merely describing the technical structure of revenues and expenditures sent to the State Audit Court and SIOPS. Therefore, the provisions of the legislation are not being fully complied with, which impairs the exercise of popular participation in health by society.

KEYWORDS: Transparency in information, actions and health services, public management, popular participation, AMREC.



1 INTRODUÇÃO

A administração pública necessita cada vez mais empenhar esforços para oferecer à sociedade serviços de qualidade. Como contrassenso, o que se percebe nos dias atuais contrasta com o que preconizam os dispositivos legais, que garantem aos cidadãos atendimento pleno em relação à saúde, à educação, à segurança, entre outros constitucionalmente assegurados. Na prática, o que se tem é a precariedade na prestação desses serviços, demonstrando que a sua positividade não garantiu, por si só, a efetividade do seu fornecimento (Cervi, 2013).

Os chamados direitos sociais estão insculpidos na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/1988), que previu a adoção, pelo Brasil, do modelo de Estado Social, implementado em diversos países, das mais variadas concepções ideológicas, a partir da Segunda Guerra Mundial (Bonavides, 2001).

Em especial, o direito à saúde está inserido no rol dos direitos sociais, descritos no artigo 6º da CRFB/1988, constituindo-se como um direito fundamental. Da mesma forma, o artigo 196 da Carta Magna atribui ao Estado o dever de prestar serviços públicos de saúde a todos os cidadãos, de maneira universal, gratuita e integral, pelo Sistema Único de Saúde (Brasil, 1988). Essa nova concepção de saúde pública trazida pela CRFB/1988 rompeu com o modelo adotado até então, quando os serviços públicos de saúde somente eram ofertados aos trabalhadores formais, contribuintes do seguro social, deixando grande parte da população desassistida, sujeita apenas à caridade de hospitais filantrópicos (Vieira, 2013).

Ademais, o texto constitucional veio a estabelecer entre os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde a participação popular em saúde (Brasil, 1988), não como uma faculdade, mas como um elemento central da organização e funcionamento do sistema.

Além disso, a CRFB/1988 prevê que os entes públicos (União, Estados, Distrito Federal e Municípios) invistam percentuais mínimos dos valores arrecadados com impostos, em ações e serviços públicos de saúde, vinculando tais recursos a gastos exclusivos nesse setor. Deve ser destacado que a regulação do financiamento da saúde foi feita pela Lei nº 8.142/1990 e concretizada pelo disposto na Emenda Constitucional (EC) nº 29/2000 e na Lei Complementar (LC) nº 141/2012, que fixou os limites percentuais mínimos da arrecadação a serem investidos em programas de saúde pela União, Estados e Municípios (Brasil, 1988; 1990-B; 2000-A; 2012).

Assim, é de grande importância a disponibilização destas informações à sociedade, para que ela exerça, também, seu papel de agente fiscalizador da aplicação dos recursos públicos. Inclusive subsidiando a participação popular no exercício de seu papel de fiscalizador e de cogestão da política pública de saúde.

Portanto, é com base nessas premissas iniciais que surge o objetivo desta pesquisa, que consiste em investigar o nível de transparência das informações sobre os investimentos nas ações e serviços públicos de saúde nos municípios que compõem a Associação dos Municípios da Região Carbonífera (AMREC), nos anos de 2013 e 2014.



A pesquisa é descritiva, utilizando-se do método dedutivo, por meio da abordagem qualitativa e quantitativa. Faz do procedimento monográfico, com técnicas de pesquisa documento-legal e bibliográfica.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 Política de Transparência das Informações na Administração Pública

A gestão pública passou por importantes mudanças nos últimos 20 anos, especialmente a partir do ano 2000, com a edição de diversas leis voltadas à responsabilidade na gestão fiscal e na transparência das informações acerca dos gastos públicos, utilizando mecanismos de planejamento, controle e execução das contas públicas. A política de transparência nos gastos públicos adotada pelo Brasil, por meio do uso das ferramentas da gestão do conhecimento, não tem por escopo apenas modernizar estruturas administrativas, mas melhorar a eficiência das instituições e aumentar a participação popular (Bernandes, 2013).

No sentido de trazer para as organizações públicas mecanismos de controle nos gastos e de publicidade das receitas e das despesas dos entes políticos e de seus órgãos, foi sancionada a Lei Complementar nº 101/2000, a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), estabelecendo normas para a responsabilidade na gestão fiscal (Brasil, 2000-B).

A partir da vigência dessa lei, objetivou-se um maior planejamento do gasto público, introduzindo elementos importantes, como o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), estabelecendo vinculação entre o planejamento e a execução orçamentária, imputando aos agentes administrativos maior responsabilidade social em razão de ações vinculadas e obrigatórias (Gorga & Bergamasco, 2017).

