



**UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL
DA LUSOFONIA AFRO-BRASILEIRA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS - ICSA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**

LEONARDO DE ASSIS DOS REIS

**FINANCIAMENTO DO SUS NOS MUNICÍPIOS DO MACIÇO DE BATURITÉ:
EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA E APLICAÇÃO DOS RECURSOS ENTRE OS
ANOS DE 2017 A 2019**

REDENÇÃO - CEARÁ

2021

LEONARDO DE ASSIS DOS REIS

**FINANCIAMENTO DO SUS NOS MUNICÍPIOS DO MACIÇO DE BATURITÉ:
EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA E APLICAÇÃO DOS RECURSOS ENTRE OS
ANOS DE 2017 A 2019**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Administração Pública da UNILAB, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Administração Pública.

Orientador: Prof. Alexandre Oliveira Lima

REDENÇÃO - CEARÁ

2021

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Sistemas de Bibliotecas da UNILAB
Catalogação de Publicação na Fonte.

REIS, Leonardo de Assis Dos.

R375f

Financiamento do SUS nos municípios do Maciço de Baturité:
execução orçamentária e aplicação dos recursos entre os anos de
2017 a 2019 / Leonardo de Assis Dos Reis. - Redenção, 2021.
99 f: il.

Monografia - Curso de Administração Pública - Semestral,
Instituto De Ciências Sociais Aplicadas, Universidade da Integração
Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Redenção, 2021.

Orientador: Prof. Dr.º Alexandre Oliveira Lima.

1. Administração Pública. 2. Saúde Pública. 3. Orçamento. 4.
Gestão Pública. I. Título

CE/UF/BSCA

CDD 658

LEONARDO DE ASSIS DOS REIS

**FINANCIAMENTO DO SUS NOS MUNICÍPIOS DO MACIÇO DE BATURITÉ:
EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA E APLICAÇÃO DOS RECURSOS ENTRE OS
ANOS DE 2017 A 2019**

Monografia apresentada como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Administração Pública, na Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB).

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Alexandre Oliveira Lima (Orientador)

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)

Prof.^a. Dra. Andrea Yumi Sugishita Kanikadan

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)

Prof. Dr. Pedro Rosas Magrini

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)

Dedico este trabalho a Deus, que me sustentou e me deu forças para continuar.

Assim como, a minha família, minha base, aos meus amigos, e aos docentes, pela disciplina e conhecimento a mim repassados.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, antes de tudo a Deus, por ser luz e guia, por ser força e perseverança, por me proporcionar realizações que sempre mantive fé em alcançar.

Agradeço a minha família, minha irmã Antonia Mariana de Assis dos Reis, minha mãe, Maria de Assis Ferreira e meu pai, Carleone Silva dos Reis. Meus pais, que me deram cuidado e amor, que com esforço e muito trabalho, sempre se dispuseram a me dispor o melhor. Que me disciplinaram e formaram o homem que sou. Que me instruíram com o ideal de que o caminho dos estudos é crucial para a vida. Meus pais, que sempre me apoiaram nas decisões e estiveram junto a mim mesmo quando distantes, me dando forças e motivos para não desistir.

Agradeço ao meu padrinho Israel Vital Viana, por toda ajuda proporcionada que culminou na minha conclusão, assim como agradeço por todos os ensinamentos nos poucos momentos juntos e de conversas que tivemos. Agradeço ainda a minha tia Maria Lúcia Ferreira Fídélis e família, por me acolherem e serem minha segunda casa, assim como, por todo apoio e esforço na busca do meu bem-estar.

Agradeço a todos os meus colegas e amigos, que fizeram parte dessa jornada, em especial, agradeço aos meus amigos, Pedro Hudson, Marcelo Agostinho, Ana Laura, Ismael Filho, Alexander Lira, Raquel Freitas, Ivonete Santos e Márcio Coelho, por serem companheiros e compartilharem comigo tantas vivências dentro da correria universitária e fora dela, momentos únicos que com certeza sempre serão lembrados.

Agradeço ao corpo docente do curso de Administração Pública, pelos valores e conhecimentos ensinados, em especial, sou grato ao Prof. Alexandre Oliveira Lima, meu orientador, por toda paciência, atenção, diálogos e aprendizados.

Finalmente, agradeço a todos os colaboradores da instituição UNILAB, sem exceção, por todo trabalho desempenhado para fazer os sonhos de tantas pessoas se realizarem e a trajetória de tantos iniciarem.

“O que os administradores precisam, para serem aceitos como autoridade legítima, é de um princípio de moralidade”.

Peter F. Drucker (1909 - 2005)

RESUMO

A saúde pública brasileira busca atender a todos de forma gratuita, igualitária e equânime caracterizando-se como um sistema descentralizado e subsistema com vertentes *free of charge*, logo, então, proporcionando o (sub) financiamento dos entes Estados e municípios. O objetivo geral desta pesquisa é analisar o comportamento dos recursos próprios e dos recursos transferidos de outros entes federativos utilizados na execução orçamentária. A metodologia de pesquisa utilizada tem caráter descritivo e explicativo, consistindo numa abordagem quantitativa, que se utiliza de tabelas que evidenciam o Demonstrativo da Despesa com Saúde, Anexo XVI do Relatório Resumido de Execução Orçamentária (RREO), cuja fonte é o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos de Saúde (SIOPS). Os resultados da pesquisa apresentaram os montantes de receitas transferidas dos entes, Governo do Estado e União em relação as receitas municipais. Constatou-se, que os municípios destinam recursos para as despesas de capital, logo, investimento em saúde, contudo, há um quantitativo maior de recursos em despesas correntes referentes ao pagamento de pessoal, despesas com materiais e manutenção da máquina pública. As despesas em ASPS, mantiveram-se no período analisado, acima do percentual constitucional, todavia, com algumas observações. Apontou-se que as principais receitas municipais são as de transferência cota-parte dos entes Estado e União, assim como, verificou-se que os municípios remanejam mais recursos para as despesas correntes, fato ocorrido por conta da descentralização das funções previsto na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.112/90), todavia, todos os municípios precisam refinar o planejamento, a gestão, assim como, a especificação e caracterização das despesas.

Palavras-chave: Administração Pública. Saúde pública. Financiamento. Orçamento. Gestão Pública.

ABSTRACT

Brazilian public health seeks to provide free, equal and equitable treatment to all, characterizing itself as a decentralized system and subsystem with free-of-charge aspects, therefore, providing the (under) financing of the states and municipalities. The general objective of this research is to analyze the behavior of own resources and of resources transferred from other federal entities used in budget execution. The research methodology used is descriptive and explanatory, consisting of a quantitative approach, which uses tables that show the Statement of Health Expenditure, Annex XVI of the Summary Report on Budgetary Execution (RREO), whose source is the Information System on Public Health Budgets (SIOPS). The survey results showed the amounts of revenue transferred from entities, the State Government and the Union in relation to municipal revenues. It was found, that the municipalities allocate resources for capital expenditures, therefore, investment in health, however, there is a greater amount of resources in current expenses related to the payment of personnel, expenses with materials and maintenance of the public machinery. Expenses in ASPS, remained in the analyzed period, above the constitutional percentage, however, with some observations. It was pointed out that the main municipal revenues are those for transferring quota shares from the State and Union entities, as well as, it was found that the municipalities reallocate more resources for current expenses, a fact due to the decentralization of functions provided for in the Organic Law of Health (Law No. 8,112/90), however, all municipalities need to refine the planning, management, as well as the specification and characterization of expenses.

Key words: Public Administration. Public health. Financing. Budget. Public Management.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Comportamento das Receitas Totais para a apuração do percentual mínimo em ASPS a cada ano.....	88
Gráfico 2 - Comportamento das Despesas Totais a cada ano.....	89

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Pilares da Lei Orçamentária Anual (LOA).....	18
Figura 2 - Direção Nacional do SUS.....	26
Figura 3 - Direção Estadual do SUS	27
Figura 4 - Direção Municipal do SUS.....	28
Figura 5 - Estruturação da Seguridade Social	30
Figura 6 - Evolução histórica dos dispositivos normativos para o financiamento da saúde. ...	32
Figura 7 - Blocos de financiamento de acordo com a Portaria n° 204/2007.....	33
Figura 8 - Blocos de Financiamento de acordo com a Portaria n° 3.992/2017	34
Figura 9 - Prazos para homologação dos dados e regime de periodicidade.....	42
Figura 10 - Cálculo de ASPS	49

LISTA DE TABELAS

Município de Acarape

Tabela 1 - Receitas Totais realizadas para apuração no percentual mínimo em ASPSP no período de 2017 a 2019.....50

Tabela 2 - Comportamento das Despesas Executadas no período de 2017 a 2019.....51

Tabela 3 - Avaliação entre receitas e despesas - Cálculo em ASPSP.....52

Município de Aracoiaba

Tabela 4 - Receitas Totais realizadas para apuração no percentual mínimo em ASPSP no período de 2017 a 2019.....53

Tabela 5 - Comportamento das Despesas Executadas no período de 2017 a 2019.....53

Tabela 6 - Avaliação entre receitas e despesas - Cálculo em ASPSP.....54

Município de Aratuba

Tabela 7 - Receitas Totais realizadas para apuração no percentual mínimo em ASPSP no período de 2017 a 2019.....56

Tabela 8 - Comportamento das Despesas Executadas no período de 2017 a 2019.....57

Tabela 9 - Avaliação entre receitas e despesas - Cálculo em ASPSP.....58

Município de Barreira

Tabela 10 - Receitas Totais realizadas para apuração no percentual mínimo em ASPSP no período de 2017 a 201959

Tabela 11 - Comportamento das Despesas Executadas no período de 2017 a 2019.....59

Tabela 12 - Avaliação entre receitas e despesas - Cálculo em ASPSP.....60

Município de Baturité

Tabela 13 - Receitas Totais realizadas para apuração no percentual mínimo em ASPSP no período de 2017 a 201962

Tabela 14 - Comportamento das Despesas Executadas no período de 2017 a 2019.....62

Tabela 15 - Avaliação entre receitas e despesas - Cálculo em ASPSP.....63

Município de Capistrano

Tabela 16 - Receitas Totais realizadas para apuração no percentual mínimo em ASPSP no período de 2017 a 201965

Tabela 17 - Comportamento das Despesas Executadas no período de 2017 a 2019.....65

Tabela 18 - Avaliação entre receitas e despesas - Cálculo em ASPS..... 66

Município de Guaramiranga

Tabela 19 - Receitas Totais realizadas para apuração no percentual mínimo em ASPS no período de 2017 a 2019 67

Tabela 20 - Comportamento das Despesas Executadas no período de 2017 a 2019.....68

Tabela 21 - Avaliação entre receitas e despesas - Cálculo em ASPS..... 69

Município de Itapiúna

Tabela 22 - Receitas Totais realizadas para apuração no percentual mínimo em ASPS no período de 2017 a 2019 70

Tabela 23 - Comportamento das Despesas Executadas no período de 2017 a 2019.....71

Tabela 24 - Avaliação entre receitas e despesas - Cálculo em ASPS.....72

Município de Mulungu

Tabela 25 - Receitas Totais realizadas para apuração no percentual mínimo em ASPS no período de 2017 a 2019 73

Tabela 26 - Comportamento das Despesas Executadas no período de 2017 a 2019.....74

Tabela 27 - Avaliação entre receitas e despesas - Cálculo em ASPS.....75

Município de Ocara

Tabela 28 - Receitas Totais realizadas para apuração no percentual mínimo em ASPS no período de 2017 a 2019 76

Tabela 29 - Comportamento das Despesas Executadas no período de 2017 a 2019.....77

Tabela 30 - Avaliação entre receitas e despesas - Cálculo em ASPS.....78

Município de Pacoti

Tabela 31 - Receitas Totais realizadas para apuração no percentual mínimo em ASPS no período de 2017 a 2019 79

Tabela 32 - Comportamento das Despesas Executadas no período de 2017 a 2019..... 80

Tabela 33 - Avaliação entre receitas e despesas - Cálculo em ASPS.....81

Município de Palmácia

Tabela 34 - Receitas Totais realizadas para apuração no percentual mínimo em ASPS no período de 2017 a 2019 82

Tabela 35 - Comportamento das Despesas Executadas no período de 2017 a 2019..... 83

Tabela 36 - Avaliação entre receitas e despesas - Cálculo em ASPS..... 84

Município de Redenção

Tabela 37 - Receitas Totais realizadas para apuração no percentual mínimo em ASPS no período de 2017 a 2019 85

Tabela 38 - Comportamento das Despesas Executadas no período de 2017 a 2019..... 86

Tabela 39 - Avaliação entre receitas e despesas - Cálculo em ASPS..... 87

LISTAS DE SIGLAS

ASPS - Ações e Serviços Públicos de Saúde

CAP - Caixas de Aposentadoria e Pensões

CFB - Constituição Federal Brasileira

CES - Conselho Estadual de Saúde

CIB - Conselho Intergestores Bipartite

CIT - Conselho Intergestores Tripartite

CMS - Conselho Municipal de Saúde

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CNM - Confederação Nacional de Municípios

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil

DF - Distrito Federal

EC - Emenda Constitucional

FES - Fundo Estadual de Saúde

FMS - Fundo Municipal de Saúde

FNS - Fundo Nacional de Saúde

IAP - Instituto de Aposentadoria e Pensões

IAPAS - Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

INSS - Instituto Nacional de Seguridade Social

LC - Lei Complementar

LDO - Lei de Diretrizes Orçamentárias

LOA - Lei Orçamentária Anual

LRF - Lei de Responsabilidade Fiscal

MS - Ministério da Saúde

NOB - Normas Operacionais Básicas

ONG - Organização Não-Governamental

PIB *per capita* - Produto Interno Bruto por pessoa

PGR - Procuradoria Geral da União

PPA - Plano Plurianual

RREO - Relatório Resumido do Exercício Orçamentário

SINPAS - Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social

SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

SIS - Sistema de Informação de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	17
1.1.	PROBLEMA DE PESQUISA.....	18
1.2.	OBJETIVOS.....	19
1.2.1.	Objetivo Geral	19
1.2.2.	Objetivos Específicos	19
2.	REFERENCIAL TEÓRICO	21
2.1.	SISTEMA E GESTÃO PÚBLICA DE SAÚDE.....	21
2.1.1.	Gestão Pública de Saúde	21
2.1.2.	Competência dos Entes Federativos e integrantes do SUS	24
2.2.	FINANCIAMENTO DO SUS E O SISTEMA ORÇAMENTÁRIO.....	30
2.2.1.	(Sub) Financiamento do SUS e aplicação de recursos	30
2.2.2.	Orçamento Público e o SIOPS como ferramentas de controle, avaliação e monitoramento	36
3.	METODOLOGIA.....	44
4.	ANÁLISE DOS DADOS E DISCUSSÃO.....	50
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	91
	REFERÊNCIAS	93

1. INTRODUÇÃO

Atualmente o Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos poucos sistemas de saúde no mundo que busca oferecer um serviço público “gratuito” para milhões de pessoas, tal atributo teve como marco histórico a VIII Conferência Nacional da Saúde (1986) que culminou na promulgação da Constituição Federal ocorrida em 1988 (e a outros dispositivos legais que foram elaborados ao longo dos anos), que descreve em seu artigo 6º que é um direito do cidadão e da coletividade, logo, um direito social: a saúde, a previdência social e a assistência, entre outros atributos (CNM e CONASEMS, 2018, p. 11).

Segundo o art. 196 da Constituição Federal Brasileira (1988), as políticas públicas sociais e econômicas são fundamentais para trazer e buscar parâmetros de saúde que refletem em qualidade de vida para a população, tais políticas acabam por reduzir o risco de doenças e promover o acesso universal e igualitário às ações e serviços para proteção e recuperação da saúde.

O Estado na forma do Governo Federal, se tornou por sua vez o principal responsável pela promoção da saúde pública, como já previa o Movimento Sanitário (1970), sabendo que este regularizava o sistema e a oferta de serviços de saúde, além de democratizar o acesso e reestruturar tais serviços, contudo, Paim (2018) explana que mesmo previsto no Movimento Sanitário e na Constituição Federal (1988), onde a saúde é um direito fundamental de todos os cidadãos e é um dever do Estado garantir esse direito, o Estado por intermédio dos poderes executivo, legislativo e judiciário, não tem assegurado as condições objetivas do SUS, que são tanto para a sustentabilidade econômica, como científico-tecnológica.

Paim (2018) aponta ainda que:

A insuficiência da infraestrutura pública, a falta de planejamento ascendente, as dificuldades com a montagem de redes na regionalização e os impasses para a mudança dos modelos de atenção e das práticas de saúde também comprometem o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde.

(PAIM, 2018, p. 1725)

As Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) são caracterizados como ações e serviços prestados exclusivamente a saúde, de modo que seus objetivos compreendam: a prevenção, o auxílio, o combate e a erradicação de problemas sanitários que contemplem a população em casos de risco a saúde pública. Sendo assim, estão dentro dos parâmetros das ASPS todas:

As ações disponíveis, de forma gratuita, a toda a população; e que deverão ser financiadas com recursos movimentados por meio dos respectivos fundos de saúde;

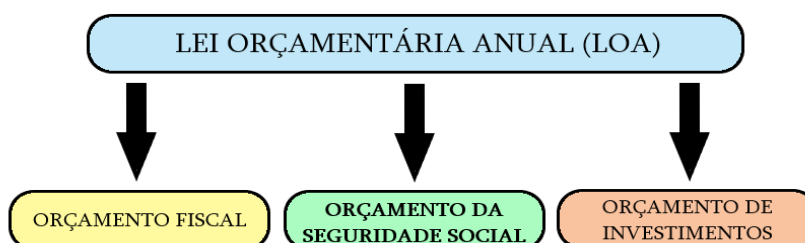
além disso, devem estar incluídas no plano de saúde e executadas na função saúde; devendo ser aprovadas pelo Conselho de Saúde e ser de responsabilidade do setor saúde.

(CARTILHA DE ORIENTAÇÃO SIOPS, 2020, p.25)

Saldiva e Veras (p. 50, 2018) destacam que para um funcionamento adequado da rede pública de saúde, dois fatores são cruciais, que são: o financiamento suficiente e a gestão adequada dos recursos obtidos. A Constituição Federal (1988), explicita, que a União, os Estados e os municípios financiem o Sistema Único de Saúde (SUS), caracterizando assim o financiamento tripartite, que surge como forma de gerar receita necessária para a aplicação nas ações e serviços públicos de saúde (ASPS), dando-lhes garantia, visto que há um complemento nos recursos próprios que por muitas vezes são insuficientes para a gestão orçamentária do sistema.

A Lei Orçamentária Anual (LOA) assegura que se deve prever as receitas e fixar as despesas. Além disso, o art. 165 da Constituição Federal em seu §5º, detalha que a LOA deve compreender: O Orçamento Fiscal, o Orçamento de Investimentos em Empresas Estatais e o Orçamento da Seguridade Social, abrangendo tanto a administração direta como a indireta, assim como os fundos e fundações criados e amparados pelo poder público.

Figura 1 - Pilares da Lei Orçamentária Anual (LOA)



Fonte: Elaboração própria

Tendo em vista a disposição da Lei Orçamentária Anual (LOA), o art. 198, §1º, estabelece que o SUS será financiado com o orçamento da seguridade social de todos os entes federativos. Os recursos públicos deste orçamento são repassados para os fundos de saúde de cada ente, unindo-se aos recursos próprios e os de outras fontes.

1.1. PROBLEMA DE PESQUISA

De acordo com o relatado anteriormente e tendo em vista a óptica tripartite do financiamento do SUS, ou seja, a participação através da vinculação de recursos da União, do Estado e dos municípios, questiona-se: Como foram redistribuídas e executadas as aplicações dos recursos da saúde dos municípios que compõem a região do Maciço de Baturité, no Estado do Ceará, no período de 2017 a 2019?

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. Objetivo Geral

Diante do exposto anteriormente, o objetivo geral desta pesquisa é analisar os recursos utilizados na execução orçamentária, assim como, verificar a execução das ações e dos serviços públicos de saúde (ASPS), dos municípios do Maciço de Baturité, entre os anos de 2017 a 2019.