Conforme se apreende do texto legal, o objetivo maior da LRF é o equilíbrio das contas públicas, dando às administrações um caráter mais gerencial. Também é importante destacar que a LRF, em seu artigo 1º, determina que as ações públicas sejam transparentes, com informações detalhadas da composição da receita e da despesa pública (Brasil, 2000-B).

No sentido de possibilitar maior transparência nas ações da administração pública, foi sancionada a LC nº 131/2009, que trouxe alterações importantes à LRF, especialmente no tocante à forma de como esta transparência deve ser implementada. Em seu artigo 1º altera o artigo 48 da LRF, estabelecendo que a transparência na gestão fiscal deve ser assegurada mediante incentivo à participação popular e realização de audiências públicas para discussão dos planos plurianuais e do orçamento, bem como pelo conhecimento e acompanhamento da sociedade das informações sobre a execução orçamentária e financeira, enfatizando que devem ser utilizados meios eletrônicos de acesso público (Brasil, 2009).

Destaca-se, também, que a LC nº 131/2009, ao incluir o artigo 73-A ao texto da LRF, trouxe a possibilidade de qualquer cidadão, partido político ou associação, denunciar aos Tribunais de Contas e ao Ministério Público qualquer irregularidade em razão do descumprimento dos preceitos legais (Brasil, 2009).



Embora a legislação brasileira previsse o direito dos cidadãos à informação, precipuamente no artigo 5º, inciso XXXIII; artigo 37, parágrafo 3º, inciso II, e artigo 216, parágrafo 2º, todos da CRFB/1988, não havia uma lei específica que regulasse o acesso então previsto, com a especificação de procedimentos a serem adotados pelos entes políticos para garantir o acesso à informação (Brasil, 1988).

Com este intuito, foi sancionada a Lei nº 12.527/2011, denominada Lei de Acesso à Informação, estendendo a observância de seus pressupostos às instituições privadas que recebam recursos públicos para a realização de suas ações, conforme prevê o seu artigo 2º (Brasil, 2011). A partir daí desencadearam-se diversos movimentos sociais no sentido de que as administrações públicas disponibilizassem informações sobre a gestão estatal, além de cobrarem de organizações do terceiro setor uma prestação de contas mais eficiente, visando à otimização nos gastos dos recursos. Esta otimização está relacionada à eficiência, que não significa simplesmente reduzir custos, mas buscar a melhor relação entre a qualidade do serviço e a qualidade do gasto, com a execução de serviços com a máxima qualidade e com o menor custo (Batista, 2012).

Sendo um dos objetivos da Lei de Acesso a garantia de uma gestão transparente da informação, a Controladoria Geral da União (CGU) lançou, em 2015, um sistema para medir o grau de transparência de estados e municípios, denominado Escala Brasil Transparente (EBT), com o intuito de avaliar o grau de cumprimento às normas da Lei de Acesso à Informação. A metodologia utilizada procurou demonstrar o cenário sobre a transparência no Brasil, analisando questões relativas à efetivação de mecanismos que permitam o acesso às informações públicas por parte da sociedade, sendo atribuída aos entes políticos notas de zero a dez (Controladoria Geral da União [CGU], 2015).

De acordo com o resultado obtido pela CGU, apurou-se que 63% dos municípios analisados tiraram nota 0 (zero) e 23% tiraram notas entre 1 (um) e 2 (dois). Apenas 1,4% tiraram notas entre 9 (nove) e 10 (dez), em uma clara demonstração de que a legislação sobre transparência pública está muito longe de atingir a efetividade esperada (CGU, 2015).

O Brasil adota uma legislação rígida em relação aos gastos públicos, fazendo com que os entes políticos, inclusive os governos municipais, objeto desta pesquisa, submetam-se a controles de execução orçamentária que impeçam gastos incompatíveis com suas receitas, coibindo a formação de dívidas para as administrações futuras. Um exemplo deste controle é o gasto que os municípios podem ter com a folha de pagamento dos servidores, considerada a maior despesa do setor público brasileiro (Gorga & Bergamasco, 2017). Este gasto é limitado pela LRF em 60% da receita corrente líquida dos municípios, conforme disciplina o inciso III, do artigo 19, da LC 101/2000 (Brasil, 2000-B).

No sentido de que as administrações municipais implementem mecanismos de transparência em suas ações, é cada vez maior a exigência por parte da sociedade e dos organismos de representação coletiva que os municípios disponibilizem em meio eletrônico na *web*, informações detalhadas sobre receitas, despesas e execução orçamentária, tendo-se denominado como portal da transparência. Este “novo” método de administrar a coisa pública requer a adoção de procedimentos gerenciais até então restritos às organizações privadas, por



isso o desenvolvimento de modelos de gestão de conhecimento específicos para a administração pública tem ganhado impulso (Batista, 2012).

Esses novos instrumentos, quando implantados na administração pública, reduzem barreiras e permitem maior aproximação entre a gestão e o cidadão (Castells, 2004; 2006; Ruediger, 2002). Portanto, os mecanismos daquilo que se denominou governo eletrônico permitem maior controle e fiscalização da sociedade em relação à administração pública, na esteira dos instrumentos participativos erigidos no texto constitucional e em consonância com o Estado Democrático de Direito (Picanyol, 2008; Ruediger, 2002). Por conseguinte, esse processo pode contribuir para o aprofundamento da cidadania, menos formal, mais interativa, denominada por Pérez-Luño (2004) de cibercidadania ou cidadania.com.

2.2 O financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS)

O processo de ampliação da cidadania, representado pelos mecanismos e instrumentos que ampliam a transparência da gestão pública, coaduna-se com a redemocratização do País após o período da Ditadura Militar (1964-1985), que rompeu com um modelo de administração que procurava afastar a sociedade dos espaços de gestão e fiscalização do poder público.

Na esteira desse processo redemocratizante, a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 veio a absorver grande parte das reivindicações constantes no relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, especialmente quanto à criação do SUS e à sua previsão de financiamento, e com isso esperavam-se avanços significativos na saúde pública brasileira. No entanto, não obstante a determinação de financiar a seguridade social com recursos dos orçamentos da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, não havia uma definição clara de quanto deveria ser investido nas ações e serviços de saúde, uma vez que a previdência e assistência social também estão incluídas no conceito de seguridade, havendo, portanto, uma divisão de recursos entre estas áreas, sem qualquer vinculação de recursos mínimos a serem investidos (Brasil, 1988; Piola, 2013).

As alterações trazidas pelo novo texto constitucional de 1988 ensejaram mudanças na alocação de recursos destinados à saúde. Em seu artigo 194, introduziu a definição de seguridade social, remetendo à ideia de que saúde, previdência e assistência social constituem aspectos indissociáveis na prestação, pelo Estado, de serviços e ações que visem à proteção do direito sanitário. A CRFB/1988 dispõe que ela será financiada com recursos arrecadados por meio de contribuições sociais, instituídas pela União, e pagas por pessoas físicas e jurídicas, bem como pela arrecadação de impostos, nos três níveis de governo (Brasil, 1988).

As leis que regulamentaram o SUS, Lei nº 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde) e Lei nº 8.142/1990 (que regulamentou a participação popular e o financiamento da saúde), embora de grande significância para regular uma incipiente legislação garantidora de direitos, trataram a questão do financiamento de maneira superficial, não elencando fontes de custeio suficientes para cumprir os princípios propostos pelo direito à saúde, erigido, então, à condição de direito fundamental (Aguar, 2011; Brasil, 1990-A; 1990-B).



Melamed (2011) destaca a busca governamental para financiar o SUS, desde empréstimos do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), em 1992 e 1993, a criação de contribuição específica para a saúde (CPMF), em 1996 e 1997, até a Emenda Constitucional nº 29/2000, no sentido de dar ao Estado condições financeiras que permitam o acesso universal e o atendimento integral, pilares do sistema.

A EC nº 29/2000 obrigou os entes federados a vincularem recursos provenientes da arrecadação com impostos à prestação de serviços em saúde, estabelecendo que caberia à Lei Complementar determinar percentuais mínimos de investimento na área. Assim, a LC 141/2012 definiu que os municípios devem aplicar 15%, no mínimo, dos recursos arrecadados com impostos próprios e dos recebidos em transferências da União e do Estado, em ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde. A citada LC também definiu o que pode e o que não pode ser considerado como ações e serviços públicos de saúde para fins de cumprimento do referido percentual (Brasil, 2012).

O valor sobre o qual deve ser aplicado o percentual mínimo em serviços públicos de saúde foi definido pelo parágrafo 2º do artigo 198 da CRFB/1988, com a redação dada pela EC 29/2000, a qual determina que a base de cálculo será, para os estados e o Distrito Federal, o total da arrecadação com impostos, acrescido dos repasses advindos da União e deduzidos os valores repassados aos municípios. Já para os municípios, a base de cálculo será formada pelo total da arrecadação com impostos, acrescido dos repasses recebidos da União e dos estados, relativos aos impostos especificados nos artigos 158 e 159 da CRFB/1988 (Brasil, 1988).