1.2.2. Objetivos Específicos

Definiu-se como objetivos específicos:

- Analisar a participação municipal na receita para a apuração no percentual mínimo em ASPS;
- Analisar o total das receitas realizadas e das despesas correntes e de capital executadas no período de 2017 a 2019;
- Analisar se o percentual gasto em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) em cada município está de acordo com a legislação vigente.

O presente estudo, pretende, portanto, analisar a execução orçamentária referente à saúde dos municípios da região do Maciço de Baturité nos anos de 2017 a 2019 e evidenciar se o financiamento dos outros entes políticos (Estado do Ceará e União) é fundamental para garantir o atendimento e o acesso aos serviços públicos de saúde, tendo em vista que os municípios são os principais responsáveis por executar as ações de serviço de saúde.

A metodologia do trabalho tem caráter descritivo, com a utilização de dados secundários e consiste numa análise quantitativa com a utilização de tabelas que evidenciam o Demonstrativo da Despesa com Saúde, conforme o Anexo XVI do Relatório Resumido de Execução Orçamentária (RREO), que incluem as Receitas Realizadas, as Despesas Executadas, divididas em Despesas Corrente e Despesas de Capital, além de abordar as Despesas não Computadas e Computadas, assim como, o Percentual de Aplicação em ASPS sobre as Receitas

de apuração e aplicação em ASPS da Região do Maciço de Baturité, no estado do Ceará nos anos de 2017, 2018 e 2019.

A estrutura do trabalho divide-se em introdução, seguida de dois capítulos, sendo o primeiro referente a Gestão Pública de Saúde e a Competência dos entes do União, Estados e municípios. O segundo capítulo trata-se de uma abordagem sobre o (Sub) Financiamento do SUS e o Sistema Orçamentário. Por conseguinte, segue a metodologia, a análise dos dados e a discussão dos resultados e pôr fim, a considerações finais.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Nesta seção, aborda-se as principais reformas, reestruturações na gestão administrativa e leis que culminaram na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), assim como, tratará sobre a competência da União, dos Estados e dos municípios dentro de uma gestão hierarquizada e descentralizada, onde cada um possui diretrizes e atribuições comuns e próprias. Será explanado ainda sobre o financiamento do SUS, que visa garantir o acesso universal e gratuito da saúde; e sobre o sistema orçamentário como ferramenta de controle, avaliação e monitoramento, juntamente com o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

2.1. SISTEMA E GESTÃO PÚBLICA DE SAÚDE

2.1.1. Gestão Pública de Saúde

A história da saúde pública no Brasil conta com várias reformas e reestruturações no sistema previdenciário antes de culminar na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), como apontam Saldiva e Veras (2018):

Antes da existência do SUS, a situação era bastante diversa, pois o acesso à saúde era possível por três vias: o pagamento pelo serviço particular/Inamps, os sistemas de assistência à saúde desenvolvidos por trabalhadores sindicalizados ou pelos sistemas que podemos designar como misericordiosos (Santas Casas, Hospitais-Escola ou entidades de caridade).

(SALDIVA e VERAS, 2018, p.48)

Segundo Fleury e Carvalho (2009), em 1930, houve uma reestruturação do sistema previdenciário, substituindo as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) que funcionavam sobre o regime de capitalização e tinha em sua organização uma filiação feita por empresas e empregados, pelas autarquias centralizadas chamados de Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), a fim de aumentar a burocracia, com o intuito de diminuir as fraudes e elevar o número de contribuintes, haja vista que a filiação seria feita por diferentes categorias de profissionais. Ainda de acordo com os autores, em 1964, através de uma reformulação surgiu o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que se tratava da junção de todos os IAPs, nesse período a formulação do sistema de saúde pública se caracterizou pela concentração de recursos da previdência social, além da centralização administrativa financeira, assim como na uniformização dos benefícios e na expansão dos serviços médicos com cobertura previdenciária aos trabalhadores segurados, privilegiando dessa forma o setor privado na contratação. Os autores afirmam que em 1977, foram criados o Sistema Nacional de Previdência e Assistência

Social (SINPAS), o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS) e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), ainda em 1977, através da Lei nº 6.439, iniciou-se o procedimento de união do INPS e IAPAS, onde tal processo teve seu fim em 1990 com a Lei nº 8.029 com a criação do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS).

Antes da Constituição Federal de 1988, o Ministério da Saúde (2011) explana que o sistema público de saúde atendia a quem contribuía para a Previdência Social, dessa forma, aproximadamente cerca de 30 milhões de pessoas tinham pleno acesso aos serviços hospitalares, que por sua vez, correspondia a uma pequena parcela da população, assim quem não tinha acesso, cerca de aproximadamente 80% da população, era limitado a procurar organizações filantrópicas ou simplesmente buscar caridade/misericórdia nos atendimentos em outras instituições.

Nesse período os gastos com empregador, governo e população em prol da assistência médica eram de responsabilidade do Instituto Nacional de Assistência Médica e Desenvolvimento Social (INAMPS), uma autarquia caracterizada pela alta participação da iniciativa privada, no entanto, o direito à saúde pública não respeitava os princípios doutrinários que a regem atualmente, logo, a universalidade e a integralidade não eram reconhecidas, ocasionando assim um processo de exclusão social (FLEURY E CARVALHO, 2009), onde de acordo com Piola e Barros (2016, p. 101) o sistema de saúde brasileiro fora marcado por uma marginalização no amparo do Estado perante a grande maioria da população que não estava inserida no mercado formal de trabalho, uma vez que nesse período só tinham direitos a parcela da população que trabalhava de carteira assinada e que, portanto, eram segurados pela previdência. Dado o fim do INPS, o INAMPS também deixa de existir com a Lei Federal nº 8.689/93.

A Constituição Federal de 1988 abriu vários leques para uma maior e melhor organização da saúde brasileira que a partir de então, passou a contar com vários dispositivos, tanto reguladores, como burocráticos para a implantação e implementação, além de garantir o acesso de serviços e tornar legal as ações de saúde, tais como a própria Constituição Federal (1988), as Leis Federais nº 8.080/90, nº 8.142/90 e nº 9.656/98, Emendas Constitucionais como por exemplo, a 29/2000 e a 86/2015 além de outras Leis Complementares como a LC 141/2012, decretos, portarias, NOBs e atos normativos.

A Lei Federal nº 8.080/90 que fundou e operou o Sistema Único de Saúde (SUS) dispõe os princípios a serem seguidos, dentre os principais destacam-se:

Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.

(BRASIL, 1990)

De acordo com o Ministério da Saúde a universalização, a equidade e a integralidade são pontos essenciais que norteiam a saúde pública e gratuita no país. Enquanto a universalização o MS revela que “a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas, cabendo ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de características sociais ou pessoais”, dessa forma, há uma democratização no sistema, que não estabelece nenhuma restrição de acesso na assistência em qualquer nível de complexidade. A equidade para o MS “significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior”, logo, objetivando a redução das desigualdades porque “apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas”, assim desconsidera preconceitos e privilégios. No tocante a integralidade, como já se sugere são consideradas as pessoas no geral, logo, um todo, portanto “pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos”, salvaguardando desse modo as ações de saúde para as várias necessidades.

Reforçando os princípios do sistema previstos na Lei nº 8.080, de 1990, a Lei Complementar nº 141/2012, obedecendo as diretrizes do art. 198 da CF/88 (§ 2º, incisos I, II e III) sobre a distribuição e participação de recursos entre os entes federativos, estabeleceu que, para fins de apuração dos recursos mínimos da saúde, somente será considerada a despesa com ações e serviços públicos de saúde de acesso universal, igualitário e gratuito.

Ainda segundo o Ministério da Saúde, o SUS possui os chamados princípios organizativos que são: a regionalização e hierarquização, a participação popular, a descentralização e comando único. Dentre estes, vale destacar o princípio da descentralização e do comando único que para o MS significa:

Redistribuir poder e responsabilidade entre os três níveis de governo. Com relação à saúde, descentralização objetiva prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização por parte dos cidadãos. No SUS, a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município, ou seja, devem ser fornecidas ao município condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função. Para que valha o princípio da descentralização, existe a concepção constitucional do mando único, onde cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade.

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020)

A descentralização segundo a Cartilha “Entendendo o SUS (2006), refere-se ao processo que desencadeia a municipalização, onde as responsabilidades de gestão e os recursos são delegadas ao município, desse modo, portanto, a gestão municipal estará a cargo de fornecer os serviços de saúde de modo a ter uma gestão de saúde e de recursos mais eficiente.

2.1.2. Competência dos entes federativos e integrantes do SUS

A Constituição Federal (1988), principal conjunto de leis do país, descreve no artigo 196 que a saúde pública é um direito fundamental e universal de todos e deve ser garantido de forma igualitária por meio de ações e serviços de políticas sociais e econômicas com o intuito de promover, proteger e recuperar, onde tal direito e garantia é de total dever do Estado (União) que deve estabelecer condições para fomentar a saúde. A Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) estabelece no artigo 4º que “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS)”. Na mesma lei e artigo, os §1º e §2º incluem como participantes do SUS as instituições de controle de qualidade, de pesquisa e de produção de insumos, de medicamentos, de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde das unidades federativas, assim também como em caráter complementar as instituições privadas.

De acordo com o Ministério da Saúde (2006) as três esferas de governo, ou seja, a União, os estados e municípios, além do Distrito Federal, definem juntos ações e mecanismos/ferramentas de controle e avaliação para os serviços públicos de saúde, com o intuito de fiscalizar a qualidade nos níveis de complexidade de saúde e a alocação dos recursos orçamentários e dos demais recursos financeiros, logo, existe portanto, um cenário de competências para cada um dos entes, como aponta também a Cartilha Entendendo o SUS (2006). Ainda segundo o Ministério da Saúde (2016) cabe as esferas de governo o planejamento do SUS, sendo esses de médio e longo prazo, estabelecendo assim diretrizes de tarefas e

gerenciamento, articulação e formulação de políticas de saúde avaliando as necessidades dos usuários.

A Constituição Cidadã (1988) no art. 198, inciso I, descreve que “As ações e serviços públicos de saúde (ASPS) integram uma rede regionalizada e hierarquizada entre sistemas de serviços e entes federativos, e constituem um sistema único, organizado de acordo com o movimento de descentralização e com direção única de cada governo”. Ainda enquanto a gestão e sistema único do SUS, o art. 9º da Lei 8.080/90 (de acordo com o inciso I do art. 198 da CF/88) especifica a organização, assim como quais órgãos respondem a cada esfera de governo. A União é representada pelo Ministério da Saúde; as unidades estaduais e o distrito federal são representados pelas secretárias de saúde ou instituição equivalente; já os municípios também são representados pelas respectivas secretárias de saúde ou órgão equivalente. Branco (1996), em consonância com a Constituição Federal (1988) e de acordo com a Lei 8.080/90, complementa que “as prerrogativas legais hoje vigentes no setor saúde determinam a descentralização e a participação popular como diretrizes de atuação político-administrativa que devem ser acatadas pelas três instâncias de governo”.

A Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) estabelece diretrizes e atribuições comuns para os entes federativos. De acordo com o art. 15, incisos I, II e IV, no campo administrativo, os entes deverão:

- Definir instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;
- Administrar os recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;
- Organizar e coordenar o sistema de informação de saúde.

Como já previa o Movimento Sanitário em 1970, o governo federal é o principal financiador do sistema público de saúde, logo, cabe ao Ministério da Saúde, como órgão representativo federal, aplicar/custear metade de todos os recursos gastos na saúde pública, e compete aos estados e municípios a contribuir com a outra metade dos gastos. Com a descentralização, os entes federativos passam a ter funções distintas, assim, cada ente é responsável por fatores dentro do seu âmbito de gestão.

Segundo Piola e Barros (2016) compete à União:

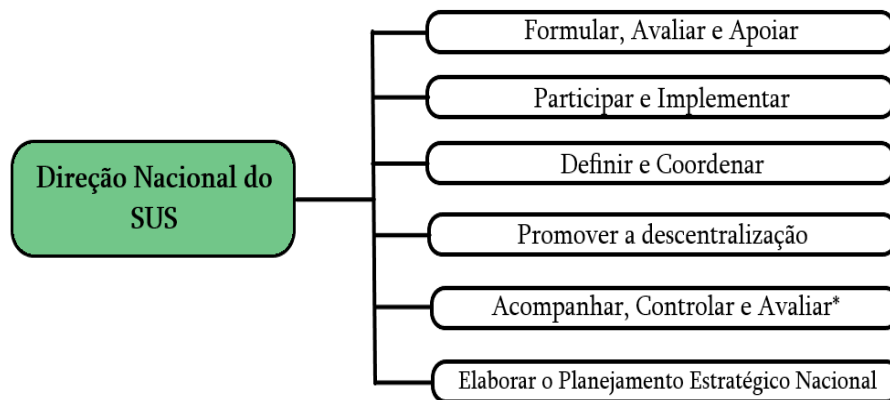
O nível federal, por intermédio do Ministério da Saúde (MS), coordena, em âmbito nacional o SUS e tem sob seu encargo, além da formulação da política nacional de saúde e da cooperação técnica aos níveis subnacionais em sua implementação, a regulação do sistema público e das atividades privadas em saúde; [...] bem como a coordenação nacional dos sistemas de vigilância sanitária e epidemiológica, de informação, controle, auditoria e avaliação do sistema de saúde.

(PIOLA e BARROS, 2016, p. 105)

Sendo assim, a União por intermédio do Ministério da Saúde (MS) além de ser o principal financiador é também a principal responsável pelo planejamento estratégico das ações ligadas a saúde, desde a coordenação orçamentária (que evite o colapso do SUS), assim como na formulação de políticas públicas nacionais, no entanto, a implementação é feita por “seus parceiros” sendo eles, os estados, municípios, DF, ONGs e a iniciativa privada, haja vista a cooperação entre os entes federativos, promovida pela descentralização do sistema de saúde e a participação da iniciativa privada para suprir o SUS caso exista a necessidade.

Da competência da direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) compete, segundo os incisos I, II, III, XV, XVII e XVIII do art. 16, da Lei 8.080/90:

Figura 2 - Direção Nacional do SUS



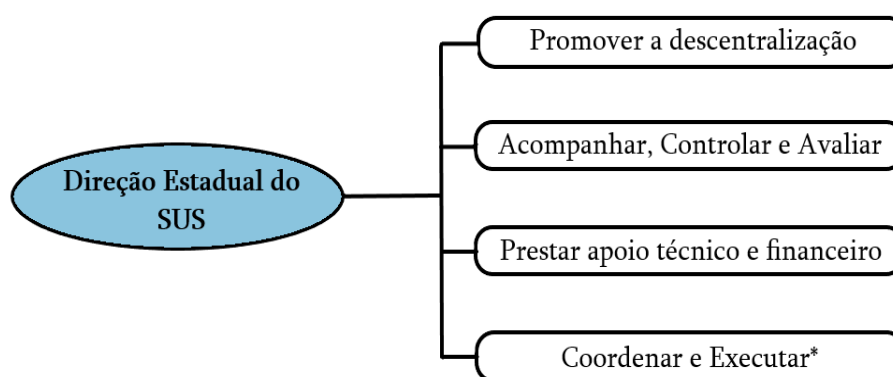
Fonte: Elaboração própria

À União, foram acometidos os deveres relacionados com a formulação e a implementação de políticas públicas (como por exemplo as de alimentação e nutrição), da coordenação dos sistemas que compõem o SUS, da promoção com a descentralização das ações e serviços de saúde para os entes subnacionais, assim como o controle e a “fiscalização” desses entes respeitando suas competências. E compilando todos esses deveres está o Planejamento Estratégico Nacional do SUS, cuja elaboração é da União, contudo, tem-se a participação e auxílio dos demais entes federativos.

A gestão da saúde nas unidades estaduais de acordo com Piola e Barros (2016, p. 104) mostra que “o nível estadual é responsável pela organização de redes regionais resolutivas, em seu âmbito, pela cooperação técnica e financeira aos municípios e também atua, em caráter complementar, na provisão de serviços, principalmente no tocante a serviços de média e alta complexidade”.

Da competência da direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete, segundo os incisos I, II, III, IV, do art. 17, da Lei 8.080/90:

Figura 3 - Direção Estadual do SUS



Fonte: Elaboração própria

Os Estados têm como competência, atuar em caráter complementar a União, promovendo a municipalização das ações e serviços de saúde e de auxiliar os municípios de forma financeira e técnica podendo também articular e coordenar algumas tarefas e executar essas, caso o município não ofereça condições de realizar os serviços e ações, sendo como agentes controladores, avaliando as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS).

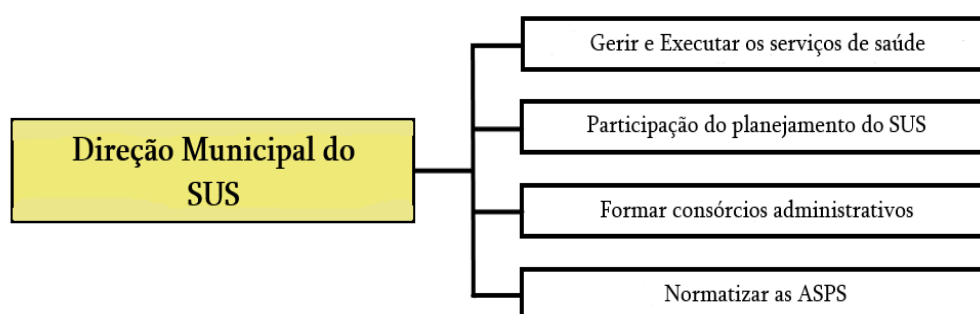
A municipalização decorrente do princípio da descentralização do SUS segundo Teixeira (1991), trata-se de uma reestruturação do aparelho estatal no que tange a área da saúde, onde há transferências de poder dos entes federais, União e Estados membros, para os entes municipais, ou seja, dos níveis centrais do governo para os níveis locais deste, delegando a gestão de recursos e o planejamento dos processos de trabalho, assim como a formulação e as políticas públicas de ação para a saúde.

Segundo Branco (1996), com a descentralização os municípios são reconhecidos como entes governamentais autônomos que devem responsabilizar-se pelo planejamento, organização, controle e avaliação das ações e serviços de saúde de sua região, entretanto, o

processo de descentralização não deve restringir-se em ações e serviços de saúde. Dessa forma, partindo do princípio da descentralização do SUS, o Ministério da Saúde prevê que a gestão das ações e dos serviços deve ser participativa e municipalizada. Segundo Piola e Barros (2016, p. 104) “o nível municipal é o principal responsável pela provisão das ações e serviços de saúde, especialmente pela atenção básica de saúde”. A Cartilha Entendendo o SUS (2006) do Ministério da Saúde, descreve que o município é o principal responsável pela saúde pública, graças a realização do Pacto pela Saúde (2006), que ao gestor municipal assinar um “termo de compromisso de gestão”, o município passa a ter plena responsabilidade pela gestão das ações e serviços de saúde oferecidos em seu território.

Da competência da direção municipal do Sistema Único da Saúde (SUS) compete, segundo os incisos I, II, VII e XII, do art. 18, da Lei 8.080/90:

Figura 4 - Direção Municipal do SUS



Fonte: Elaboração própria

Os deveres dos municípios estão nas tarefas de gerir e executar serviços e ações públicos de saúde em sua região de forma a normatizar as ASPs, além de participar na articulação da rede regionalizada e hierarquizada do SUS, cooperando com o ente estadual no planejamento e organização (no caso, nas CIB). Cabe também ao município a cooperação com outros municípios na formação de consórcios para redes de saúde.

Além do Ministério da Saúde, cabe ressaltar também que por intermédio da Lei nº 8.142/90 disposto em seu artigo 1º, há a instauração das Conferências de Saúde, do CONASS, assim como do CONASEMS. O CONASS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde, formado pelos secretários estaduais, onde estes representam os governadores na Comissão Intergestora Tripartite (CIT), logo, em nível global no que tange a União, os Estados, o Distrito Federal e os municípios; e na Comissão Intergestora Bipartite (CIB), comissão de nível estadual e municipal, formulando e propondo políticas de saúde. O CONASEMS, por sua vez, é

Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, logo compõem o conselho os secretários de saúde municipal e assim como o CONASS, participa da CIT e da CIB, propondo e formulando políticas de saúde.