Uma vez encontrada a base de cálculo, deve incidir sobre ela o percentual mínimo estabelecido pelos artigos 6º e 7º da LC 141/2012, os quais determinam obrigatoriedade de aplicação mínima de 12% e 15%, para os estados e municípios, respectivamente, em ações e serviços públicos voltados à saúde. É importante asseverar que as Constituições Estaduais ou as Leis Orgânicas dos Municípios podem estabelecer percentuais diferentes dos aqui citados, obrigando estados e municípios a adotarem-nos, nos casos em que forem maiores dos que os previstos pela Lei Federal, conforme se depreende da leitura do artigo 11 da LC 141/2012 (Brasil, 2012).

Em relação à base de cálculo e percentual mínimo a serem adotados pela União, há que ser observado o inciso I, do parágrafo 2º, do artigo 198 da CRFB/1988, alterado por meio da EC 86/2015, o qual determina que o valor a ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde será calculado sobre “a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15% (quinze por cento)” (Brasil, 1988; Brasil, 2015).

3 METODOLOGIA

Uma pesquisa tem o intuito de alcançar um caráter interdisciplinar. A este respeito, Leis (2011) esclarece que um estudo interdisciplinar requer integração de conteúdos, e não simplesmente conhecimentos disciplinares superpostos.



Este estudo, portanto, analisará a existência de transparência nas informações relativas aos gastos municipais com ações e serviços públicos de saúde nos municípios da AMREC, bem como o cumprimento dos percentuais mínimos de investimentos nesta área pelos municípios pesquisados, estabelecidos na Lei Maior do País, caracterizando-se pela observação empírica da obediência aos pressupostos legais, mensurando a realidade existente (Creswell, 2007).

A pesquisa é descritiva, possui um caráter interdisciplinar (Leis, 2001) e adota método de pesquisa dedutivo, uma vez que parte da assimilação das regras gerais para compreender os casos específicos. Utiliza-se de abordagens quantitativa e qualitativa. A abordagem quantitativa está consubstanciada na coleta de dados quantitativos junto ao órgão de fiscalização estatal, o Tribunal de Contas e as prefeituras municipais. A abordagem qualitativa se faz presente pelas alegações reivindicatórias e participativas, ao se confrontar as reais necessidades sociais com os investimentos públicos realizados na área da saúde. Estão presentes, também, alegações de conhecimentos pragmáticas, uma vez que a pesquisa conduz a uma reflexão política e de justiça social (Creswell, 2007), promovendo discussões que objetivam o aperfeiçoamento dos serviços estatais, visando benefícios coletivos. Faz uso do procedimento monográfico, com técnicas de pesquisa documento-legal e bibliográfica.

Para o alcance do objetivo proposto, foi realizada inicialmente a revisão bibliográfica, e em seguida o levantamento dos dados necessários à pesquisa nos sítios eletrônicos dos municípios da AMREC que disponibilizaram as informações relativas aos gastos com saúde em portal da transparência, bem como no sítio eletrônico do Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina. A partir disso, avaliou-se o nível de qualidade dessas informações publicizadas, para atender à Lei 12.527/2011, que prevê acesso às informações públicas, e a Lei Complementar 101/2000, Lei de Responsabilidade Fiscal, que dispõe sobre a punição aos gestores públicos no caso de desvio de finalidade ou gastos em desacordo com a Lei.

Ademais, considerando que o objeto da pesquisa está adstrito aos municípios que compõem a Associação dos Municípios da Região Carbonífera (AMREC), faz-se necessário conceituar a região carbonífera e identificar os municípios que dela fazem parte. O nome dado à associação designa a região catarinense que teve na exploração do carvão mineral a mola propulsora do desenvolvimento econômico, embora à custa de um passivo ambiental que ainda perdura. Hoje, a extração do minério apresenta uma escala muito menor, obrigando os gestores municipais e a iniciativa privada a buscarem alternativas de desenvolvimento em outros segmentos comerciais (Belolli, Quadros & Guidi, 2002).

A AMREC é resultado do desmembramento da Associação dos Municípios do Sul do Estado de Santa Catarina (AMSESC), que originariamente abrangia os municípios de Urussanga até Passo de Torres. Fundada em 25 de abril de 1983, a AMREC era composta por sete municípios: Criciúma, Siderópolis, Nova Veneza, Morro da Fumaça, Urussanga, Lauro Müller e Içara. Com a emancipação de Forquilha (Criciúma), Cocal do Sul (Urussanga) e Treviso (Siderópolis), estes municípios passaram a integrar a Associação. Em 2004, Orleans também migrou, e em 2013, com a emancipação do Balneário Rincão (Içara), a Associação passou a contar com 12 municípios integrantes ((Associação dos Municípios da Região Carbonífera [AMREC], 2016).



Ressalta-se que a pesquisa foi realizada em todos os municípios que fazem parte da AMREC.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

As informações relativas ao montante gasto com ações em saúde foram extraídas do sítio eletrônico do Tribunal de Contas de Santa Catarina, o que permitiu a confecção dos Quadros 1 e 2 com dados referentes às receitas com impostos, somadas às transferências constitucionais de recursos federais e estaduais aos municípios que compõem a AMREC, e a verificação do cumprimento dos dispositivos legais quanto ao percentual mínimo de investimentos em saúde nos anos de 2013 e 2014.

Quadro 1 – Receita vinculada a gastos com saúde nos municípios da AMREC, em 2013

Município	Receita Total Arrecadada	Receita com Impostos Próprios + Transferências	Gastos com Saúde	% Gasto em Saúde
B. Rincão	15.742.023,71	14.072.169,80	2.321.547,14	16,50%
Cocal do Sul	37.231.624,99	25.035.690,04	5.693.740,18	22,74%
Criciúma	428.642.824,77	200.170.844,20	62.951.650,22	31,45%
Forquilha	55.642.938,50	32.339.495,00	7.134.698,40	22,06%
Içara	129.716.621,41	58.780.581,48	16.117.966,16	27,42%
Lauro Müller	28.782.210,44	18.608.668,96	4.664.968,30	25,07%
Morro da Fumaça	36.623.738,52	23.997.094,12	4.808.574,40	20,04%
Nova Veneza	31.897.750,48	24.671.498,08	4.497.084,45	18,23%
Orleans	47.996.359,48	32.995.830,68	6.488.259,11	19,66%
Siderópolis	24.703.148,80	18.302.966,68	4.198.423,03	22,94%
Treviso	17.708.460,87	14.003.719,32	2.928.603,30	20,91%
Urussanga	48.301.326,37	30.869.528,16	6.038.457,38	19,56%

Fonte: Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina (Santa Catarina, 2017).

Percebe-se que os índices encontrados, referentes ao ano de 2013, apresentam variação significativa em relação ao percentual mínimo de 15%, quando da análise de cada município. Embora todos apresentem índice superior ao mínimo exigido, observa-se que enquanto o município de Balneário Rincão aplicou em ações de saúde o percentual de 16,5% da base de



cálculo prevista, o município de Criciúma aplicou 31,45%. Para compreender o motivo da discrepância entre os municípios, seria necessário analisar individualmente os gastos efetuados, relacionando-os com as condições econômicas e sociais dos habitantes, já que estes indicadores influenciam nos gastos em saúde. Tais informações, no entanto, não estão disponibilizadas no portal da transparência dos municípios, o que não se coaduna com os fundamentos de uma administração pública transparente e que procura ampliar a participação da sociedade nas decisões políticas e de fiscalização da sua gestão.

O Quadro 2 possibilita, além de verificar o cumprimento do percentual mínimo estabelecido para ações de saúde, analisar as variações ocorridas em relação ao ano anterior.

Quadro 2 – Receita vinculada a gastos com saúde nos municípios da AMREC, em 2014

Município	Receita Total Arrecadada	Receita com Impostos Próprios + Transferências	Gastos com Saúde	% Gasto em Saúde
B. Rincão	29.833.783,19	15.746.791,40	3.555.345,14	22,58%
Cocal do sul	44.952.603,48	27.517.954,47	6.336.036,34	23,03%
Criciúma	515.811.610,80	233.940.146,00	75.467.418,63	32,26%
Forquilha	67.723.655,41	39.131.943,73	8.288.298,97	21,18%
Içara	130.200.338,67	65.681.142,40	19.110.640,38	29,10%
Lauro Müller	33.753.149,57	21.242.215,13	4.762.070,81	22,42%
Morro da Fumaça	42.530.449,44	25.736.667,87	4.064.923,71	15,79%
Nova Veneza	41.199.139,34	27.128.245,40	6.808.414,48	25,10%
Orleans	57.205.424,68	36.748.355,60	7.245.339,82	19,72%
Siderópolis	30.466.174,52	19.972.753,67	4.200.602,77	21,03%
Treviso	21.111.480,15	15.772.718,27	3.299.477,50	20,92%
Urussanga	58.429.906,66	34.295.312,87	7.449.999,87	21,72%

Fonte: Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina (Santa Catarina, 2017).

Da mesma forma que no ano anterior, em 2014 os municípios pesquisados apresentam percentuais acima do limite mínimo exigido pela CRFB/1988. Entretanto, mais uma vez, as variações percentuais, ao analisar-se cada município, são representativas. Desta vez, a maior variação foi verificada entre os municípios de Morro da Fumaça e Criciúma. Relativamente à variação dos percentuais dos gastos em saúde, percebeu-se redução nos índices aplicados pelos municípios de Morro da Fumaça, Lauro Müller, Forquilha e Siderópolis. Os municípios de



Treviso e Orleans mantiveram praticamente os mesmos índices do ano anterior; os demais registraram aumento nos índices de gastos em saúde quando relacionados com a arrecadação de impostos e transferências legais.