Ao falar das comissões, cabe ressaltar que essas instâncias importantes na estrutura bipartite e tripartite da saúde pública brasileira, não oferecem nenhum dano ao poder legislativo ainda segundo o artigo mencionado. A Cartilha Entendendo o SUS (2006) descreve de forma sintática o esquema e a estrutura dos conselhos que estão à frente da saúde:

No âmbito municipal, as políticas são aprovadas pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS); no âmbito estadual, são negociadas e pactuadas pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) – composta por representantes das secretarias municipais de saúde e secretaria estadual de saúde – e deliberadas pelo Conselho Estadual de Saúde (CES) – composto por vários segmentos da sociedade: gestores, usuários, profissionais, entidades de classe, etc.; e, por fim, no âmbito federal, as políticas do SUS são negociadas e pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) – composta por representantes do Ministério da Saúde, das secretarias municipais de saúde e das secretarias estaduais de saúde.

(Cartilha Entendendo o SUS, 2006, p. 05)

Dessa maneira, nota-se o processo descentralizado e hierarquizado das diretrizes, do planejamento e a da alocação de recursos que vem desde o âmbito municipal, passando pelo estadual e indo até a gênese federal, fazendo com que haja consolidação de políticas de saúde de acordo com sua regionalidade, como aponta Saldiva e Veras (2018):

Além da organização do sistema, compete ao SUS o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. O planejamento da saúde é obrigatório para os entes públicos, deve considerar os problemas específicos de cada região e deve induzir políticas para a iniciativa privada de forma a também complementar lacunas do SUS.

(SALDIVA e VERAS, p. 07, 2018)

Cabe ressaltar a absorção e a participação de várias classes nos conselhos de saúde estaduais e municipais em prol desse bem comum. Os conselhos são fundamentais, principalmente para os municípios, pois sua demanda garante que o planejamento abranja e compatibilize as necessidades, garantindo os recursos do nível municipal até o nível federal (SALDIVA e VERAS, 2018), para além disso, os conselhos atuam como fiscais da aplicação dos recursos públicos em saúde. (CARTILHA ENTENDENDO O SUS, 2006)

2.2. FINANCIAMENTO DO SUS E O SISTEMA ORÇAMENTÁRIO

2.2.1. (Sub) Financiamento do SUS e aplicação de recursos

É notório que o SUS é um ganho para a maior parte da população que depende do Estado para ter a atenção a saúde de forma gratuita, assim como um acesso integral desses serviços, Saldiva e Veras (2018, p. 47), afirmam como “premissa que o Brasil necessita de um sistema público unificado de saúde e que o princípio liberal de privatizar serviços não é a melhor alternativa para a maior parte da população do país”. O Sistema Único de Saúde (SUS) é caracterizado como um subsistema *free of charge*, sistema esse que garante o acesso universalizado e gratuito, além de ser financiado com recursos públicos (PIOLA e BARROS, 2016, p. 102 e 103). A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) representou significativo avanço para atender às demandas por saúde no Brasil, entretanto a ineficiência do gasto público se mostra como um dos fatores que contribuem para o subfinanciamento da saúde (MAZON *et. al.*, 2018 p. 39).

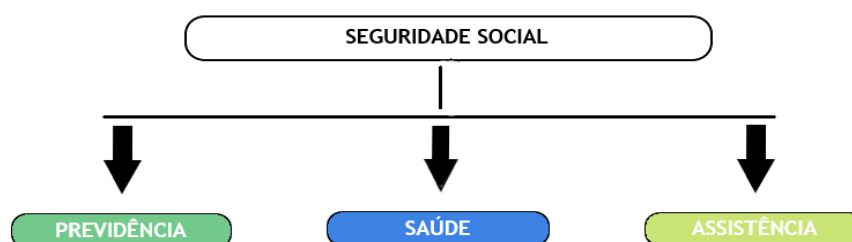
De acordo com o guia informativo “Mudanças no Financiamento da saúde” produzido pela Confederação Nacional dos Municípios (CNM) e pelo Conselho Nacional de Secretárias Municipais de Saúde (CONASEMS):

O financiamento do SUS está previsto na Constituição e teve sua regulamentação nas Leis Orgânicas da Saúde, as quais reúnem as leis federais 8.080 e 8.142, de 1990 (...) A Constituição Federal prevê as fontes de financiamento, os percentuais a serem gastos em saúde e as respectivas leis orgânicas, a forma de divisão e o repasse dos recursos entre as esferas de governo.

(CNM e CONASEMS, 2018, p. 11)

Assim, com o intuito de garantir recursos, haja vista que o sistema “sobrevive” com recursos públicos, buscou-se assegurar um financiamento público adequado que viabilize a garantia do direito à saúde (BRASIL, 1988). Segundo Vieira (2016) “na discussão sobre o financiamento do SUS, é importante resgatar questões relativas ao financiamento da seguridade social”. Como mostra a figura a seguir:

Figura 5 - Estruturação da Seguridade Social



Fonte: Elaboração própria

Percebe-se com a imagem que no Brasil, a Seguridade Social é constituída pelas áreas de assistência social, previdência social e saúde. O art. 194 da CFB (1988), explícita que compreende a área da seguridade social o cumprimento de assegurar o direito a saúde. No que diz respeito ao financiamento, o art. 195, da CFB (1988), afirma que:

A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. A responsabilidade pelo financiamento do SUS é das três esferas de governo.

(BRASIL, 1988)

A Emenda Constitucional nº 29/2000 definiu várias regras de aplicação de recursos para a saúde, dentre elas, diante do cenário do Sistema Único de Saúde (SUS) no final da década de 90, atribuiu responsabilidade aos entes federativos para o financiamento das ações e serviços de saúde, recursos esses oriundos do Orçamento da Seguridade Social da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios, além de outras fontes.

O Sistema Único de Saúde foi construído para ser operado de forma tripartite, ou seja, provém das três esferas de governo os recursos que compõe o financiamento público de saúde, sendo as transferências intergovernamentais o elemento central no sistema de relação federativa no Brasil e um item fundamental de receita para estados e municípios (MAZON *et. al.*, 2018, p. 39). De acordo com Leite, Lima e Vasconcelos (2012), a composição tripartite de financiamento trata-se de uma forma de buscar solucionar o subfinanciamento da saúde, através da vinculação de repasses mínimos para ASPS, onde os recursos provêm de arrecadação tributária municipal e contribuições estaduais e federais.

Segundo Santo, Fernando e Bezerra (2012) sobre a descentralização administrativa e tributária:

É preciso também admitir a lacuna existente no conhecimento acerca dos impactos produzidos por estas mudanças, principalmente no nível da gestão localregional, haja vista as diferenças existentes entre estados e municípios referentes a aspectos como capacidade orçamentária, nível de desenvolvimento socioeconômico, estrutura de gestão e porte assistencial.

(SANTO, FERNANDO E BEZERRA, 2012)

Ante às questões objetivas do SUS e anterior a regulamentação da EC nº 29/2000, através da LC nº 141/2012, o CONASS (2011, p. 07) explicitou no livro “Financiamento da Saúde”, que “garantir a universalidade e integralidade diante de um cenário de restrições

orçamentárias e financeiras e alocar recursos de forma equânime em um país de tantas desigualdades sociais e regionais têm-se transformado em um grande desafio para os gestores”. Diante desse ponto de vista, Santo, Fernando e Bezerra (2012) afirmam que é de suma importância compreender as linhas de financiamento e a sua destinação no tocante as ASPS, logo, despesa pública municipal, assegurando dessa forma um bom gerenciamento de gestão e consolidação do sistema de saúde, proporcionado pela atuação dos gestores e agentes públicos, além da participação do controle social promovido pelos usuários do SUS.

Figura 6 - Evolução histórica dos dispositivos normativos para o financiamento da saúde.

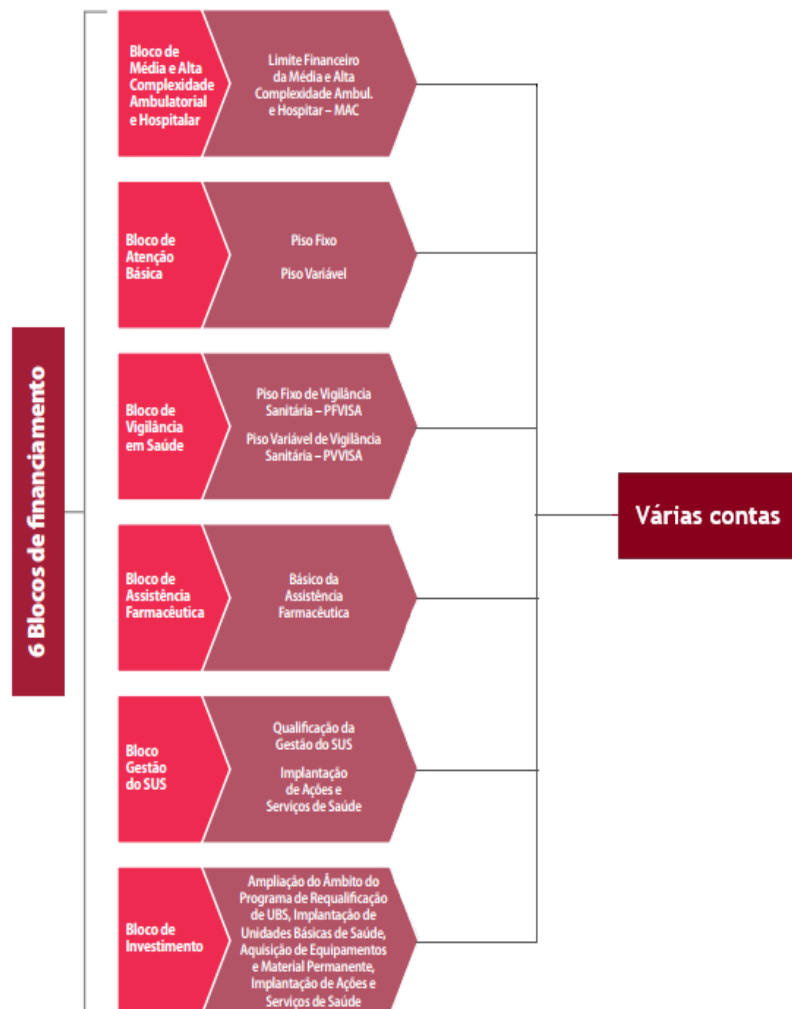
Ano	Legislação	Descrição
1988	Constituição Federal	 Cria o SUS.
1990	Lei 8.080	Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes.
	Lei 8.142	Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.
2000	Emenda Constitucional 29	Dispõe sobre os recursos mínimos para o financiamento das ASPS.
2007	Portaria 204	Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ASPS, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.
2011	Decreto 7.508	Regulamenta a Lei 8.080/1990, a fim de tratar da organização do SUS, do planejamento da saúde, da assistência à saúde e da articulação interfederativa.
2012	Lei Complementar 141	Regulamenta o §3º do art. 198 da CF para dispor sobre valores mínimos, critérios de rateio, normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas.
2015	Emenda Constitucional 86	Altera os arts. 165, 166 e 198 da CF, com o intuito de tornar obrigatória a execução da programação orçamentária.
2016	Emenda Constitucional 95	Institui o Novo Regime Fiscal no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, que vigorará por vinte exercícios financeiros.
2017	Portaria 3.992	Dispõe sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ASPS do SUS.

Fonte: CMN – Mudanças no Financiamento da Saúde, 2018.

Ao entrar na pauta sobre o financiamento público de saúde se faz necessário compreender sobre os fundos de saúde. De acordo com a Cartilha “Entendendo o SUS” (2006), os fundos de saúde são de forma sintética, responsáveis por gerir os recursos financeiros

destinados às ações e serviços de saúde, dessa forma, os fundos recebem e repassam os recursos aos entes federativos, segundo Piola (2017, p. 17), “atualmente, o MS transfere para Estados, Distrito Federal e municípios mais de 70% dos recursos que aplica em ações e serviços públicos de saúde, segundo a definição da LC nº 141/2012”. A descentralização desses recursos do MS para os outros entes subnacionais ocorre de modo regular e automático por transferências para os blocos de financiamento (como já demandavam as Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, que já previa quatro grupos de repasse de recursos do FNS), sendo que a “primeira” regulamentação aconteceu em 2007, com a Portaria GM/MS nº 204 (MAZON *et. al.* 2018, p.39), onde o *caput* da devida portaria estabelece o regulamento do financiamento e a transferência de caráter fundo a fundo dos recursos para a promoção das Ações e Serviços de Saúde através dos seis blocos específicos de financiamento, como aponta a imagem abaixo:

Figura 7 - Blocos de financiamento de acordo com a Portaria nº 204/2007

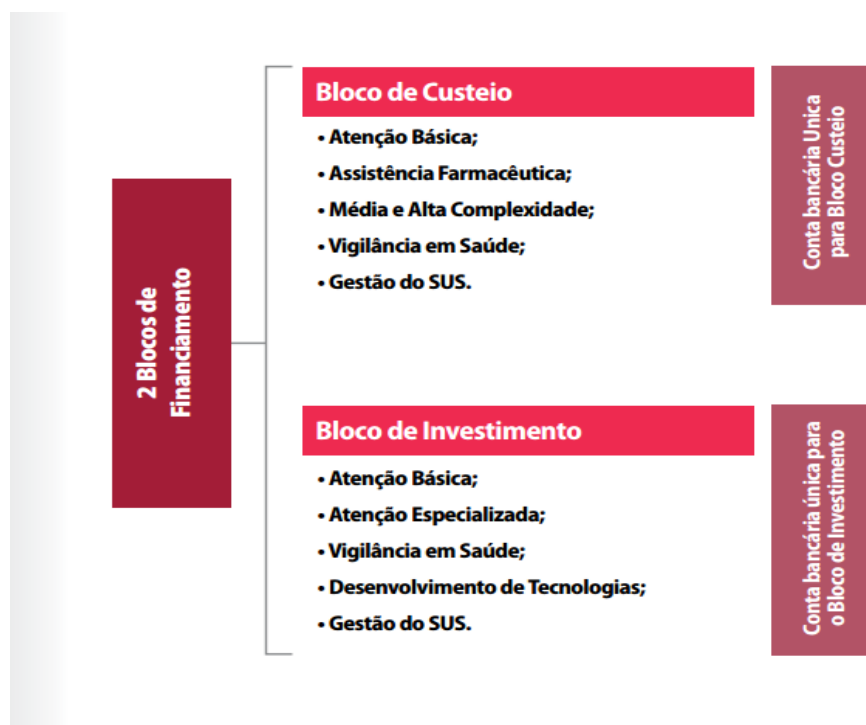


Fonte: CMN e CONASEMS – Mudanças no Financiamento da Saúde, 2018 *(com alteração).

A portaria previa que com essa ação de repasse em blocos de financiamento houvesse uma maior qualificação do processo de gestão descentralizada (da União para os municípios), uma vez que é de responsabilidade conjunta a organização da gestão do SUS. Para além desse fato, o monitoramento dos recursos para as ações de saúde seria melhor acompanhado pelos gestores municipais, uma vez que a separação dos recursos em contas bancárias nos demais blocos de financiamento, seria uma importante ferramenta para o controle público.

Entretanto, segundo Duarte, Mendes e Louvison (2018), a Portaria, nº 3.992/2017 trouxe mudanças diante a Portaria nº 204//2007, primeiramente no que tange o art. 3º desta, que estabelece a descentralização na distribuição dos recursos advindos do FNS para as despesas em ASPs, onde seu repasse/transferência para o FES, FMS e FDS se dará em duas contas únicas referentes aos respectivos blocos de financiamento, como mostra a imagem abaixo:

Figura 8 - Blocos de Financiamento de acordo com a Portaria nº 3.992/2017



Fonte: CMN e CONASEMS - Mudanças no Financiamento da Saúde, 2018

A Cartilha de Orientação SIOPS (2020, p. 56) retrata que os recursos que compõem cada bloco de financiamento “são transferidos, na modalidade fundo a fundo, de forma regular e automática, em conta corrente específica e única para os blocos de custeio e investimento e mantidas em instituições financeiras oficiais federais”.

Fazem parte do Bloco de Custeio os recursos para proteção e promoção das ASPS, logo sendo, os recursos oriundos das estratégias e programas presentes no planejamento para as ações, tais recursos são designados para a manutenção (continuamento) e funcionamento dos órgãos responsáveis pela Atenção Básica, Assistência Farmacêutica, Média e Alta Complexidade, Vigilância em Saúde e Gestão do SUS. Enquanto o Bloco de Investimento os recursos são destinados para a estruturação (através de obras e equipamentos) da Atenção Básica, a Atenção Especializada, a Vigilância em Saúde, o Desenvolvimento de Tecnologia e a Gestão do SUS e a ampliação da oferta dos serviços de saúde para o público.

A Portaria nº 3992/2017 em relação a Portaria nº 204/2007 propõe uma correta aplicação de recursos através do planejamento e gestão dos órgãos municipais de saúde e de acordo com o CNM e CONASEMS (2018):

As mudanças promovem o fortalecimento dos instrumentos de planejamento e de orçamento, flexibilizando o fluxo financeiro, além de permitir ao gestor gerenciar e aplicar adequadamente os recursos nas ações pactuadas e programadas. As ações e os serviços devem constar no plano de saúde do Município e na Programação Anual de Saúde que deverão ser aprovadas pelo Conselho de Saúde.

(CNM e CONASEMS, 2018, p. 17)

É esperado dessa forma uma maior autonomia dos gestores públicos com os recursos destinados a saúde, haja vista que a Portaria de nº 3.992/2017 simplifica o processo de transferência, onde essa será realizada em conta única para os blocos de custeio e investimento, não permitindo transferências de recursos fora do planejamento, assim, o dinheiro somente poderá ser utilizado no que já estiver previsto, evitando, portanto, que não haja investimento para as ações de saúde (CONAMSEMS, 2017). Com a alteração da forma de repasse e a flexibilização da forma de gerir, Duarte, Mendes e Louvison (2018) explicitam que a municipalização “da política de saúde pública parte da distribuição equitativa dos recursos financeiros e de sua adequada alocação, e, ainda, sua influência na estruturação regional do Sistema Único de Saúde (SUS)”. Além disso, o CNM e o CONASEMS (2018, p. 19) elucidam (na cartilha *Mudanças no Financiamento da saúde*) que “apesar das mudanças no modelo de repasse, que possibilitam maior na utilização dos recursos financeiros durante o exercício financeiro vigente, cabe ressaltar a importância de que os recursos federais permaneçam vinculados às normativas que deram origem aos repasses”. Enquanto a aplicação mínima em saúde, fora delegado aos entes federativos a responsabilidade de financiar o sistema, com isso, cada ente tem a obrigação, definida em normativas, de destinar valores mínimos dos recursos

arrecadados com impostos e transferências constitucionais e legais para garantir e suprir as ASPS.

A Lei Complementar nº 141/2012, segundo Piola (2017), regulamentou o conceito de Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), as normas de fiscalização, avaliação e controle, assim como os métodos de distribuição dos recursos do Governo Federal para os demais governos subnacionais validando os critérios de análises técnicas de programas e projetos que trata o *caput* do art. 35 da Lei 8.080/1990.

Atualmente a aplicação anual de recursos públicos dos estados membros, DF e municípios em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) deve equivaler, respectivamente a um percentual de no mínimo 12% e 15% de arrecadação de tributos (MAZON *et. al.*, 2018). Enquanto a União, fora estabelecido em 2016 na Emenda Constitucional nº 95, no art. 110, incisos I e II, o parâmetro percentual a ser respeitado na saúde:

Na vigência do Novo Regime Fiscal, as aplicações mínimas em ASPS e em manutenção e desenvolvimento do ensino equivalerão:

I – no exercício de 2017, às aplicações mínimas calculadas nos termos do inciso I do § 2º do art. 198 e do *caput* do art. 212, da CF; e

II – nos exercícios posteriores, aos valores calculados para as aplicações mínimas do exercício imediatamente anterior, corrigidos na forma estabelecida pelo inciso II do § 1º do art. 107 deste Ato de Disposições Constitucionais Transitórias.

(BRASIL, 2016)

A também chamada de “emenda do teto de gastos” atingiu os recursos da saúde e de acordo com o art. 106 da EC nº 95/2016, ficou definido que, “o novo regime fiscal no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, vigorará por vinte exercícios financeiros, sendo limitado nesse período os investimentos em saúde e demais acréscimos em créditos e despesas em âmbito governamental, salvo aquelas que são de exceção a Emenda Constitucional (art. 106 da EC nº 95/2016). Com a EC nº 95/2016, ficou definido que a aplicação anual em ASPS por durante vinte anos, deve ser igual ao cálculo do valor da despesa paga somado com o valor de restos a pagar pago do ano anterior corrigida pela inflação (CARTILHA DO SIOPS, 2020).

2.2.2. Orçamento Público e o SIOPS como ferramentas de controle, avaliação e monitoramento

O processo de planejamento e orçamento na saúde pública brasileira, consiste segundo o art. 36, da Lei Orgânica da Saúde numa perspectiva “ascendente, que tem início no nível local e término no nível federal, de forma a buscar consonância com seus órgãos deliberativos, coincidindo, portanto, as necessidades da política de saúde, com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União”.

O orçamento público trata-se de um instrumento de planejamento, delimitado durante um período, para compreender os planos e aos programas da administração pública, que deverá ser executado à risca e avaliado constantemente (ÁVILA, 2012), priorizando o atingimento dos objetivos com eficiência e eficácia, através do equilíbrio das contas públicas na execução de atividades, fixando as despesas e prevendo as receitas, controlando, dessa forma, os recursos administrativos e definindo as diretrizes dentro do processo de operacionalização da Administração Pública.

Ávila (2012, p. 13) explana que “a administração pública brasileira utiliza os princípios do direito administrativo como diretriz de execução de suas atividades, ou seja, somente poderá realizá-las se estiverem previstas em lei”. Tendo em questão a óptica administrativa, o orçamento público trata-se de um conjunto de leis, representadas pelo Plano Plurianual (PPA), pela Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e pela Lei Orçamentária Anual (LOA), dentre outros dispositivos orçamentários, imposto pela Constituição Federal Brasileira (1988) à Administração Pública, com vigência nos artigos 165 a 169 e com presença em outros dispositivos legais, como, na Lei Federal nº 4.320/1964, que rege o direito financeiro e a Lei Complementar nº 101/2000, que institui normas de responsabilidade fiscal na gestão governamental.

A Lei Federal nº 4.320/64, estabelece em seu artigo 2º que “A lei do orçamento conterà a discriminação da receita e da despesa, de modo a evidenciar a política econômica financeira e o programa de trabalho do governo”. Ostroski (2010, p. 114) explana que é de suma importância prever as receitas públicas “no processo orçamentário, pois ela dimensiona a capacidade governamental em fixar a despesa pública e, no momento da sua arrecadação, torna-se instrumento condicionante da execução orçamentária da despesa”.

De acordo com Ávila (2012, p. 25) o orçamento público abrange a administração pública direta e a administração pública indireta. A administração direta é constituída por “órgãos sem personalidade jurídica, uma vez que eles apenas executam as atividades de sua competência”,

dessa forma, o ente opera diretamente através de seus órgãos, como as secretárias, por exemplo” (GARSON, 2018, p. 42); enquanto a administração pública indireta, que é composta por entidades com personalidade jurídica e patrimônio próprio, que são autorizadas e/ou criadas por lei específica, tendo como exemplo: as autarquias e as fundações. (GARSON, 2018, p. 42 e 43). O orçamento público estará presente também em toda gestão que esteja interligada com a administração pública.

Segundo Ostroski (2010, p. 57) e a Lei Federal nº 4.320/64, o orçamento público deve obedecer ao princípio da anualidade, sendo elaborado e executado caso aprovado, por um período que corresponde ao exercício financeiro, por exemplo, que se inicia em 1º de janeiro e termina em 31 de dezembro. A Lei nº 4.320/64 determina ainda que o orçamento público obedecerá aos princípios da unidade e da universalidade, desse modo, o orçamento deve considerar todas as receitas e as despesas da gestão em um componente contábil único.

Ávila (2012, p. 26) explicita que, o orçamento público somente será caracterizado como um instrumento de gestão, quando este levar em consideração os aspectos de caráter regional, assim como as necessidades básicas a serem atendidas, não devendo limitar-se somente ao planejamento das ações do governo.

No que concerne ao Sistema Único de Saúde (SUS) o planejamento orçamentário (através dos planos de saúde) atua como uma ferramenta fundamental para o controle, a avaliação e o monitoramento das receitas orçamentárias e das despesas orçamentárias, a partir da aplicação e execução dos recursos destinados pelos gestores para as ações e serviços, sendo eles exclusivos ou não em saúde.

Entende-se por receitas orçamentárias, todas as arrecadações que deverão ser previstas em Lei de Meios, para não ser considerado objeto estranho no orçamento público, dessa forma, sua incorporação ao patrimônio do Poder Público depende da autorização legislativa, que em respaldo legislativo, irá figurar na Lei Orçamentária Anual (LOA) (ÁVILA, 2012). O artigo 11 da Lei Federal nº 4.320/64, estabelece que a receita orçamentária pode ser classificada em receita corrente e receita de capital. Por sua vez, as despesas orçamentárias consistem em desembolsos que devem estar relacionadas ao orçamento público, não sendo, portanto, um objeto estranho na fixação da despesa, e assim como as receitas orçamentárias, necessitam de autorização legislativa para poder ser realizado efetivamente o desembolso (ÁVILA, 2012). A Lei Federal nº 4.320/64 classifica no artigo 12 que a despesa orçamentária se divide em duas

categorias econômicas, sendo as despesas correntes, referente ao funcionamento da Administração Pública e as despesas de capital, que incitam o investimento e a estruturação dos serviços públicos.

Atualmente, com a vasta evolução do campo tecnológico, é possível oferecer um sistema de informação e manutenção de dados em várias áreas, de forma que possibilite a avaliação e o monitoramento dos recursos em cada esfera pública. No campo de informações da saúde, destaca-se a sub-área do sistema de informação, ressaltando a gerência de sistemas de informação, que abrange o desenho do sistema de informação, exposição de indicadores de saúde, entre outros (TEIXEIRA e SÁ, 1996).

Segundo Branco (1996), o processo de descentralização dos entes federativos no Brasil deve estar ligado também a área de informação e não somente as ações e serviços de saúde, o sistema de informação é de suma importância para a autonomia municipal. O processo de descentralização tanto administrativa quanto tributária unido a oficialização e implementação de políticas públicas, impôs aos municípios ações voltadas para transparência ao acesso a informação, principalmente as que se referem as receitas e despesas (LIMA, CARVALHO e SCHRAMM, 2006).

De acordo com Branco (1996):

A própria Lei Orgânica da Saúde prevê, como competência e atribuição comuns à União, Estados e municípios, a organização e coordenação do sistema de informação em saúde. Ao município é atribuído, portanto, juridicamente, um papel bem mais amplo do que o de mero coletor de dados. Espera-se que ele seja capaz de produzir, organizar e coordenar a informação em saúde de sua região.

(BRANCO, 2016)

De acordo com Marin (2010) o Sistema de Informação em Saúde (SIS) subsidia as organizações de saúde no controle e no processo decisório através do processamento, armazenamento e distribuição de informação. Para Branco (2016) a cooperação dos entes políticos enquanto a transparência, facilitando o acesso de informação se faz fundamental para uma análise situacional, onde o intercâmbio de dados pode promover e contribuir para a ampliação e aperfeiçoamento do relacionamento entre as estruturas que compõem o SUS. Marin (2010), revela que os sistemas de previsão orçamentária podem ser um exemplo para potencializar o aperfeiçoamento dos serviços oferecidos, promovendo maior eficácia dos resultados de controle e transparência. Com isso, no âmbito legal, reforçando as diretrizes da

Lei 8.080/90, a Lei de Responsabilidade Fiscal (2000) exigiu um maior cuidado dos gestores para o equilíbrio e o controle das contas públicas, como aponta o artigo 1º:

A responsabilidade na gestão fiscal pressupõe a ação planejada e transparente, em que se previnem riscos e corrigem desvios capazes de afetar o equilíbrio das contas públicas, mediante o cumprimento de metas de resultados entre receitas e despesas e a obediência a limites e condições no que tange a renúncia de receita, geração de despesas com pessoal, da seguridade social e outras [...]

(BRASIL, 2000)

Marin (2010) afirma que a tecnologia é a solução para a integração de sistemas de saúde. O monitoramento e a avaliação de forma simplificada das informações de saúde, só é possível graças ao investimento brasileiro no SIS possibilitando o aperfeiçoamento das ferramentas de gestão, como os sistemas de previsão orçamentário, que como exemplo temos o SIOPS (SANTO, FERNANDO E BEZERRA, 2012).

O Ministério da Saúde (2019), revela na Cartilha de Orientação do SIOPS, que a necessidade assim como a imposição por uma transparência acerca de informações sobre receita e despesa com ações e serviços de saúde do perfil de financiamento e do gasto do setor da União, Estados, Distrito Federal e municípios, resultaram na criação do SIOPS (Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde), como instrumento de coleta de dados, no ano de 1999 com a Portaria Interministerial nº 529, de 30 de abril de 1999 (BRASIL, 1999a). Sua oficialização ocorreu com a publicação da Portaria Conjunta MS/ Procuradoria Geral da República nº 1163, de 11 de outubro de 2000, posteriormente retificada pela Portaria Interministerial nº 446, de 16 de março de 2004.

Segundo Teixeira e Teixeira (2003) e Gonçalves *et. al.* (2009) o sistema de natureza de caráter declaratório, tem como uma das funções principais o acompanhamento de informações que são essenciais, no que concerne o financiamento da gestão dos entes federativos. A Cartilha de Orientação SIOPS (2020), formulada pela coordenação desse sistema em conjunto com o Ministério da Saúde explicita que o acompanhamento se faz necessário para a consolidação dos dados orçamentários, no que tange as receitas e as despesas de recursos públicos no que toca a aplicação mínima em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), assim, o SIOPS é uma ferramenta de suma importância para o planejamento, gestão e controle social, que culmina no processo de avaliação do desempenho dos sistemas de saúde, tornando-se então instrumento para verificação do cumprimento da EC nº 29/2000, posteriormente promulgada pela LC nº

141/2012, conferindo assim maior acessibilidade e visibilidade aos dados financeiros de Estados e municípios.

De acordo com Teixeira e Teixeira (2003) o SIOPS é a concretização das instituições, principalmente da PGR, para tentar elevar o índice de acesso a informações e de preenchimento dos dados sobre saúde. Somente após a criação do SIOPS o Brasil passou a registrar informações sobre os gastos do setor da saúde com maior regularidade (PIOLA, 2006 e MEDEIROS *et. al.*, 2014).

O SIOPS busca responder às exigências de acompanhamento das transferências dos entes subnacionais em relação aos gastos públicos do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo, pois, um instrumento para análise do processo de descentralização que desde 1999 tem sido utilizado por Estados e municípios (LIMA, CARVALHO e SCHRAMM, 2006). Desse modo, o SIOPS proporciona transparência e visibilidade ao que se refere a aplicação dos recursos públicos no setor da saúde.

Com o objetivo de apurar as receitas totais e os gastos em ASPS, Teixeira e Teixeira (2003) descrevem que as informações pertencentes ao âmbito orçamentário dos órgãos públicos, independentemente da esfera de gestão, estão fixadas no SIOPS. De acordo com o Ministério da Saúde (2021):

O banco de dados do SIOPS é alimentado pelo setor da contabilidade dos Estados, do DF e dos Municípios, [...] através do preenchimento de dados em software desenvolvido pelo DATASUS/MS. Tais informações são inseridas no sistema e transmitidas eletronicamente, através da internet, para o banco de dados do DATASUS/MS, gerando indicadores, de forma automática, a partir das informações declaradas.

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021)

De acordo com Lima (2006) e Santo, Fernando e Bezerra (2012) o SIOPS torna-se instrumento de gestão único devido ao caráter declaratório por ele produzido, quer seja pela análise de indicadores gerados ou demonstrativos de gestão das esferas de governo que possibilita avanços no acompanhamento e na avaliação de gastos públicos. Sobre as despesas municipais, Lima (2006) destaca que o SIOPS é a única fonte sobre despesa municipal em saúde, onde as informações são encontradas de forma ampla e detalhada. Segundo Santo, Fernando e Bezerra (2012) o SIOPS possibilita um acompanhamento da gestão de recursos, viabilizando a verificação da adequação do gasto às necessidades da população.

Segundo Medeiros *et. al.* (2014):

Pelas características descritas, verifica-se que o SIOPS assegura informações oportunas aos usuários quanto à dimensão de local e tempo, podendo-se afirmar que a obtenção de seus dados é rápida e permite aos atualizadores dos dados e gestores de saúde o acompanhamento com agilidade da condição de suas esferas.

(MEDEIROS *et. al.*, 2014)

A Cartilha de Orientação SIOPS (2020) deixa claro as características desse sistema enquanto a periodicidade de atualizações para o acompanhamento das informações. Como o SIOPS tem natureza de declaração obrigatória, as bases de dados/informações devem ser atualizadas bimestralmente, portanto, tem-se um Relatório Resumido da Execução Orçamentária (RREO) a cada dois meses. Ao que se diz respeito a homologação de dados o Ministério da Saúde estabelece os prazos para o registro, conforme o art. 5º do Decreto nº 7.827/2012, observado no art. 52 da LRF. A imagem a seguir esquematiza os períodos durante o ano.

Figura 9 - Prazos para homologação dos dados e regime de periodicidade



Fonte: Ministério da Saúde – Cartilha de orientação SIOPS, 2019.

Observa-se na imagem que a cada bimestre tem-se um mês, logo, 30 dias de carência para o cumprimento e atualização dos dados na base do SIOPS, se por descaso, o ente (município) no decorrer dos 30 dias não honrar com a homologação das informações no sistema, a ação acarretará na presunção de descumprimento de aplicação dos percentuais mínimos em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), como aponta o parágrafo único do Decreto nº 7.827/2012. Em caso de descumprimento de aplicação dos percentuais mínimos em ASPS, a principal sanção é a suspensão das transferências voluntárias da União para o ente federativo até a comprovação das informações, como também prevê o Decreto nº 7.827/2012.

As informações contidas no SIOPS buscam manter compatibilidade com as informações contábeis, geradas e mantidas pelos Estados e municípios (MAZON et. al., 2018), assim, de acordo com o art. 39, § 2º da LC nº 141/2012:

Atribui-se ao gestor de saúde declarante dos dados contidos no sistema especificado no *caput* a responsabilidade pelo registro dos dados no SIOPS nos prazos definidos, assim como pela fidedignidade dos dados homologados, aos quais se conferirá fé pública para todos os fins previstos nesta Lei Complementar e na legislação concernente.

(BRASIL, 2012)

Segundo Santo, Fernando e Bezerra (2012) uma ferramenta com a capacidade do SIOPS, implica na escolha do sistema de informação para os gestores, haja vista a confiabilidade, a eficiência e a eficácia proporcionada, para além disso, torna-se fundamental tanto para o gestor, como para os órgãos públicos fiscalizadores. Para o gestor da saúde está em “perceber” se as ações orçamentárias seguem de acordo com o que foi previsto e elaborado tanto na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), assim como no Plano Plurianual (PPA) e na Lei Orçamentária Anual (LOA). Já para os órgãos fiscalizadores está na possibilidade de monitorar e avaliar o financiamento dos gastos em saúde conforme a demanda das necessidades do município.

3. METODOLOGIA

Para definir o que é pesquisa, torna-se necessário entender primeiramente o que é ciência, uma vez que estes dois conceitos são relacionados. Lakatos e Marconi (2003) apontam que a ciência trata-se de uma justificativa para um acontecimento no contexto de estudiosos e leigos, dessa maneira, subentende-se que a ciência é uma forma de provar a veracidade dos acontecimentos, Galliano (1986) ainda salienta que a ciência não analisa somente um fato, contudo, busca relacionar este a outros fatos próximos para explicar e justificar o fato inicial, desse modo, para Ciribelli (2003) *apud* Praça (2015), o método científico em sua totalidade trata-se de um conjunto de etapas e instrumentos, pelo qual o pesquisador molda sua pesquisa com fatos, se utilizando de critérios de caráter científico para alcançar dados e chegar a resultados que contribuam ou não para sua teoria inicial.

Tratando-se do conceito pesquisa, Gil (2002, p. 17) a define como “um procedimento racional e sistemático que tem como objetivo proporcionar respostas aos problemas que são propostos”; racional de modo a buscar a partir de processos científicos a solução para a problemática abordada e sistemático por ser organizado a partir de uma metodologia científica. Ainda segundo Prodanov e Freitas (2010, p. 42) *apud* Demo (2000) o termo pesquisa “é entendido tanto como procedimento de fabricação do conhecimento, quanto como procedimento de aprendizagem (princípio científico e educativo), sendo parte integrante de todo processo reconstrutivo de conhecimento”, assim, os trabalhos científicos são de suma importância para a observação científica e para compreensão de acontecimentos.

Cristante e Kfuri (2011) definem trabalho científico:

Como a apresentação (oral ou escrita) de uma observação científica ou, ainda, a apresentação de uma ideia ou conjunto de ideias a respeito de uma observação científica. A observação pode ser relativamente simples ou complexa, mas deve sempre ser relatada de forma clara, organizada e concisa, para facilitar a sua compreensão; deve ser realizada com metodologia criteriosa, procurando solucionar problemas, mas com embasamento na ciência.

(CRISTANTE e KFURI, 2011, p. 8)

Dessa forma, o trabalho científico e/ou pesquisa, quer seja oral ou escrita, surge como forma de contribuição para a ciência de modo a compreender fatos passados e presentes de modo a buscar soluções e respostas dentro de parâmetros técnicos.

3.1. QUANTO AOS OBJETIVOS

Ao que se refere aos objetivos de pesquisa, Gil (2002) classifica-os em três, que são as pesquisas: exploratória; descritiva; e explicativa. O presente trabalho é classificado como uma pesquisa descritiva e conseqüentemente explicativa. Triviños (1987) salienta que a pesquisa descritiva tem como intenção detalhar uma determinada realidade para obter dados e resultados, logo, exige do pesquisador várias informações acerca do assunto que se pretende pesquisar. Enquanto a pesquisa explicativa, Gil (2007) revela que este tipo de pesquisa está voltado para como ocorre os resultados, ou seja, preocupa-se em identificar e explicar os fatores e/ou o porquê das ações que levam até o fenômeno/resultado. Ainda segundo Gil (2007), esse tipo de pesquisa pode ser a continuação de uma pesquisa descritiva, haja vista que ocorre a identificação dos porquês da pesquisa de maneira detalhada, levando assim até seu fenômeno/resultado.

3.2. QUANTO AOS PROCEDIMENTOS

De acordo com Gil (2002, p. 43) um estudo pode ter como instrumentos e procedimentos técnicos de pesquisa: o estudo de caso, o levantamento, a pesquisa ação, a pesquisa documental, a pesquisa experimental, a pesquisa ex-post-facto e a pesquisa bibliográfica. O presente estudo utiliza como instrumentos e procedimentos de investigação o estudo de caso, o levantamento, a pesquisa documental, a pesquisa ex-post-facto e a pesquisa bibliográfica.

O estudo de caso para Gil (2002, p. 54) é um procedimento que “envolve o estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos de maneira que se permita o seu amplo e detalhado conhecimento”. Yin (2001, p. 30) conceitua ainda que o estudo de caso “é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos”.

Fonseca (2002, p. 33) aponta que a pesquisa de levantamento, utilizada nesse estudo, é um tipo de pesquisa utilizada em estudos exploratórios e descritivos, onde o levantamento pode ser de classificado em duas formas: o levantamento de uma população (também designado censo) ou o levantamento de uma amostra.

Sobre a pesquisa documental, Gil (2002, p.45) explana que esse tipo de pesquisa é composto e produzida com materiais que não receberam um tratamento analítico, ou seja, uma pesquisa que não recebeu uma avaliação de uma forma aprofundada e que podem ser reformulados e adaptados conforme os objetivos da nova pesquisa.