Em termos gerais, verifica-se que os percentuais encontrados demonstram o cumprimento dos limites constitucionais quanto aos investimentos públicos em serviços de saúde pelos municípios da AMREC, tanto em 2013 quanto em 2014. Entretanto, os dados disponibilizados no portal não permitem identificar de que maneira foram gastos os recursos, pois eles apresentam apenas genéricas. Percebe-se, portanto, que os municípios não disponibilizam os relatórios analíticos de maneira transparente, mas, tão somente, reproduzem as informações enviadas aos órgãos de controle das contas públicas.

Os sítios eletrônicos dos governos municipais nas prefeituras da AMREC revelam que a transparência nas informações públicas está aquém do esperado, não havendo em qualquer dos municípios pesquisados verdadeira transparência, com informações claras e objetivas dos gastos em saúde, que possibilite o fácil entendimento ao cidadão. Falta, portanto, qualidade informacional aos dados disponibilizados nos sítios eletrônicos, uma vez que a estrutura utilizada para a divulgação obedece a critérios técnico-contábeis, exigidos pelo Tribunal de Contas do Estado e pelo sistema de informações sobre sistemas públicos em saúde (SIOPS), mas que não apresentam a clareza necessária à participação popular.

Os números apresentados atestam que os municípios pesquisados atingem, em maior ou menor índice, os limites mínimos de investimentos em saúde determinados em lei. No entanto, o que se busca com a Lei da Transparência não se resume a demonstrar aspectos puramente objetivos, mas, principalmente, evidenciar o destino dos recursos públicos, proporcionando à sociedade, além da fiscalização do cumprimento de índices, saber como é gasto o dinheiro público, para que ela possa participar efetivamente na escolha de prioridades, exercendo a cidadania participativa. Percebe-se, portanto, que o principal objetivo da Lei de Acesso à Informação não vem sendo observado, limitando-se à divulgação de questões patrimoniais, relegando a segundo plano dados de execução orçamentária, como os gastos em saúde (Nunes, 2013).

O resultado da pesquisa evidencia a diferença entre transparência e informação, no sentido de que os dados simplesmente publicados em portal da transparência não garantem acesso à informação, haja vista que não há demonstração detalhada dos gastos públicos, com recursos de linguagem e visuais que possam ser compreendidos pela população, o que impede a efetiva participação da sociedade no controle desses gastos. Assim, o objetivo maior da Lei de Acesso ainda não foi alcançado, uma vez que o seu cumprimento “pode e (deve) servir para otimizar os gastos públicos na área da saúde – ao permitir que haja fiscalização popular mais efetiva sobre seu orçamento” (Nunes, 2013, p. 65).

Portanto, tal realidade não contribui para a legítima participação popular na cogestão e fiscalização no âmbito da gestão pública da saúde, tendo em vista não haver a devida transparência e interação entre o cidadão e a administração pública (Picanyol, 2008; Ruediger, 2002).



De acordo com Nunes (2013, p. 31), “é nítido que há um anseio popular mundial pela democratização do acesso à informação”, com uma crescente cobrança das entidades organizadas e da população em geral para participarem do processo político administrativo dos órgãos estatais. A sociedade ampliou o conceito de cidadão, antes restrito à participação nas eleições por meio do voto, exigindo conhecer onde e como são gastos os recursos públicos, dos quais ela é contribuinte.

5 CONCLUSÃO

No Brasil, evidencia-se uma mudança na forma de administrar, no sentido de tornar a administração pública mais transparente, sob o ponto de vista da arrecadação e dos gastos; e eficiente, do ponto de vista da otimização dos serviços públicos. Para tanto, foi criada uma legislação específica que obriga os gestores a divulgarem amplamente as informações da administração pública, além de puni-los caso haja malversação de dinheiro público ou desvio de finalidade. Frisa-se que a Lei de Acesso à Informação, na alteração do modelo de gestão das organizações públicas, impôs maior responsabilidade aos gestores, e com o avanço das tecnologias de informação provocou o impulso oportuno para mudanças de paradigma na transparência das ações estatais.

No sentido de concretizar as ações públicas de saúde, a CRFB/1988 estabeleceu que os governos municipais (para ficar limitado ao objetivo deste trabalho) devem aplicar, no mínimo, 15% dos recursos arrecadados com impostos próprios, somados às transferências recebidas do Estado e da União, em ações e programas públicos de saúde, uma vez que o texto constitucional garante direito à saúde com acesso universal, constituindo-se em um direito fundamental dos cidadãos, impondo ao Estado a obrigação de prestar serviços públicos para sua promoção, proteção e recuperação.