Prodanov e Freitas (2010, p. 65) e Gil (2002, p. 49) revelam que na pesquisa *ex-post-facto* o estudo analisa situações (variáveis) que se desenvolveram naturalmente após algum acontecimento, portanto, o experimento ocorre posteriormente aos fatos; seu objetivo ainda segundo Gil (2002) está em “verificar a existência de relações entre as variáveis”. Prodanov e Freitas (2010, p. 65) complementam que na pesquisa *ex-post-facto* “procura-se explicar e entender um evento já ocorrido. Explanam ainda que este tipo de pesquisa “é muito utilizada nas ciências sociais, pois, permite a investigação de determinantes econômicos e sociais do comportamento da sociedade em geral”.

A pesquisa bibliográfica é elaborada a partir da utilização de dados e/ou materiais relevantes de trabalhos já realizados/publicados, onde essas informações se relacionam com o campo de estudo e tema trabalhados (GIL, 2002, p. 44 e LAKATOS E MARCONI, 2003, p. 158). Prodanov e Freitas (2010) salientam que os materiais para a elaboração pesquisa bibliográfica são:

Constituídos principalmente de: livros, revistas, publicações em periódicos e artigos científicos, jornais, boletins, monografias, dissertações, teses, material cartográfico, internet, com o objetivo de colocar o pesquisador em contato direto com todo material já escrito sobre o assunto da pesquisa.

(PRODANOV E FREITAS, 2010, p. 54)

Ainda segundo Prodanov e Freitas (2010), cabe ao pesquisador estar atento enquanto a confiabilidade, fidelidade e veracidade dos dados obtidos, para não prejudicar os resultados da pesquisa.

3.3. QUANTO À ABORDAGEM DO PROBLEMA

Quanto à abordagem do problema, a pesquisa científica pode ser dividida em qualitativa e quantitativa, sendo a abordagem quantitativa a presente neste trabalho. Prodanov e Freitas (2010, p.70) e Kauark *et. al.* (2010, p. 26, 27) consideram que as opiniões e informações podem ser expressas em números, dessa forma tornando os resultados quantificáveis para classificá-las e analisá-las.

Em complemento, Fonseca (2002, p. 20) descreve que “os resultados da pesquisa quantitativa podem ser quantificados [...] A pesquisa quantitativa se centra na objetividade. [...] A pesquisa quantitativa recorre à linguagem matemática para descrever as causas de um fenômeno, as relações entre variáveis, etc.”

Fernandes e Gomes (2003, p. 19) evidenciam que os trabalhos quantitativos utilizam quantidades e números, sejam dados primários ou secundários, de modo a construir ou controlar os contextos de um fenômeno específico, podendo relacionar este a outros fenômenos, afim de abordar e esclarecer questões mais amplas, requerendo sempre imparcialidade de quem elabora a pesquisa.

3.4. COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

A pesquisa ocorreu entre os anos de 2020 e 2021, onde a (macro) região do Maciço de Baturité, localizada no interior do Estado do Ceará foi escolhida para a apuração de dados do (sub) financiamento e da execução orçamentária municipal em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS). A região é composta por treze municípios, sendo eles: Acarape, Aracoiaba, Aratuba, Barreira, Baturité, Capistrano, Guaramiranga, Itapiúna, Mulungu, Ocara, Pacoti, Palmácia e Redenção.

O período da análise para a apuração dos dados refere-se aos anos de 2017 a 2019, sendo verificado o último bimestre, logo, o 6º (sexto) de cada ano base trabalhado, haja vista que é o fechamento das contas municipais. O período de 2017 a 2019 fora escolhido por ser o mais próximo e que se enquadra dentro da última gestão municipal, além disso se enquadra dentro da perspectiva de análise feita pelo próprio Relatório Resumido da Execução Orçamentária (RREO), que observa de forma mais analítica as receitas e as despesas. Será analisado nesta pesquisa o comportamento orçamentário em saúde, principalmente os que tange as Ações e Serviços Públicos em Saúde (ASPS), além de abordar o montante transferidos do Estado do Ceará e da União.

As variáveis consideradas pelo estudo foram do Demonstrativo da Despesa com Saúde, conforme o Anexo XVI do Relatório Resumido De Execução Orçamentária (RREO), que trata do total de receitas dos entes federativos, remetente ao somatório dos impostos líquidos e das Transferências Constitucionais e Legais e do total de receitas adicionais para o financiamento da saúde; e do somatório das despesas, sendo essas divididas em despesas correntes e despesas de capital. São consideradas também as despesas não computadas para fins de apuração do percentual mínimo em ASPS da Lei Complementar 141/2012 assim como o percentual de aplicação de recursos em ASPS.

Os dados foram analisados com a utilização de tabelas com as variáveis/indicadores: sendo as Receitas Realizadas, Despesas Executadas (Despesas Correntes e Despesas de

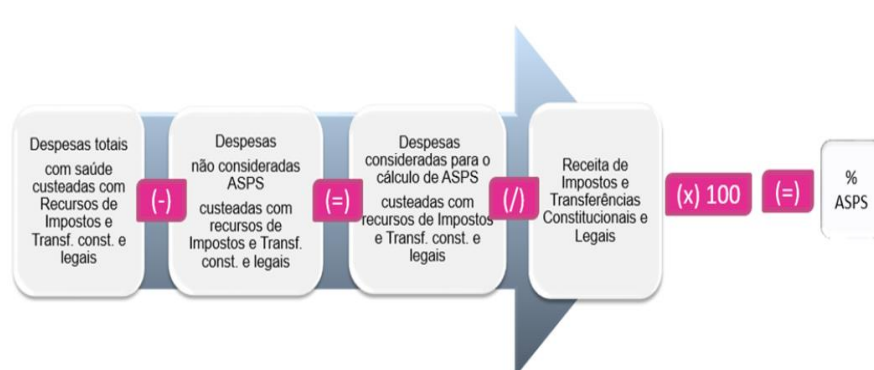
Capital), as Despesas Não Computadas, as Despesas Computadas e o Percentual de Aplicação em ASPS sobre as Receitas em ASPS dos municípios da (macro) região do Maciço de Baturité, além de demonstrar o percentual aproximado de cada valor disposto nas tabelas.

A tabela “receitas totais realizadas no período de 2017 a 2019” tem como objetivo retratar o caixa livre municipal, logo, as receitas totais, cujo montante é utilizado para fazer a análise do percentual mínimo em ASPS, portanto despesas previstas na LC 141/2012. Fazem parte dessa tabela os Impostos Líquidos, que são recursos arrecadados pelo município (ITR, IPTU, etc) e as Transferências Constitucionais e Legais, que são recursos cota-parte repassados/transferidos pelo Estado do Ceará e pela União (FPM, IPVA, etc)

A tabela “despesas executadas no período de 2017 a 2019” demonstra o somatório das despesas empenhadas (crédito orçamentário prévio reservado para compromissos contratuais entre o setor público e seus fornecedores) com as despesas liquidadas (direito adquirido do credor em receber o pagamento, assim como, significa a entrega satisfatória dos bens ou serviços conforme acertado). Nesta tabela, estão inseridos os gastos e percentuais com despesas correntes (despesas de manutenção da máquina pública) e as despesas de capital (“despesas” de investimento para aprimoramento). Fazem parte do grupo das despesas correntes, as despesas: de pessoal e encargos sociais, os juros e encargos da dívida e outras despesas correntes. O grupo das despesas de capital é composto pelos: investimentos, inversões financeiras e amortização da dívida.

A tabela “Comportamento das receitas adicionais, despesas não computadas e computadas” traz o total de receitas adicionais para financiamento da saúde, logo, recurso “Caixa SUS e outras fontes” (que dispõem de regras específicas de gastos e não constam no total de receitas “Caixa Livre” do município), tais receitas são direcionadas para custear as despesas com saúde não computadas para fins de apuração do percentual mínimo em saúde. A mesma tabela traz as despesas computadas, onde essas, por sua vez, constam na receita de “Caixa Livre” municipal e estabelece através do cálculo (figura 10) o percentual mínimo executado em ASPS previsto na LC 141/2012.

Figura 10 - Cálculo de ASPS



Fonte: Cartilha de Orientação SIOPS, 2019, p. 26

A tabela “avaliação entre as receitas totais e despesas em ASPS” trata de avaliar o total de despesas em ASPS executadas com os recursos provenientes das receitas totais municipais, “Caixa Livre”, estabelecendo dessa forma, o percentual executado de recursos, sendo assim, despesas em ASPS. A tabela traz ainda o percentual da diferença entre o que foi executado e o limite mínimo, ou seja, o que foi gasto a mais ou a menos.

As variáveis foram obtidas no Portal da Saúde (SUS), via Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), através do endereço eletrônico <http://siops.datasus.gov.br/relmun.php>, aberto o endereço, é apontado na página “**Demonstrativos – Municípios**”. Nesta, fora selecionado o item “**Consulte o Demonstrativo**” no campo “**Demonstrativo da Despesa com Saúde, conforme o anexo XVI do Relatório Resumido de Execução Orçamentária/RREO**”. Na consulta do Demonstrativo da Despesa com Saúde, fora pesquisado nas caixas cada ano, sendo esses de 2017, 2018 e 2019 e cada município do Maciço de Baturité, no estado do Ceará. Cabe ressaltar que os valores retirados se referem a atualização **até o último bimestre**, sendo esse o 6º bimestre de cada ano financeiro, cabe ressaltar também que os valores considerados são os liquidados até o bimestre somados com os empenhados até o mesmo período.

O software de trabalho utilizado para a confecção dos dados foram o Word e o Excel. Com o Word foram confeccionadas as tabelas personalizadas e com o auxílio do Excel foram feitas operações matemáticas.

4. ANÁLISE DOS DADOS E DISCUSSÃO

Nesta seção serão demonstrados os dados coletados no sítio eletrônico do Sistema de Informações Orçamentárias Públicos de Saúde (SIOPS), pertencente ao sistema DATASUS / Portal da Saúde. Aqui, serão respondidos os objetivos geral e específicos propostos no início dessa pesquisa. Cada município listado na metodologia, será analisado individualmente. Inicialmente serão demonstradas as receitas totais realizadas pelos municípios, em seguida, serão demonstradas as despesas totais executadas (empenhadas e liquidadas) no período analisado, logo após, serão avaliados o comportamento das receitas adicionais, despesas não computadas e computadas, além do montante e o percentual do gasto com Ações e Serviços Públicos de Saúde dos referidos municípios. Ao final, será elaborada gráficos comparativos entre todos os municípios, no que toca o comportamento das receitas e das despesas.

4.1. MUNICÍPIO DE ACARAPE

Distante aproximadamente 61,8 Km da capital Fortaleza, o município possui segundo dados do IBGE (2019) 130,002 km² de área, IDH de 0,606 em 2010 e PIB *per capita* de R\$ 8.075,56 em 2018. Ao se falar no total de habitantes, segundo o indicador municipal do SIOPS, sua população em 2017, 2018 e 2019 eram de respectivamente 16.543, 16.543, 15.399 habitantes, enquanto a despesa total por habitante em saúde nesses anos fora de R\$ 591,95 em 2017, R\$ 591,66 em 2018 e R\$ 664,67 em 2019.

4.1.1. Análise dos montantes em saúde – Município de Acarape

Tabela 1 - Receitas Totais realizadas para apuração no percentual mínimo em ASPS no período de 2017 a 2019

	Realizado 2017	% 2017	Realizado 2018	% 2018	Realizado 2019	% 2019
Impostos Municipais	1.141.291,40	5,59	1.309.468,19	5,93	1.868.955,11	7,45
Transferências Constitucionais e Legais	19.301.412,03	94,41	20.782.520,87	94,07	23.221.483,33	92,55
TOTAL	20.442.703,43	100	22.091.989,06	100	25.090.438,44	100

Fonte: SIOPS, 2020.

Analisada a projeção, na Tabela 1, das receitas realizadas do município de Acarape durante os anos de 2017 a 2019, é notado que o total de receitas (caixa livre), composta pelos impostos líquidos e pelas Transferências Constitucionais e Legais tiveram ganhos progressivos a cada ano.

Verifica-se que participação municipal através dos impostos líquidos, aumentou a cada ano analisado, evoluindo de 5,59% em 2017, para 5,93% em 2018 e 7,45% em 2019, demonstrando que o município passou a reter mais recursos, logo, arrecadar mais a cada ano.

Ao mesmo tempo, é notado que as receitas provenientes das Transferências Constitucionais e Legais, que são recursos cota-parte repassados da União e do Estado do Ceará, sofreram um aumento de recursos entre os anos de 2017 a 2019, no entanto, revela que não há um aumento gradativo destes quando se é comparado o percentual de 2017, 2018 e 2019, equivalendo respectivamente 94,41%, 94,07% e 92,55%, logo, mostra-se um equilíbrio de recursos transferidos dentro da perspectiva econômica do país em cada ano.

Dessa forma, avalia-se que embora a participação tenha aumentado, o município em questão possui uma contribuição pequena quando se expõe o valor total das despesas com saúde e principalmente quando comparada aos repasses do Estado do Ceará e da União, presentes nas Transferências Constitucionais e Legais.

Tabela 2 - Comportamento das Despesas Executadas no período de 2017 a 2019

	Executado 2017	% 2017	Executado 2018	% 2018	Executado 2019	% 2019
Despesas Correntes	9.376.944,83*	95,76	9.787.851,62*	100	9.979.982,83	97,51
Pessoal e Encargos Sociais	5.318.049,34	54,31	6.295.042,87*	64,31	6.367.155,69	62,21
Outras Despesas Correntes	4.058.895,49*	41,45	3.492.808,75*	35,69	3.612.827,14	35,30
Despesas de Capital	415.614,28	4,24	0,00	0,00	255.278,75	2,49
Investimentos	415.614,28	4,24	0,00	0,00	255.278,75	2,49
TOTAL	9.792.559,11*	100	9.787.851,62*	100	10.235.261,58	100

Fonte: SIOPS, 2020.

Ao analisar a projeção do total das despesas executadas (somatório das despesas empenhadas e liquidadas) no período de 2017 a 2019, na Tabela 2, é possível verificar que o total das despesas se mantiveram semelhantes nos anos de 2017 e 2018, porém, tendo um acréscimo no ano de 2019. As despesas correntes, por sua vez mantiveram-se em crescente aumento a cada ano, corroborando no maior gasto em saúde do município, sendo as despesas com pessoal e encargos sociais a principal fonte de despesas, equivalendo os seguintes totais das despesas correntes: 54,31% em 2017, 64,31% em 2018 e 62,21% em 2019 o que mostra um maior gasto nesse setor. Diferentemente, as despesas de capital decaíram de 4,24% em 2017 para 2,49% em 2019, sendo que em 2018 não fora computado nenhuma despesa de capital,

demonstrando pouco investimento na estruturação e ampliação na oferta de serviços no campo da saúde.

Tabela 3 - Avaliação entre receitas e despesas - Cálculo em ASPS

	Despesas Totais	- Despesas Não Computadas para fins de Apuração do Percentual Mínimo em ASPS	= Despesas Computadas para fins de Apuração do Percentual Mínimo em ASPS	÷ Receitas para Apuração de Aplicação em ASPS	(×)100 =	Percentual de Aplicação das Receitas sobre as Despesas em ASPS
2017	9.792.559,11*	4.344.732,99	5.447.826,12	20.442.703,43		26,64
2018	9.787.851,62*	3.398.747,45	6.389.104,17	22.091.989,06		28,92
2019	10.235.261,58	1.969.489,06	8.265.772,52	25.090.438,44		32,94

Fonte: SIOPS, 2020.

Avaliado o cálculo, é verificado que o percentual das receitas aplicadas nas despesas computadas consideradas para ASPS, demonstrou progressão nos anos avaliados. É possível observar na Tabela 3, que o percentual permaneceu acima dos 15% das receitas utilizadas, correspondente ao montante de caixa livre do município aplicado nas despesas computadas, assim como prevê a Lei Complementar nº 141/2012.

É verificado que os valores das despesas não computadas para fins de apuração diminuem a cada ano, sendo de R\$ 4.344.732,99 em 2017, R\$ 3.398.747,45 em 2018 e R\$ 1.969.489,06 em 2019 enquanto os valores das despesas computadas para fins de apuração aumentam, sendo R\$ 5.447.826,12 em 2017, R\$ 6.389.104,17 em 2018 e R\$ 8.265.772,52 em 2019, demonstrando que, a cada ano, o município passou a custear suas despesas não computadas com as receitas de caixa livre, o que explica o aumento gradativo do percentual de aplicação das receitas municipais nas despesas em ASPS deste, sendo respectivamente 26,64% em 2017, 28,92% em 2018 e 32,94% em 2019.

4.2. MUNICÍPIO DE ARACOIABA

Distante aproximadamente 73 Km da capital Fortaleza, o município possui segundo dados do IBGE (2019) 643,988 km² de área, IDH de 0,615 em 2010 e PIB *per capita* de R\$ 7.457,75 em 2018. Ao se falar no total de habitantes, segundo o indicador municipal do SIOPS, sua população em 2017, 2018 e 2019 eram de respectivamente 26.269, 26.269, 26.437 habitantes, enquanto a despesa total por habitante em saúde nesses anos fora de R\$ 812,10 em 2017, R\$ 1.069,22 em 2018 e R\$ 902,60 em 2019.

4.2.1. Análise dos montantes em saúde - Município de Aracoiaba

Tabela 4 - Receitas Totais realizadas para apuração no percentual mínimo em ASPS no período de 2017 a 2019

	Realizado 2017	% 2017	Realizado 2018	% 2018	Realizado 2019	% 2019
Impostos Municipais	2.452.074,10	10,16	2.223.453,60	8,47	2.228.323,96	7,54
Transferências Constitucionais e Legais	21.677.924,04	89,84	24.038.334,88	91,53	27.307.198,65	92,46
TOTAL	24.129.998,14	100	26.261.788,48	100	29.535.522,61	100

Fonte: SIOPS, 2020

Realizada a análise dos montantes das receitas do município, é possível verificar na Tabela 4, que o total realizado (caixa livre), referente ao somatório dos impostos líquidos e das Transferências Constitucionais e Legais evoluiu gradativamente no período de 2017 a 2019.

Nota-se nesse período regressão do percentual de participação municipal na receita total, sendo de 10,16% em 2017, 8,47% em 2018 e 7,54% em 2019; enquanto o valor real arrecado sofreu queda de 2017 para 2018 e relativa constância de 2018 para 2019. Referente as Transferências Constitucionais e Legais, logo, recursos cota-parte repassados da União e do Governo do Estado do Ceará, observa-se que os valores reais sofreram um aumento considerável ao longo dos anos, sendo de R\$ 21.677.924,04 em 2017, R\$ 24.038.334,88 em 2018 e R\$ 27.307.198,65 em 2019; enquanto o percentual de participação na receita de caixa livre, sofreu uma pequena evolução nesse período, indo de 89,84% em 2017, para 91,53% em 2018 e finalizando com 92,46% em 2019.

Dessa forma, é avaliado que o município se manteve constante na retenção de recursos reais e regrediu sua participação no montante total de receitas para apuração do percentual mínimo em ASPS. Tornou-se evidente nesse período, o município esboçou uma contribuição pequena quando exposto os valores das despesas totais com saúde, assim também quando se comparado com o percentual de repasse do Governo do estado do Ceará e da União, presentes nas Transferências Constitucionais e Legais que durante os anos de 2017 a 2019, que percentualmente demonstrou uma evolução tímida no cenário do município.

Tabela 5 - Comportamento das Despesas Executadas no período de 2017 a 2019

	Executado 2017	% 2017	Executado 2018	% 2018	Executado 2019	% 2019
Despesas Correntes	20.305.441,77*	97,27	25.262.323,89*	91,72	22.728.897,78*	97,31
Pessoal e Encargos Sociais	10.579.646,61	50,68	11.544.056,80*	41,91	9.293.223,81	39,79

Tabela 5 - Comportamento das Despesas Executadas no período de 2017 a 2019

Outras Despesas Correntes	9.725.795,16*	46,59	13.718.267,09*	49,81	13.435.673,97*	57,52
Despesas de Capital	569.391,99	2,73	2.280.142,33*	8,28	627.860,15	2,69
Investimentos	569.391,99	2,73	2.280.142,33*	8,28	627.860,15	2,69
TOTAL	20.874.833,76	100	27.542.466,22*	100	23.356.757,93*	100

Fonte: SIOPS, 2020

Ao analisar a projeção, na Tabela 5, do total das despesas executadas (somatório das despesas empenhadas e liquidadas) no período de 2017 a 2019, é possível notar um aumento relevante do valor total executado no ano de 2018. Enquanto que em 2017, fora executado um montante total de R\$ 20.874.833,76 e em 2019 fora executado um valor total de R\$ 23.356.757,93, no ano de 2018 foi destinado um montante total de R\$ 27.542.466,22, neste ano o aumento de valores tornou-se evidente tanto nas despesas correntes, como nas despesas de capital.

Detalhando as despesas correntes, verifica-se, na Tabela 5, que houve uma semelhança no percentual dos valores totais executados em 2017 (97,27%) e 2019 (97,31%), tendo um decréscimo no ano de 2018 (91,72%). Mesmo sofrendo um acréscimo de recursos no ano de 2018, e sendo a maior despesa no ano de 2017 (50,68%), as despesas com “pessoal e encargos sociais” foram reduzindo sua participação de gastos nas despesas correntes em 2018 e 2019, equivalendo a 41,91% em 2018 e 39,79% em 2019. Todavia, ao mesmo passo que as despesas com pessoal e encargos sociais reduziram nos anos de 2018 e 2019, o setor de “outras despesas correntes” evoluiu nesses anos, equivalendo a 49,81% em 2018 e 57,52% em 2019, demonstrando que ocorreu maior destinação de recursos para o custeio de atividades indiretas em saúde, tais como, despesas com materiais de consumo, auxílios, diárias e outras despesas correntes sem grupo específico.

Observa-se, ao detalhar as despesas de capital, uma equivalência nos anos de 2017 (2,73%) e 2019 (2,69%) e uma diferença desses anos para o ano de 2018 (8,28%), demonstrando que mesmo destinando recursos nos anos de 2017 e 2019, o município demonstrou, com exceção do ano de 2018, pouco investimento na estruturação e ampliação na oferta de serviços no campo da saúde quando comparado aos valores totais das despesas.

Tabela 6 - Avaliação entre receitas e despesas - Cálculo em ASPS

Despesas Totais	-	Despesas Não Computadas para fins de	=	Despesas Computadas para fins de	÷	Receitas para Apuração de	(×)100 =	Percentual de Aplicação
------------------------	---	---	---	---	---	----------------------------------	----------	--------------------------------

		Apuração do Percentual Mínimo em ASPS	Apuração do Percentual Mínimo em ASPS	Aplicação em ASPS	das Receitas sobre as Despesas em ASPS
2017	20.874.833,76	12.860.586,45*	8.014.247,31	24.129.998,14	33,21
2018	27.542.466,22*	23.454.974,37*	4.087.491,85	26.261.788,48	15,56
2019	23.356.757,93*	17.907.689,81*	5.449.068,12	29.535.522,61	18,44

Fonte: SIOPS, 2020

Avaliado o cálculo, é verificado, na Tabela 6, que o percentual das receitas aplicado nas despesas computadas consideradas para ASPS, demonstrou variação nos anos avaliados, entretanto, é possível observar que o percentual permaneceu acima dos 15% das receitas utilizadas, correspondente ao montante de caixa livre do município aplicado nas despesas computadas, assim como prevê a Lei Complementar nº 141/2012.

Constata-se que os valores das despesas não computadas para fins de apuração do percentual mínimo em ASPS evoluiu em R\$ 10.594.387,92 de 2017 para o exercício 2018 e regrediu em R\$ 5.547284,56 no exercício de 2019, ilustrando maior destinação de recursos para ações e serviços não exclusivos, logo, atividade de suporte a saúde em 2018, mas também indicando que mesmo decrescendo em 2019, essas são as principais despesas em todo período.

Enquanto aos valores das despesas computadas para fins de apuração do percentual mínimo e ASPS no período avaliado, é evidenciado que as despesas de 2018 (R\$ 4.087.491,85) foram menores do que as do exercício de 2019 (R\$ 5.449.068,12), contudo, é notado redução dessas em relação ao registrado em 2017 (R\$ 8.014.247,31).

Explicitou-se, portanto, que a diminuição dos percentuais de aplicação das receitas sobre as despesas em ASPS no exercício de 2018 (15,56%) em relação a 2017 (33,21%), pode indicar, redução na destinação de recursos para ações e serviços exclusivos da saúde ou melhoria da capacidade de gestão dos recursos, enquanto, o aumento desse percentual no exercício de 2019 (18,44), pode indicar que o município destinou mais recursos para as ações e serviços considerados exclusivos da saúde ou falha no detalhamento e divisão das despesas. Para além disso, é observado que em 2018 a receita total realizada para apuração do percentual mínimo em ASPS do município fora menor do que as despesas totais em saúde, ilustrando que desequilíbrio das contas públicas.

4.3. MUNICÍPIO DE ARATUBA

Distante aproximadamente 127 Km da capital Fortaleza, o município possui segundo dados do IBGE (2019) 119.758 km² de área, IDH de 0,622 em 2010 e PIB *per capita* de R\$ 11.444,89 em 2018. Ao se falar no total de habitantes, segundo o indicador municipal do SIOPS, sua população em 2017, 2018 e 2019 eram de respectivamente 11.244, 11.244, 11.346 habitantes, enquanto a despesa total por habitante em saúde nesses anos fora de R\$ 673,81 em 2017, R\$ 977,62 em 2018 e R\$ 707,22 em 2019.

4.3.1. Análise dos montantes em saúde - Município de Aratuba

Tabela 7 - Receitas Totais realizadas para apuração no percentual mínimo em ASPS no período de 2017 a 2019

	Realizado 2017	% 2017	Realizado 2018	% 2018	Realizado 2019	% 2019
Impostos Municipais	453.701,89	2,80	2.501.935,55	14,48	640.244,07	3,70
Transferências Constitucionais e Legais	15.758.416,64	97,20	14.776.170,13	85,52	16.647.722,17	96,30
TOTAL	16.212.118,53	100	17.278.105,68	100	17.287.966,24	100

Fonte: SIOPS, 2020.

Realizada a análise dos montantes das receitas do município de Aratuba, é possível observar que o total realizado (caixa livre), referente ao somatório dos impostos líquidos e das Transferências Constitucionais e Legais evoluiu em R\$ 1.065.987,15 do ano de 2017 para 2018 e mostrou-se semelhante, mesmo com redução do ano de 2018 para o ano de 2019.

Nota-se na Tabela 7, que no ano de 2018 fora registrado o maior valor de impostos líquidos (R\$ 2.501.935,55) e conseqüentemente a maior participação no percentual de receitas do município (14,48%) ao ser comparada com os anos de 2017 (2,80%) e 2019 (3,70%). Observa-se ainda que no ano de 2018, houve uma queda de R\$ 982.246,51 nos recursos cota-parte repassados do Governo Federal e do Governo do Estado do Ceará, logo, Transferências Constitucionais e Legais, confrontado com o ano de 2017, sendo este, o ano que teve o menor valor transferido no período de 2017 a 2019. Contudo, o valor de repasses oriundos dos outros entes federativos torna a evoluir em R\$ 1.871.552,04 no ano de 2019, podendo indicar reajuste econômico-inflacionário no montante nesse ano.

Sendo assim, avalia-se que o município demonstrou uma maior arrecadação de tributos municipais no ano de 2018, logo, mostrou-se mais participativo nesse ano, enquanto que nos anos de 2017 e 2019 a arrecadação e participação nas receitas para a apuração do percentual mínimo em ASPS foi mais tímida, ilustrando uma pequena contribuição quando confrontado

com o valor das despesas totais com saúde e principalmente quando se é comparado aos repasses do Estado do Ceará e da União, presentes nas Transferências Constitucionais e Legais.

Tabela 8 - Comportamento das Despesas Executadas no período de 2017 a 2019

	Executado 2017	% 2017	Executado 2018	% 2018	Executado 2019	% 2019
Despesas Correntes	7.560.412,53*	99,79	8.020.168,55*	97,53	7.981.821,38	99,47
Pessoal e Encargos Sociais	3.115.206,37	41,12	3.028.304,99*	36,83	2.819.293,69	35,13
Outras Despesas Correntes	4.445.206,16*	58,67	4.991.863,56*	60,70	5.162.527,69	64,34
Despesas de Capital	15.930,01*	0,21	203.391,50	2,47	42.242,00	0,53
Investimentos	11.595,16*	0,15	203.391,50	2,47	42.242,00	0,53
Amortização da Dívida	4.334,85	0,06	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL	7.576.342,54*	100	8.223.560,05*	100	8.024.063,38	100

Fonte: SIOPS, 2020.

Ao analisar a projeção do total das despesas executadas (somatório das despesas empenhadas e liquidadas) nos anos de 2017 a 2019, verifica-se na Tabela 8, uma alta de R\$ 647.217,51 no valor real das despesas totais do ano 2017 para o ano 2018 e um decréscimo do ano de 2018 para 2019 de R\$ 199.496,67.

Analisando as despesas correntes e de capital, verifica-se que as despesas correntes correspondem aos maiores valores executados no município, equivalendo a 99,79% em 2017, 97,53% em 2018 e 99,47% em 2019, sendo que os dispêndios da unidade “outras despesas correntes”, se caracterizam como os maiores em todos os anos, evoluindo de R\$ 4.445.206,16 em 2017, para R\$ 5.162.527,69 em 2019, demonstrando maior destinação de recursos para o custeio de atividades indiretas em saúde, como, despesas com materiais de consumo, auxílios, diárias e outras despesas correntes sem grupo específico. Contrariamente, as despesas com “pessoal e encargos sociais” reduziram, tanto em valor real como percentualmente nos anos analisados, indo de R\$ 3.115.206,37 (41,12%) em 2017, para 2.819.293,69 (35,13%) em 2019, evidenciando redução no quadro de funcionalismo público.

No tocante as despesas de capital, logo, investimento na estruturação e ampliação na oferta de serviços no campo da saúde, nota-se que em 2018 houve uma destinação “maior” de recursos, sendo de 2,47%, ao se comparar com os anos de 2017 e 2019, sendo de respectivos 0,21% e 0,53%, explicitando que com exceção de 2018, o município pouco investiu para melhorar a qualidade do serviço em saúde.

Tabela 9 - Avaliação entre receitas e despesas - Cálculo em ASPS

	Despesas Totais	- Despesas Não Computadas para fins de Apuração do Percentual Mínimo em ASPS	= Despesas Computadas para fins de Apuração do Percentual Mínimo em ASPS	÷ Receitas para Apuração de Aplicação em ASPS	(×)100 =	Percentual de Aplicação das Receitas sobre as Despesas em ASPS
2017	7.576.342,54*	2.934.612,87*	4.641.729,67	16.212.118,53		28,63
2018	8.223.560,05*	2.878.598,61*	5.344.961,44	17.278.105,68		30,93
2019	8.024.063,38	2.076.450,21	5.947.613,17	17.287.966,24		34,40

Fonte: SIOPS, 2020.

Avaliado o cálculo, é verificado que o percentual das receitas aplicado nas despesas computadas consideradas para ASPS, demonstrou progressão nos anos avaliados, sendo observado que o percentual permaneceu acima dos 15% das receitas utilizadas, correspondente ao montante de caixa livre do município aplicado nas despesas computadas, assim como prevê a Lei Complementar nº 141/2012.

Torna-se evidente na Tabela 9 que os valores das despesas não computadas para fins de apuração diminuíram em R\$ 858.162,66, enquanto que as despesas computadas para fins de apuração do percentual mínimo em ASPS demonstraram aumento de R\$ 1.305.883,50 no período analisado.

O comportamento progressivo das despesas computadas para fins de apuração pode indicar maior utilização das receitas de caixa livre para custeio dessas nos anos de 2018 e 2019, explicando dessa forma o aumento gradativo do percentual de aplicação das receitas municipais nas despesas em ASPS, sendo respectivamente 28,63% em 2017, 30,93% em 2018 e 34,40% em 2019. Atrelado a isso, indica que o município demonstrou uma capacidade de gestão ineficiente dos recursos, assim como falha no detalhamento e divisão dos “itens” de despesas.

4.4. MUNICÍPIO DE BARREIRA

Distante aproximadamente 72 Km da capital Fortaleza, o município possui segundo dados do IBGE (2019) 260.003 km² de área, IDH de 0,616 em 2010 e PIB *per capita* de R\$ 6.958,94 em 2018. Ao se falar no total de habitantes, segundo o indicador municipal do SIOPS, sua população em 2017, 2018 e 2019 eram de respectivamente 20.978, 20.978, 22.362

habitantes, enquanto a despesa total por habitante em saúde nesses anos fora de R\$ 486,81 em 2017, R\$ 575,75 em 2018 e R\$ 672,60 em 2019.

4.4.1. Análise dos montantes em saúde - Município de Barreira

Tabela 10 - Receitas Totais realizadas para apuração no percentual mínimo em ASPS no período de 2017 a 2019

	Realizado 2017	% 2017	Realizado 2018	% 2018	Realizado 2019	% 2019
Impostos Municipais	975.095,24	4,40	1.252.386,40	5,30	1.529.591,03	6,03
Transferências Constitucionais e Legais	21.161.629,61	95,60	22.345.425,20	94,70	23.818.977,05	93,97
TOTAL	22.136.724,85	100	23.597.811,60	100	25.348.568,08	100

Fonte: SIOPS, 2020.

Analisada a projeção na Tabela 10, das receitas realizadas do município de Barreira no período de 2017 a 2019, é avaliado que o total de receitas (caixa livre), composta pelos impostos líquidos e pelas Transferências Constitucionais e Legais tiveram ganhos progressivos a cada ano.

Verifica-se que participação municipal através dos impostos líquidos, progrediu a cada ano analisado, tanto em valor real, como no percentual, evoluindo de R\$ 975.095,24 com participação de 4,40% nas receitas totais em 2017, para R\$ 1.529.591,03 com participação de 6,03% em 2019, ilustrando que o município em questão mostrou constância na retenção/arrecadação de recursos tributários no período.

É observado que as receitas provenientes das Transferências Constitucionais e Legais, logo, recursos cota-parte repassados da União e do Estado do Ceará, sofreram um aumento de recursos entre os anos de 2017 a 2019, entretanto, confrontando os valores reais com os percentuais, é percebido que não há um aumento real nos anos 2017, 2018 e 2019, equivalendo respectivamente a 95,60%, 94,70% e 93,97%, dessa forma, nota-se que a evolução no montante transferido foi reflexo da situação econômica do país nesse período.

Avalia-se, portanto, que mesmo progredindo a arrecadação das receitas municipais, o município possuiu no período uma baixa contribuição quando exposto as Transferências Constitucionais e Legais do Governo do Estado do Ceará e da União, assim também quando exposto o valor total das despesas com saúde anuais.

Tabela 11 - Comportamento das Despesas Executadas no período de 2017 a 2019

	Executado 2017	% 2017	Executado 2018	% 2018	Executado 2019	% 2019
--	---------------------------	-------------------	---------------------------	-------------------	---------------------------	-------------------

Despesas Correntes	9.755.293,35*	95,82	10.776.550,70*	89,75	14.861.566,04*	99,15
Pessoal e Encargos Sociais	4.889.411,99	48,02	3.655.185,15	30,44	6.799.120,05	45,36
Outras Despesas Correntes	4.865.881,36*	47,80	7.121.365,84*	59,31	8.062.445,99*	53,79
Despesas de Capital	425.861,06*	4,18	1.230.902,35*	10,25	127.467,51	0,85
Investimentos	425.861,06*	4,18	1.230.902,35*	10,25	127.467,51	0,85
TOTAL	10.181.154,41*	100	12.007.453,34*	100	14.989.033,55*	100

Fonte: SIOPS, 2020.

Feita a projeção do total das despesas executadas (somatório das despesas empenhadas e liquidadas), na Tabela 11, é possível verificar que o total das despesas progrediu a cada ano no período de 2017 a 2019, sendo o executado com as despesas correntes as principais despesas, mesmo essa tendo sofrido queda no ano de 2018 (89,75%) ao ser comparada com os anos de 2017 (95,82%) e 2019 (99,15%).

Constata-se nas despesas correntes do ano de 2017 que o executado com “pessoal e encargos sociais” e a unidade “outras despesas correntes” tiveram um equilíbrio de contas, sendo destinado, respectivamente, R\$ 4.889.411,99 e R\$ 4.865.881,36 dos recursos. Contudo, nota-se que nos anos posteriores a maior fonte das despesas correntes tornou-se a unidade “outras despesas correntes”, equivalendo a 59,31% e 53,79% nos anos de 2018 e 2019, enquanto que as despesas com o funcionalismo público reduziram em 2018, equivalendo somente a 30,44% dos recursos das despesas correntes e tornou a evoluir em 2019, com participação de 45,36% das despesas e acréscimo de R\$ 3.143.934,90 ao comparado com destinado em 2018.

É observado que os recursos destinados para o investimento da saúde, logo, despesas de capital, sofreram oscilações durante os anos analisados. Apresentando o maior investimento no exercício de 2018 o município destinou R\$ 1.230.902,35, equivalente a aproximadamente 10,25% das despesas totais; seguido de 2017 com aproximadamente 4,18% das despesas totais destinados a investimentos e 2019, com aproximadamente 0,85% das despesas totais destinados a investimentos, demonstrando pouca destinação de recursos para estruturação e ampliação na oferta de serviços no campo da saúde.

Tabela 12 - Avaliação entre receitas e despesas - Cálculo em ASPS

Despesas Totais	-	Despesas Não Computadas para fins de Apuração do Percentual	=	Despesas Computadas para fins de Apuração do Percentual	÷	Receitas para Apuração de Aplicação em ASPS	$(\times)100$ =	Percentual de Aplicação das Receitas
------------------------	---	--	---	--	---	--	--------------------	---

		Mínimo em ASPS	Mínimo em ASPS		sobre as Despesas em ASPs
2017	10.181.154,41*	4.704.879,55*	5.476.274,86	22.136.724,85	24,73
2018	12.007.453,34*	5.762.836,29*	6.244.617,05	23.597.811,60	26,46
2019	14.989.033,55*	7.825.528,21	7.163.505,34	25.348.568,08	28,26

Fonte: SIOPS, 2020

Avaliado o cálculo, é verificado que o percentual das receitas aplicado nas despesas computadas consideradas para ASPs, demonstrou progressão nos anos avaliados, sendo observado na Tabela 12, que o percentual foi de 24,73% em 2017, 26,46% em 2018 e 28,26% em 2019, permanecendo assim, acima dos 15% das receitas utilizadas, correspondente ao montante de caixa livre do município aplicado nas despesas computadas, assim como prevê a Lei Complementar nº 141/2012.

Demonstrando que o município destinou mais recursos para ambas despesas no período avaliado, constata-se que os valores das despesas não computadas para fins de apuração evoluiu a cada ano, sendo de R\$ 4.704.879,55 em 2017, R\$ 5.762.836,29 em 2018 e R\$ 7.825.528,21 em 2019 e ao mesmo compasso, as despesas computadas para fins de apuração também evoluíram de R\$ 5.476.274,86 em 2017, para R\$ 6.244.617,05 em 2018 e R\$ 7.163.505,34 em 2019, influenciando assim no crescimento de 3,53% do percentual de aplicação das receitas sobre as despesas em ASPs.

Dessa forma, identifica-se aumento de ambas despesas no período, contudo, nota-se um maior valor das despesas computadas em relação as despesas não computadas, que se tornou evidente também no seu percentual de aplicação, onde tal fato pode indicar ineficiência na capacidade da gestão dos recursos, assim como falha no detalhamento e divisão dos “itens” de despesas.

4.5. MUNICÍPIO DE BATURITÉ

Distante aproximadamente 94,1 Km da capital Fortaleza, o município possui segundo dados do IBGE (2019) 314.075 km² de área, IDH de 0,619 em 2010 e PIB *per capita* de R\$ 9.114,77 em 2018. Ao se falar no total de habitantes, segundo o indicador municipal do SIOPS, sua população em 2017, 2018 e 2019 eram de respectivamente 35.351, 35.351, 35.575 habitantes, enquanto a despesa total por habitante em saúde nesses anos fora de R\$ 725,61 em 2017, R\$ 813,96 em 2018 e R\$ 807,67 em 2019.