Com a adoção, pelo Brasil, do modelo de Estado social, foi positivado constitucionalmente um conjunto de direitos individuais, sociais e coletivos, que garantem aos cidadãos o atendimento pleno em serviços públicos de promoção social. Mais que tais garantias, é preciso assegurar à coletividade a participação nas decisões de investimentos em áreas sociais, permitindo que a sociedade possa definir suas prioridades. Ouvir e atender aos anseios sociais, proporcionando a participação da comunidade na destinação dos recursos públicos, é efetivar o preceito basilar da democracia, permitindo ampla participação aos cidadãos. Para isso, a transparência das informações públicas é essencial, no sentido de que a sociedade possa opinar e decidir tendo pleno conhecimento da gestão pública.

Para a consecução dos objetivos apregoados pelo Estado social, o poder estatal dispõe da prerrogativa de instituir e cobrar tributos; afinal, a gestão política demanda grande volume de recursos financeiros. Entretanto, este poder de tributar dos entes políticos encontra limites, estabelecidos na Constituição Federal de 1988, protegendo o contribuinte de eventuais excessos do poder tributante.



Embora o resultado da pesquisa tenha demonstrado o cumprimento dos percentuais mínimos em ações e serviços de saúde pelos municípios da AMREC, os dados disponibilizados no portal da transparência não evidenciam, de forma clara e com linguagem acessível, quanto e em que foram investidos os recursos, limitando-se a descrever a estrutura técnica das receitas e despesas enviadas ao Tribunal de Contas do Estado e ao SIOPS. Por isso, entende-se que o pressuposto maior da Lei de Acesso à Informação, que visa garantir o acompanhamento dos gastos públicos pelos cidadãos, não está sendo atendido.

As prioridades dos gastos em saúde devem ser definidas, também, a partir das conferências de saúde, conselhos de saúde e de audiências públicas, espaços organizados para que a população possa manifestar-se sobre o atendimento prestado. A partir destas definições, o poder municipal deve implementara política pública de saúde de forma que assegure a satisfação dos anseios populares em relação à prestação dos serviços. Entretanto, se a população não dispõe de dados precisos sobre os gastos públicos, não terá subsídios para pleitear alteração de prioridades nos atendimentos locais e, conseqüentemente, a eficiência do gasto será comprometida.

Enfim, é preciso que se modifique a forma de fazer a gestão pública, adotando-se em larga escala mecanismos de transparência que garantam o acompanhamento pela sociedade das ações praticadas pelo gestor público e, principalmente, que garantam à população maior participação nas deliberações sobre os gastos em saúde.

6 REFERÊNCIAS

- Aguiar, Z. N. (2011). *SUS – Sistema único de saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios*. São Paulo: Martinari.
- Associação dos Municípios da Região Carbonífera. (2016). *AMREC. Histórico*. Recuperado de: <<http://www.amrec.com.br/cms/pagina/ver/codMapaltem/59316>>. Acesso em: 26 jun. 2018.
- Batista, F. F. (2012). *Modelo de gestão do conhecimento para a administração pública brasileira: como implementar a gestão do conhecimento para produzir resultados em benefício do cidadão*. Brasília: Ipea.
- Belolli, M., Quadros, J. & Guidi, A. (2002). *História do Carvão de Santa Catarina*. Florianópolis: Imprensa Oficial do Estado de Santa Catarina.
- Bernardes, M. B. (2013). *Democracia da sociedade informacional: o desenvolvimento da democracia digital nos municípios brasileiros*. São Paulo: Saraiva.
- Bonavides, P. (2001). *Do Estado Liberal ao Estado Social*. (7. ed.). São Paulo: Malheiros.
- Brasil (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, de 05 de outubro de 1988*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao_Compilado.htm>. Acesso em: 26 jun. 2017.



- Brasil (1990-A). *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.* Recuperado de <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 28 nov. 2018.
- Brasil (1990-B). *Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.* Recuperado de: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 28 nov. 2018.
- Brasil (2000-A). *Emenda Constitucional nº 29/2000, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.* Recuperado de: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm>. Acesso em: 28 nov. 2018.
- Brasil (2000-B). *Lei Complementar nº 101, de 04 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências.* Recuperado de: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp101.htm>. Acesso em: 28 nov. 2018.
- Brasil (2009). *Lei Complementar nº 131, de 27 de maio de 2009. Acrescenta dispositivos à Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, que estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências, a fim de determinar a disponibilização, em tempo real, de informações pormenorizadas sobre a execução orçamentária e financeira da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.* Recuperado de: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp131.htm>. Acesso em: 28 nov. 2018.
- Brasil (2011). *Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências.* Recuperado de: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm>. Acesso em: 28 nov. 2018.
- Brasil (2012). *Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde.* Recuperado de: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm>. Acesso em: 28 nov. 2018.
- Brasil (2015). *Emenda Constitucional nº 86/2015, de 17 de março de 2015. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica.* Recuperado de:



<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc86.htm>. Acesso em: 28 nov. 2018.