4.5.1. Análise dos montantes em saúde - Município de Baturité

Tabela 13 - Receitas Totais realizadas para apuração no percentual mínimo em ASPS no período de 2017 a 2019

	Realizado 2017	% 2017	Realizado 2018	% 2018	Realizado 2019	% 2019
Impostos Municipais	3.960.722,14	12,46	4.017.191,58	12,46	4.661.356,57	13,19
Transferências Constitucionais e Legais	27.831.254,62	87,54	28.227.509,13	87,54	30.692.579,96	86,81
TOTAL	31.791.976,76	100	32.244.700,71	100	35.353.936,53	100

Fonte: SIOPS, 2020.

Realizada a projeção das receitas realizadas do município de Baturité é observado, na Tabela 13, que o total de receitas (caixa livre), composta pelos impostos líquidos e pelas Transferências Constitucionais e Legais teve uma maior evolução no ano de 2019, perpassando o valor de R\$ 3.109.235,82 do montante de receitas total do ano anterior, enquanto, do ano de 2017 para 2018, o montante de receitas totais evoluiu R\$ 452.723,95.

Verifica-se que participação municipal, através dos impostos líquidos e a participação das receitas advindas dos recursos cota-parte repassados da União e do Governo do estado do Ceará na receita total do município mantiveram-se idênticas nos anos de 2017 e 2018, mesmo com acréscimo no montante real, equivalendo os impostos líquidos a um percentual de 12,46% e as transferências constitucionais a 87,54% nos dois anos. Em 2019, as receitas tornaram a aumentar, equivalendo a 13,19% das receitas totais, enquanto, as transferências constitucionais diminuíram, equivalendo a 86,81%.

Dessa forma, avalia-se que embora as receitas líquidas tenham aumentado, o município não demonstrou um aumento gradativo de recursos nos anos de 2017 e 2018, mas sim estagnação, assim também, como não demonstrou progresso nas transferências constitucionais oriundas dos outros entes, mesmo essa tendo evoluído no período analisado, mas sim, uma equivalência de recursos feita dentro da perspectiva inflacionária e econômica do país. Para além disso, observa-se que o município tem uma participação relevante no total de receitas para aplicação do percentual mínimo em ASPS, todavia, é observado também que o valor repassado é fundamental para o custeio dos gastos em saúde.

Tabela 14 - Comportamento das Despesas Executadas no período de 2017 a 2019

	Executado 2017	% 2017	Executado 2018	% 2018	Executado 2019	% 2019
Despesas Correntes	24.752.001,22*	98,72	26.588.265,64*	94,70	27.605.754,48*	98,46

Tabela 14 - Comportamento das Despesas Executadas no período de 2017 a 2019

Pessoal e Encargos Sociais	12.534.445,78	49,99	12.040.948,32	42,89	12.569.356,34*	44,83
Outras Despesas Correntes	12.217.555,44*	48,73	14.547.317,32*	51,81	15.036.398,14*	53,63
Despesas de Capital	321.024,84	1,28	1.488.895,21*	5,30	431.263,57*	1,54
Investimentos	321.024,84	1,28	1.488.895,21*	5,30	431.263,57*	1,54
TOTAL	25.073.026,06*	100	28.077.160,85*	100	28.037.018,05*	100

Fonte: SIOPS, 2020.

Realizada a projeção do total das despesas executadas (somatório das despesas empenhadas e liquidadas), é possível verificar, na Tabela 14, uma evolução no total de R\$ 3.004.134,79 no exercício de 2018 em comparação com 2017 e uma constância (diferença de R\$ 40.142,80) do total executado em 2019 comparado com 2018.

As despesas correntes, por sua vez mantiveram-se como as maiores, representando 98,72% das despesas em 2017, 94,70% em 2018 e 98,46% em 2019 com evolução de R\$ 2.853.753,26 no período de 2017 a 2019. As despesas com “pessoal e encargos sociais” demonstrou redução em 2018 (42,89%) e aumento em 2019 (44,83%), contudo, continuaram representando menor participação quando visto o ano de 2017 (49,99%). A unidade “outras despesas correntes” tornaram-se a principal fonte de despesas correntes, equivalendo a 51,81% em 2018 e 53,63% em 2019, ilustrando, dessa forma, um aumento na destinação de recursos para o custeio de despesas com materiais de consumo, auxílios, diárias e outras despesas correntes sem grupo específico, logo, atividades indiretas em saúde.

As despesas de capital mostraram evolução de 1,28% em 2017 para 5,30% em 2018 e diminuição para o ano de 2019, equivalendo a 1,54% das despesas totais, caracterizando assim, maior investimento na rede de saúde no ano de 2018 uma pequena estruturação nos demais anos tendo em vista as despesas correntes.

Tabela 15 - Avaliação entre receitas e despesas - Cálculo em ASPS

	Despesas Totais	-	Despesas Não Computadas para fins de Apuração do Percentual Mínimo em ASPS	=	Despesas Computadas para fins de Apuração do Percentual Mínimo em ASPS	÷	Receitas para Apuração de Aplicação em ASPS	(x)100 =	Percentual de Aplicação das Receitas sobre as Despesas em ASPS
2017	25.073.026,06*		17.170.287,30*		7.902.738,76		31.791.976,76		24,85
2018	28.077.160,85*		17.540.694,95*		10.536.465,90		32.244.700,71		32,68

Tabela 15 - Avaliação entre receitas e despesas - Cálculo em ASPS

2019	28.037.018,05*	19.141.373,25*	8.895.644,80	35.353.936,53	25,16
-------------	----------------	----------------	--------------	---------------	--------------

Fonte: SIOPS, 2020

Avaliado o cálculo, na Tabela 15, é verificado que o percentual das receitas aplicado nas despesas computadas consideradas para ASPS, demonstrou variação, sendo observado percentuais de 24,85% em 2017, 32,68% em 2018 e 25,16% em 2019, entretanto, nota-se que o percentual permaneceu acima dos 15% das receitas utilizadas, correspondente ao montante de caixa livre do município aplicado nas despesas computadas, assim como prevê a Lei Complementar nº 141/2012.

É observado que os valores das despesas não computadas e despesas computadas para fins de apuração do percentual mínimo em ASPS progrediram em 2018, equivalendo a R\$ 17.540.694,95 R\$ 10.536.465,90 cada, porém, observa-se foi registrado um acréscimo de R\$ 2.633.727,14, registrando portanto, um aumento nas despesas computadas e conseqüentemente um aumento do percentual relacionado ao custeio dessas despesas através das receitas de caixa livre, Contrariamente, em 2019, as despesas não computadas demonstrou aumento de R\$ 1.600.678,30 ao mesmo tempo que as despesas computadas diminuíram em R\$ 1.640.821,10 considerando o registrado em 2018, refletindo, dessa forma, na regressão do percentual relacionado ao custeio dessas despesas através das receitas de caixa livre.

Portanto, conclui-se que houve um aumento das despesas no ano de 2018, sendo destinado mais recursos para ações e serviços exclusivos a saúde, assim como para atividades que dão suporte a essas ações e serviços. Conclui-se também que o “baixo” percentual de aplicação das receitas sobre as despesas em ASPS, dentro da realidade municipal, pode indicar boa capacidade de gestão dos recursos, assim como uma adequada divisão e especificidade de cada despesa.

4.6. MUNICÍPIO DE CAPISTRANO

Distante aproximadamente 98,7 Km da capital Fortaleza, o município possui segundo dados do IBGE (2019) 226.549 km² de área, IDH de 0,611 em 2010 e PIB *per capita* de R\$ 9.827,07 em 2018. Ao se falar no total de habitantes, segundo o indicador municipal do SIOPS, sua população em 2017, 2018 e 2019 eram de respectivamente 17.668, 17.668, 17.793 habitantes, enquanto a despesa total por habitante em saúde nesses anos fora de R\$ 680,30 em 2017, R\$ 649,73 em 2018 e R\$ 857,00 em 2019.

4.6.1. Análise dos montantes em saúde - Município de Capistrano

Tabela 16 - Receitas Totais realizadas para apuração no percentual mínimo em ASPS no período de 2017 a 2019

	Realizado 2017	% 2017	Realizado 2018	% 2018	Realizado 2019	% 2019
Impostos Municipais	557.658,49	2,63	1.175.799,05	4,86	1.436.302,04	5,62
Transferências Constitucionais e Legais	20.666.592,00	97,37	23.040.540,51	95,14	24.095.684,58	94,38
TOTAL	21.224.250,49	100	24.216.339,56	100	25.531.986,62	100

Fonte: SIOPS, 2020.

Verificada a projeção de recursos do caixa livre do município de Capistrano, é notado, na Tabela 16, que a receita total realizada, composta pelos impostos líquidos e pelas Transferências Constitucionais e Legais teve ganhos progressivos no período de 2017 a 2019.

Observa-se que participação municipal através das receitas de impostos líquidos progrediu de R\$ 557.658,49, cerca de 2,63% da receita total em 2017, para R\$ 1.436.302,04, cerca de 5,62% da receita total em 2019, representando uma progressão de 2,99% aproximadamente. No mesmo período, as receitas advindas dos repasses constitucionais e legais do Estado e da União mantiveram-se em queda mesmo com aumento real de recursos, representando aproximadamente 97,37% da receita total em 2017, com R\$ 20.666.592,00 de repasse, para 94,38% do total da receita em 2019, com R\$ 24.095.684,58 repassados ao município, sendo observado, portanto, uma regressão aproximada de 2,99%.

Avalia-se, dessa forma, que embora mesmo com maior retenção de impostos líquidos e que a participação municipal tenha aumentado, o município de Capistrano possui uma contribuição pequena quando se expõe o valor total das despesas com saúde e principalmente quando comparada aos repasses do Estado do Ceará e da União, presentes nas Transferências Constitucionais e Legais que são essenciais para custear os gastos em saúde.

Tabela 17 - Comportamento das Despesas Executadas no período de 2017 a 2019

	Executado 2017	% 2017	Executado 2018	% 2018	Executado 2019	% 2019
Despesas Correntes	11.348.031,74*	97,18	10.910.355,72*	99,46	13.069.401,42*	88,52
Pessoal e Encargos Sociais	6.454.152,78*	55,27	7.597.347,85*	69,26	7.085.562,29	47,99
Outras Despesas Correntes	4.893.878,96*	41,91	3.313.007,87*	30,20	5.983.839,13*	40,53
Despesas de Capital	329.586,85*	2,82	59.725,00	0,54	1.694.943,78*	11,48

Tabela 17 - Comportamento das Despesas Executadas no período de 2017 a 2019

Investimentos	329.586,85*	2,82	59.725,00	0,54	1.694.943,78*	11,48
TOTAL	11.677.618,59*	100	10.970.080,72*	100	14.764.345,20*	100

Fonte: SIOPS, 2020.

Ao analisar a projeção no período de 2017 a 2019 do total das despesas executadas (somatório das despesas empenhadas e liquidadas), na Tabela 17, nota-se, que o total das despesas mostrou uma redução no montante de R\$ 707.537,87 no ano de 2018 em relação a 2017 e um aumento de R\$ 3.794.264,48 no exercício de 2019 comparado com o total de 2018.

Como maiores despesas municipais, as despesas correntes, representaram 97,18% do valor total em 2017, 99,46% do total em 2018 e 88,52% do total das despesas em 2019, o menor percentual em 2019, pode ser explicado pela maior representação das despesas de capital no exercício.

Registrando as maiores despesas correntes, a unidade “pessoal e encargos sociais” teve redução de 7,28% ao comparar os anos de 2017 e 2019, no entanto, observa-se que o funcionalismo público representou 55,27%, 69,26% e 47,99% do valor das despesas correntes nos exercícios de 2017, 2018 e 2019, ilustrando, maior destinação de recursos para remuneração do pessoal ativo, inativo e pensionistas ligados a saúde.

Os investimentos realizados, representados pelas despesas de capital, mostraram queda de 2,28% em 2018 em relação ao investido em 2017, demonstrando redução na estruturação e ampliação na oferta de serviços no campo da saúde. Contudo, em 2019, observa-se um crescimento das despesas de capital de 10,94% comparado com o executado em 2018, ilustrando que foram destinados mais recursos para serem investidos em saúde.

Tabela 18 - Avaliação entre receitas e despesas - Cálculo em ASPS

	Despesas Totais	-	Despesas Não Computadas para fins de Apuração do Percentual Mínimo em ASPS	=	Despesas Computadas para fins de Apuração do Percentual Mínimo em ASPS	÷	Receitas para Apuração de Aplicação em ASPS	(×)100 =	Percentual de Aplicação das Receitas sobre as Despesas em ASPS
2017	11.677.618,59*		5.400.310,13*		6.277.308,46		21.224.250,49		29,57
2018	10.970.080,72*		5.412.198,08*		5.557.882,64		24.216.339,56		22,95
2019	14.764.345,20*		7.301.695,52*		7.462.649,68		25.531.986,62		29,22

Fonte: SIOPS, 2020

Avaliado o cálculo, é verificado que o percentual das receitas aplicada nas despesas computadas consideradas para ASPS, demonstrou variação nos anos avaliados, entretanto, é possível observar que o percentual permaneceu acima dos 15% das receitas utilizadas, correspondente ao montante de caixa livre do município aplicado nas despesas computadas, assim como prevê a Lei Complementar nº 141/2012.

Verifica-se na Tabela 18 que os valores das despesas não computadas para fins de apuração permanecem semelhantes entre 2017 (R\$ 5.400.310,13) e 2018 (R\$ 5.412.198,08), enquanto que os valores das despesas computadas para fins de apuração do percentual mínimo em ASPS diminuiu em 2018 confrontado com 2017, afetando dessa forma o percentual de aplicação das receitas municipais nas despesas consideradas em ASPS, que de 29,57% em 2017 reduziu para 22,95% em 2018. Todavia, é notado no exercício de 2019, que as despesas não computadas evoluíram em R\$ 1.889.497,44, enquanto as despesas computadas evoluíram em R\$ 1.904.767,04, refletindo, portanto, no aumento de 6,27% do percentual de aplicação das receitas municipais nas despesas em ASPS em 2019 em relação a 2018.

Desse modo, é verificado que ambas despesas evoluíram avaliando todo o período, mostrando equilíbrio na divisão de recursos em 2018 e 2019, no entanto, a evolução das despesas computadas para fins de apuração, ilustra que o município está custeando mais despesas com os recursos de caixa livre, podendo indicar, ineficiência na capacidade de gestão dos recursos, assim como falha no detalhamento e divisão dos “itens” de despesas.

4.7. MUNICÍPIO DE GUARAMIRANGA

Distante aproximadamente 105,5 Km da capital Fortaleza, o município possui segundo dados do IBGE (2019) 90.817 km² de área, IDH de 0,637 em 2010 e PIB *per capita* de R\$ 16.087,25 em 2018. Ao se falar no total de habitantes, segundo o indicador municipal do SIOPS, sua população em 2017, 2018 e 2019 eram de respectivamente 3.547, 3.547, 3.595 habitantes, enquanto a despesa total por habitante em saúde nesses anos fora de R\$ 1.503,44 em 2017, R\$ 1.687,26 em 2018 e R\$ 1.742,50 em 2019.

4.7.1. Análise dos montantes em saúde - Município de Guaramiranga

Tabela 19 - Receitas Totais realizadas para apuração no percentual mínimo em ASPS no período de 2017 a 2019

	Realizado 2017	% 2017	Realizado 2018	% 2018	Realizado 2019	% 2019
Impostos Municipais	1.906.784,15	14,71	2.008.134,72	13,63	2.159.177,41	13,68

Tabela 19 - Receitas Totais realizadas para apuração no percentual mínimo em ASPS no período de 2017 a 2019

Transferências Constitucionais e Legais	11.051.841,71	85,29	12.724.239,68	86,37	13.631.480,56	86,32
TOTAL	12.958.625,86	100	14.732.374,40	100	15.790.657,97	100

Fonte: SIOPS, 2020.

Analisada a projeção das receitas realizadas do município entre 2017 a 2019, é notado, na Tabela 19, que o total de receitas realizadas, logo, recursos do caixa livre, composto pelo somatório dos impostos líquidos e pelas Transferências Constitucionais e Legais tiveram ganhos progressivos a cada ano.

Verifica-se que participação municipal através dos impostos líquidos, mostrou diminuição em 2018 e 2019 ao ser comparado com 2017. Mesmo com alta na retenção de recursos, os percentuais de participação da receita total ficaram em 13,63% em 2017 e 13,68% em 2018, enquanto em 2017 o percentual ficou em 14,71%.

No mesmo período, observa-se que as receitas provenientes das Transferências Constitucionais e Legais, que são recursos cota-parte repassados da União e do Governo do Estado do Ceará, sofreram um leve aumento na receita em 2018 e 2019 ao comparado com 2017 (equivalente a 85,29% da receita total) e seus percentuais permaneceram semelhantes nos mesmos anos, equivalendo aproximadamente 86,37% e 86,32% da receita total realizada.

Avalia-se, portanto, que mesmo em alta nas receitas de arrecadação e das receitas de transferências dos outros entes federativos, o município demonstrou como o cenário econômico nacional influenciou na desvalorização dos recursos nos anos analisados. Para além disso, nota-se que o município tem uma participação relevante no total de receitas para aplicação do percentual mínimo em ASPS, contudo, o valor repassado é fundamental para o custeio dos gastos em saúde.

Tabela 20 - Comportamento das Despesas Executadas no período de 2017 a 2019

	Executado 2017	% 2017	Executado 2018	% 2018	Executado 2019	% 2019
Despesas Correntes	4.808.404,47*	90,17	5.423.211,38*	93,06	5.787.520,44*	94,28
Pessoal e Encargos Sociais	3.552.716,47	66,62	3.537.848,50	60,71	3.596.636,94	58,59
Outras Despesas Correntes	1.255.688,00*	23,55	1.885.362,88*	32,35	2.190.883,50*	35,69
Despesas de Capital	524.313,19*	9,83	404.308,32	6,94	351.156,06	5,72
Investimentos	524.313,19*	9,83	404.308,32	6,94	351.156,06	5,72
TOTAL	5.332.717,66*	100	5.827.519,70*	100	6.138.676,50*	100

Fonte: SIOPS, 2020.

Realizada a projeção, na Tabela 20, do total das despesas (somatório das despesas empenhadas e liquidadas) da execução orçamentária no período de 2017 a 2019, é observado uma progressão a cada ano no total dessas no período avaliado, equivalendo a um montante de R\$ 805.958,84 de diferença, do exercício de 2017 para o de 2019.

As despesas correntes, por sua vez, mostraram uma evolução de 4,11% no período de 2017 a 2019, demonstrando como observado na Tabela 20 crescimentos anuais, corroborando assim, como as maiores despesas em saúde do município. As despesas com “pessoal e encargos sociais”, logo, remunerações do pessoal ativo, inativo e pensionistas ligados a saúde, fora no período, a principal fonte das despesas correntes, representando os totais de 66,62% em 2017, 60,71% em 2018 e 58,59% em 2019. Contudo, observa-se que o setor teve um decréscimo de 8,03% no período analisado.

As despesas de capital, igualmente, demonstraram queda de 4,11% no período avaliado. Sendo destinado montantes de R\$ 524.313,19 em 2017, R\$ 404.308,32 em 2018 e R\$ 351.156,06 em 2019, nota-se, dessa forma, redução progressiva de investimentos na estruturação e ampliação na oferta de serviços no campo da saúde a cada ano.

Tabela 21 - Avaliação entre receitas e despesas - Cálculo em ASPS

	Despesas Totais	- Despesas Não Computadas para fins de Apuração do Percentual Mínimo em ASPS	= Despesas Computadas para fins de Apuração do Percentual Mínimo em ASPS	÷ Receitas para Apuração de Aplicação em ASPS	(×)100 =	Percentual de Aplicação das Receitas sobre as Despesas em ASPS
2017	5.332.717,66*	1.795.455,53*	3.537.262,13	12.958.625,86		27,29
2018	5.827.519,70*	3.082.481,75*	2.745.037,95	14.732.374,40		18,63
2019	6.138.676,50*	2.390.282,74*	3.748.393,76	15.790.657,97		23,73

Fonte: SIOPS, 2020

Avaliado o cálculo, é verificado, na Tabela 21, que o percentual das receitas aplicado nas despesas computadas consideradas para ASPS, demonstrou variação nos anos avaliados, entretanto, é possível observar que o percentual permaneceu acima dos 15% das receitas utilizadas, correspondente ao montante de caixa livre do município aplicado nas despesas computadas, assim como prevê a Lei Complementar nº 141/2012.