Castells, M. (2004) *A galáxia internet: reflexões sobre internet, negócios e sociedade*. Tradução de Rita Espanha. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Castells, M. (2006). *A sociedade em rede*. Tradução de Roneide Venancio Majer. [9. ed.], rev. e ampl. São Paulo: Paz e Terra.

Cervi, J. R. (2013) As contribuições do comunitarismo responsivo para as intersecções entre o público e o privado no estado democrático de direito. In: Schmidt, J. P. (Org.). *Comunidade e comunitarismo: temas em debate*. (pp. 97-134), Curitiba: Multideia.

Controladoria Geral da União (CGU). (2015). Recuperado de: <<http://www.cgu.gov.br/noticias/2015/05/cgu-lanca-indice-que-mede-transparencia-de-estados-e-municipios>>. Acesso em: 26 jun. 2017.

Creswell, J. W. (2007). *Projeto de Pesquisa*. Porto Alegre: Artmed.

Gorga, I. & Bergamasco, J. L. (2017). *Entendendo a Lei de Responsabilidade Fiscal*. Recuperado de: <<http://www.igepri.org/observatorio/?p=4826>>. Acesso em: 26 jun. 2017.

Leis, H. R. (2011). Especificidades e desafios da interdisciplinaridade nas ciências humanas. In: Philippi JR. A. & Silva Neto, A. J. (Eds.). *Interdisciplinaridade em Ciência, Tecnologia e Inovação*. Barueri: Manole.

Melamed, C. (2011). Regulamentação, produção de serviços e financiamento federal do sistema único de saúde: dos anos 90 aos 2000. In: MELAMED C. & PIOLA, S. F. (Orgs.). *Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde*. Brasília: IPEA.

Nunes, M. T. G. (2013). *Lei de acesso à informação: reconstrução da verdade histórica, ambientes regulatórios e o direito à intimidade*. São Paulo: Quartier Latin.

Pérez-Luño, A. H. (2004). *Cibercidadaní@ociudadanía.com?*. Barcelona: Gedisa.

Picanyol, J. S. i. (2008). *La democracia electrónica*. Barcelona: UOC.

Piola, S. F. (2013). O Financiamento público da saúde: algumas questões. In: Alves, S. M. C., Delduque, M. C. & Dino Neto, N. (Orgs.). *Direito Sanitário em Perspectiva*. Brasília: ESMPU: FIOCRUZ.

Ruediger, M. A. (2002). Governo eletrônico e democracia: uma análise preliminar dos impactos e potencialidades na gestão pública. *Revista Organização & Sociedade*, v. 9, n. 25.

Santa Catarina. *Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina*. Recuperado de: <<http://www.tce.sc.gov.br/transparencia-acesso-a-informacao>>. Acesso em: 26 jun. 2017.

Vieira, R. de S. (2013). *A cidadania na república participativa: pressupostos para a articulação de*



um novo paradigma jurídico e político para os Conselhos de Saúde. Tese Doutorado em Direito, PPGD da Universidade Federal de Santa Catarina, SC, Brasil.

COMO CITAR ESTE ARTIGO:

Possolli J. L., Vieira R. de S. (2020). A transparência das informações sobre os investimentos nas ações e serviços públicos de saúde em uma região do Estado de Santa Catarina. *Holos*.36(5), 1-15.

SOBRE OS AUTORES**J. L. POSSOLLI**

Professor do Curso de Ciências Contábeis da Universidade do Extremo Sul Catarinense. Pesquisador do Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva da Unesc. Mestre em Desenvolvimento Socioeconômico (PPGDS - UNESC). E-mail: possolli@unesc.net
ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0002-1757-1286>

R. DE S. VIEIRA

Doutor e Mestre em Direito – PPGD/UFSC. Líder do Núcleo de Estudos em Estado, Política e Direito (NUPED/UNESC) e do Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva (LADSSC/UNESC). Professor permanente dos Programas de Pós-Graduação em Direito e em Desenvolvimento Socioeconômico da UNESC. Professor dos Cursos de Direito e de Odontologia da Unesc. Advogado. E-mail: prof.reginaldovieira@gmail.com.
ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0001-6733-5321>

Editor(a) Responsável: Francinaide de Lima Silva Nascimento

Pareceristas Ad Hoc: Marcos Tovani Palone e Rocco Nelson