É possível verificar que em 2018 o percentual de aplicação das receitas sobre as despesas em ASPS foi de 18,63%, sendo assim, o menor no período, tendo em vista o percentual de

aplicação de 2017, que foi de 27,29%. Tal efeito ocorreu devido a dois fatores, sendo o primeiro referente ao acréscimo de R\$ 1.287.026,22 no valor das despesas não computadas em 2018, em comparação com as mesmas despesas em 2017 e o segundo fator torna-se referente ao decréscimo de R\$ 792.224,18 nas despesas computadas em 2018 em comparação com 2017. Contudo, em 2019, o percentual torna a subir para 23,73% devido a evolução de R\$ 1.003.355,58 nas despesas computadas e diminuição de R\$ 692.199,01 das despesas não computadas em relação ao ano anterior.

Sendo assim, verifica-se que a diminuição dos percentuais de aplicação das receitas sobre as despesas em ASPS no exercício de 2018 em relação a 2017, pode indicar, melhoria da capacidade de gestão dos recursos, enquanto, o aumento desse percentual no exercício de 2019, pode indicar que o município destinou mais recursos para as ações e serviços considerados exclusivos da saúde ou falha no detalhamento e divisão das despesas.

4.8. MUNICÍPIO DE ITAPIÚNA

Distante aproximadamente 109,8 Km da capital Fortaleza, o município possui segundo dados do IBGE (2019) 593.231 km² de área, IDH de 0,604 em 2010 e PIB *per capita* de R\$ 6.523,57 em 2018. Ao se falar no total de habitantes, segundo o indicador municipal do SIOPS, sua população em 2017, 2018 e 2019 eram de respectivamente 20.014, 20.014, 20.133 habitantes, enquanto a despesa total por habitante em saúde nesses anos fora de R\$ 605,91 em 2017, R\$ 585,39 em 2018 e R\$ 676,56 em 2019.

4.8.1. Análise dos montantes em saúde - Município de Itapiúna

Tabela 22 - Receitas Totais realizadas para apuração no percentual mínimo em ASPS no período de 2017 a 2019

	Realizado 2017	% 2017	Realizado 2018	% 2018	Realizado 2019	% 2019
Impostos Municipais	1.025.332,46	4,56	1.343.987,38	6,21	1.058.532,41	4,30
Transferências Constitucionais e Legais	21.459.563,99	95,44	20.298.822,44	93,79	23.525.580,65	95,70
TOTAL	22.484.896,45	100	21.642.809,82	100	24.584.113,06	100

Fonte: SIOPS, 2020.

Realizada a projeção das receitas realizadas, na Tabela 22, é verificado que o total de receitas do caixa livre do município de Itapiúna, composto pelos impostos líquidos e pelas Transferências Constitucionais e Legais tiveram oscilações no período analisado, demonstrando queda de R\$ 842.086,63 na receita total em 2018 em relação a 2017 e evolução de R\$

2.941.303,24 no total de receitas em 2019 em comparação com 2018. É verificado também oscilações na receita de impostos líquidos e nas receitas de transferências constitucionais.

Registrado o maior valor no período de 2018, a receita de impostos líquidos somou um montante de R\$ 1.343.987,38, representando aproximadamente 6,21% da receita total, superior em R\$ 318.654,92 na arrecadação e 1,65% na participação municipal considerando o ano de 2017 e em R\$ 285.454,97 na arrecadação e 1,91% no percentual de participação municipal considerando o ano de 2019.

Diferentemente das receitas de arrecadação, as receitas de repasses constitucionais tiveram queda no registro de recursos no ano de 2018 em comparação com o ano de 2017, com montante de R\$ 20.298.822,44 e equivalendo a 93,79% da receita total, nota-se uma diminuição de repasses de R\$ 1.160.741,55 e diminuição de 1,65% no percentual de participação. No exercício de 2019, observa-se que acréscimo real de R\$ 3.226.758,21 no montante repassado, entretanto, nota-se que o valor das receitas compôs 95,70% das receitas totais realizadas, sendo semelhante ao ano de 2017, onde as receitas de repasse equivaleram a 95,44% da receita total.

Dessa forma, avalia-se que o município apresentou variação na arrecadação de impostos líquidos e junto a isso, é observado que tal contribuição municipal é pequena quando exposto as despesas de saúde municipal. Para além disso, verifica-se que as receitas de repasse, logo, Transferências Constitucionais e Legais, mesmo com queda em 2018, apresentaram equivalência nos anos de 2017 e 2019, indicando que mesmo com evolução real no montante o valor repassado foi equivalente, quer seja pela desvalorização da moeda, quer seja pela perspectiva econômica do país no período, todavia, essas se apresentaram como fundamentais ao município para o custeio das despesas em saúde.

Tabela 23 - Comportamento das Despesas Executadas no período de 2017 a 2019

	Executado 2017	% 2017	Executado 2018	% 2018	Executado 2019	% 2019
Despesas Correntes	11.563.613,64*	98,22	11.162.634,92*	99,99	12.390.809,95	93,80
Pessoal e Encargos Sociais	7.880.626,39	66,94	7.489.881,32	67,09	6.581.619,79	49,82
Outras Despesas Correntes	3.682.987,25*	31,28	3.672.753,60*	32,90	5.809.190,16*	43,98
Despesas de Capital	209.027,02	1,78	174,00	0,00	819.190,19*	6,20
Investimentos	209.027,02	1,78	174,00	0,00	819.190,19*	6,20
TOTAL	11.772.640,66*	100	11.162.808,92*	100	13.210.000,14*	100

Fonte: SIOPS, 2020.

Feita a projeção do total das despesas executadas (somatório das despesas empenhadas e liquidadas), é possível verificar, na Tabela 23, uma regressão de R\$ 609.831,74 no montante da despesa total em 2018 em comparação com 2017 e um acréscimo de R\$ 2.047.191,22 na despesa total de 2019 em relação a 2018.

No período analisado, as despesas correntes, equivaleram respectivamente a 98,22%, 99,99% e 93,80% das despesas totais em 2017, 2018 e 2019, mostrando-se como as maiores, mesmo com decréscimo de R\$ 400.978,72 na execução orçamentária de 2018 em relação a 2017. As despesas com “pessoal e encargos sociais” mostrou-se como a principal fonte de despesas nesse período, equivalendo das despesas correntes índices de 66,94% em 2017, 67,09% em 2018 e 49,82% em 2019, sendo verificado expressiva destinação de recursos para a remuneração do pessoal ativo, inativo e pensionista ligados a saúde nos anos de 2017 e 2018.

As despesas de capital, referente a investimentos no campo da saúde, demonstrou evolução de 1,78% em 2017 para 6,30% em 2019, entretanto, no exercício de 2018 não fora computado nenhuma despesa de capital, demonstrando pouco investimento na estruturação e ampliação na oferta de serviços no campo da saúde nesse ano.

Tabela 24 - Avaliação entre receitas e despesas - Cálculo em ASPS

	Despesas Totais	- Despesas Não Computadas para fins de Apuração do Percentual Mínimo em ASPS	= Despesas Computadas para fins de Apuração do Percentual Mínimo em ASPS	÷ Receitas para Apuração de Aplicação em ASPS	(×)100 =	Percentual de Aplicação das Receitas sobre as Despesas em ASPS
2017	11.772.640,66*	4.414.050,02*	7.358.590,64	22.484.896,45		32,72
2018	11.162.808,92*	5.194.681,50*	5.968.127,42	21.642.809,82		27,57
2019	13.210.000,14*	5.544.280,34*	7.665.719,80	24.584.113,06		31,18

Fonte: SIOPS, 2020

A avaliação do Cálculo em ASPS aponta que o percentual aplicado nas despesas computadas em ASPS reduziu de 2017 para 2019, mesmo demonstrando aumento em 2018, contudo, observar-se que todos permaneceram acima dos 15% das receitas, correspondente ao montante de caixa livre do município aplicado nas despesas computadas, assim como prevê a Lei Complementar nº 141/2012.

Avaliada a Tabela 24, nota-se que os valores das despesas não computadas para fins de apuração do percentual mínimo em ASPS evoluíram em R\$ 1.130.230,02 no período analisado, sofrendo evoluções de R\$ 780.631,48 do exercício de 2017 para de 2018 e de R\$ 349.598,84

do exercício de 2018 para o de 2019. Enquanto aos valores das despesas computadas para fins de apuração do percentual mínimo em ASPS no período avaliado, verifica-se uma redução no valor dessas despesas de R\$ 1.390.463,22 do ano de 2017 para 2018 e uma evolução de R\$ 1.697.592,38 de 2018 para 2019, tal variação, implicou no percentual de aplicação das receitas municipais nas despesas em ASPS, que em 2017 fora de 32,72%, em 2018 fora de 27,57% e em 2019 fora de 31,18%.

O comportamento das despesas indica que para além da variação, os custeios de ambas despesas aumentaram no período, contudo, o maior valor das despesas computadas, observando também seu percentual pode indicar ou um real aumento dessas, ou ineficiência na capacidade de gestão dos recursos, assim como falha no detalhamento e divisão dos “itens” de despesas.

4.9. MUNICÍPIO DE MULUNGU

Distante aproximadamente 115,6 Km da capital Fortaleza, o município possui segundo dados do IBGE (2019) 97.951 km² de área, IDH de 0,606 em 2010 e PIB *per capita* de R\$ 9.079,87 em 2018. Ao se falar no total de habitantes, segundo o indicador municipal do SIOPS, sua população em 2017, 2018 e 2019 eram de respectivamente 12.831, 12.831, 12.892 habitantes, enquanto a despesa total por habitante em saúde nesses anos fora de R\$ 606,44 em 2017, R\$ 628,13 em 2018 e R\$ 696,35 em 2019.

4.9.1. Análise dos montantes em saúde - Município de Mulungu

Tabela 25 - Receitas Totais realizadas para apuração no percentual mínimo em ASPS no período de 2017 a 2019

	Realizado 2017	% 2017	Realizado 2018	% 2018	Realizado 2019	% 2019
Impostos Municipais	643.384,67	4,49	2.021.889,56	11,44	1.112.095,02	6,19
Transferências Constitucionais e Legais	13.690.555,79	95,51	15.644.178,37	88,56	16.851.237,97	93,81
TOTAL	14.333.940,46	100	17.666.067,93	100	17.963.332,99	100

Fonte: SIOPS, 2020.

Realizada o comportamento das receitas realizadas, é avaliado, na Tabela 25, que o total de receitas para apuração do percentual mínimo, logo, caixa livre municipal, composto pelos impostos líquidos e pelas Transferências Constitucionais e Legais demonstrou ganho progressivo no período analisado, apresentando aumentos de R\$ 3.332.127,47 do exercício de 2017 para 2018 e de R\$ 297.265,06 do exercício de 2018 para 2019.

Os impostos líquidos demonstraram aumento na receita no exercício de 2018 quando fora registrado um valor de R\$ 2.021.889,56 (11,44% do total das receitas) e redução na receita no exercício de 2019 quando fora registrado um montante de 1.112.095,02 (6,19% do total das receitas), todavia, permaneceram maiores quando confrontado com o montante de R\$ 643.384,67 (4,49% do total das receitas) registrado no exercício de 2017.

Os repasses através das Transferências Constitucionais e Legais demonstraram evolução nos recursos no período analisado, indo de R\$ 13.690.555,79 em 2017 para R\$ 15.644.178,37 em 2018 e finalizando com R\$ 16.851.237,97 em 2019, entretanto, verifica-se que os recursos demonstraram redução quando evidenciado os percentuais transferidos no ano de 2018, que fora de 88,56% e de 2019, que fora de 93,81% em relação ao percentual de 95,51% do ano de 2017.

É notado, que os repasses do Governo Federal e do Governo do Estado do Ceará através das Transferências Constitucionais e Legais são fundamentais para o custeio das despesas em saúde quando confrontado com as receitas de impostos líquidos que tem caráter municipal, que demonstraram pequenas participações em 2017 e 2019.

Tabela 26 - Comportamento das Despesas Executadas no período de 2017 a 2019

	Executado 2017	% 2017	Executado 2018	% 2018	Executado 2019	% 2019
Despesas Correntes	6.585.998,74*	84,64	7.642.365,58*	97,14	8.737.238,37	97,32
Pessoal e Encargos Sociais	4.676.066,66*	60,10	5.715.985,21*	72,65	5.824.284,27	64,88
Outras Despesas Correntes	1.909.932,08	24,54	1.926.380,37*	24,49	2.912.954,10	32,44
Despesas de Capital	1.195.264,22*	15,36	224.700,00	2,86	240.145,51	2,68
Investimentos	1.195.264,22*	15,36	224.700,00	2,86	240.145,51	2,68
TOTAL	7.781.262,96*	100	7.867.065,58*	100	8.977.383,88	100

Fonte: SIOPS, 2020.

Realizada a projeção do total das despesas executadas (somatório das despesas empenhadas e liquidadas), verifica-se, na Tabela 26, que nos exercícios de 2017 e 2018, há uma diferença de R\$ 85.802,62 e uma diferença de R\$ 1.110.318,30, explicitando um comportamento progressivo a cada ano no período avaliado.

Correspondendo a 84,64% em 2017, 97,14% em 2018 e 97,32 em 2019, as despesas correntes se apresentaram como as maiores no período. Contribuindo nesse resultado, os dispêndios da unidade “pessoal e encargos sociais” comportaram-se como as maiores fontes de

despesas correntes, sendo de 60,10%, 72,65% e 64,88% nos anos de 2017, 2018 e 2019, respectivamente, ilustrando maior destinação de recursos para a remuneração do pessoal ativo, inativo e pensionista ligados a saúde. A unidade “outras despesas correntes” demonstraram ainda, progressão de 7,90% no período.

Com montantes de R\$ 1.195.264,22 em 2017, R\$ 224.700,00 em 2018 e R\$ 240.145,51 em 2019, as despesas de capital demonstraram queda de 12,68% no período analisado, indicando redução no investimento, assim como, na estruturação e ampliação na oferta de serviços no campo da saúde nos exercícios de 2018 e 2019.

Tabela 27 - Avaliação entre receitas e despesas - Cálculo em ASPS

	Despesas Totais	- Despesas Não Computadas para fins e Apuração do Percentual Mínimo em ASPS	= Despesas Computadas para fins de Apuração do Percentual Mínimo em ASPS	÷ Receitas para Apuração de Aplicação em ASPS	(×)100 =	Percentual de Aplicação das Receitas sobre as Despesas em ASPS
2017	7.781.262,96*	3.901.151,25	3.880.111,71	14.333.940,46		27,06
2018	7.867.065,58*	1.971.954,13*	5.895.111,45	17.666.067,93		33,37
2019	8.977.383,88	3.721.322,13	5.256.061,75	17.963.332,99		29,25

Fonte: SIOPS, 2020

A avaliação do Cálculo em ASPS aponta que o percentual aplicado nas despesas computadas em ASPS apontou variações no período analisado, sendo de 27,06% em 2017, 33,37% em 2018 e 29,25% no exercício de 2019, logo, observar-se que em todos os anos, o percentual permaneceu acima dos 15% das receitas, correspondente ao montante de caixa livre do município aplicado nas despesas computadas, assim como prevê a Lei Complementar nº 141/2012.

Nota-se na Tabela 27, que as despesas não computadas para fins de apuração do percentual mínimo em ASPS demonstrou montantes de R\$ 3.901.151,25 em 2017, R\$ 1.971.954,13 em 2018 e R\$ 3.721.322,13 em 2019, evidenciando queda de R\$ 1.929.197,12 em 2018 comparado a 2017 e aumento de R\$ 1.749.368,00 em 2019 comparado a 2018. No mesmo período, as despesas computadas para fins de apuração do percentual mínimo em ASPS demonstraram montantes de R\$ 3.880.111,71, R\$ 5.895.111,45 e de R\$ 5.256.061,75 em 2017, 2018 e 2019 respectivamente, explicitando progressão em 2018 de R\$ 2.014.999,74 em relação a 2017 e redução em 2019 de R\$ 639.049,70 em relação ao executado em 2018.

Constata-se, que a evolução dos recursos das despesas computadas assim como do percentual por ele computado, ilustra que o município utilizou mais recursos do caixa livre para custear tais despesas podendo indicar um real aumento ou ineficiência na capacidade de gestão dos recursos, assim como falha no detalhamento e divisão dos “itens” de despesas (principalmente quando se observa o exercício de 2018).

4.10. MUNICÍPIO DE OCARA

Distante aproximadamente 101,5 Km da capital Fortaleza, o município possui segundo dados do IBGE (2019) 763.075 km² de área, IDH de 0,594 em 2010 e PIB *per capita* de R\$ 6.918,38 em 2018. Ao se falar no total de habitantes, segundo o indicador municipal do SIOPS, sua população em 2017, 2018 e 2019 eram de respectivamente 25.394, 25.394, 25.557 habitantes, enquanto a despesa total por habitante em saúde nesses anos fora de R\$ 637,15 em 2017, R\$ 737,39 em 2018 e R\$ 830,73 em 2019.

4.10.1. Análise dos montantes em saúde - Município de Ocara

Tabela 28 - Receitas Totais realizadas para apuração no percentual mínimo em ASPS no período de 2017 a 2019

	Realizado 2017	% 2017	Realizado 2018	% 2018	Realizado 2019	% 2019
Impostos Municipais	1.801.916,87	7,24	1.850.055,54	6,94	1.654.873,03	6,03
Transferências Constitucionais e Legais	23.099.849,75	92,76	24.807.839,90	93,06	25.769.109,55	93,97
TOTAL	24.901.766,62	100	26.657.895,44	100	27.423.982,58	100

Fonte: SIOPS, 2020.

O total realizado do caixa livre municipal, logo, receitas para apuração do percentual mínimo em ASPS, composto pelos impostos líquidos e pelas Transferências Constitucionais e Legais, apresentou, na Tabela 28, um comportamento progressivo a cada ano, evoluindo R\$ 2.522.215,96 em todo período analisado.

Mesmo sendo registrado um aumento de R\$ 48.138,67 no montante de arrecadação municipal no exercício de 2018, as receitas de impostos líquidos registraram queda no montante de R\$ 147.043,84 e redução no percentual de participação no total das receitas, de 1,21% do exercício de 2017 para o exercício de 2019. Contrariamente, as Transferências Constitucionais e Legais apresentaram constante evolução a cada ano, apresentando aumento no montante de R\$ 2.669.259,80 e aumento de 1,21%, indicando constante reajuste inflacionário no período.

É verificado, portanto, que as receitas oriundas dos repasses dos outros entes federativos são essenciais para o custeio das despesas saúde municipais, principalmente quando evidenciado a recessão do valor de contribuição das receitas municipais no período.

Tabela 29 - Comportamento das Despesas Executadas no período de 2017 a 2019

	Executado 2017	% 2017	Executado 2018	% 2018	Executado 2019	% 2019
Despesas Correntes	15.170.164,81*	96,02	16.358.157,48*	87,36	20.349.470,78*	98,03
Pessoal e Encargos Sociais	8.640.435,55	54,69	8.525.798,71	45,53	7.707.309,52*	37,13
Outras Despesas Correntes	6.529.729,26*	41,33	7.832.358,77*	41,83	12.642.161,26*	60,90
Despesas de Capital	628.368,97*	3,98	2.367.098,41	12,64	408.733,53*	1,97
Investimentos	628.368,97*	3,98	2.367.098,41	12,64	408.733,53*	1,97
TOTAL	15.798.533,78*	100	18.725.255,89*	100	20.758.204,31*	100

Fonte: SIOPS, 2020.

Realizada a projeção do total das despesas executadas (somatório das despesas empenhadas e liquidadas) entre os anos de 2017 a 2019, verifica-se, na Tabela 29, um crescimento anual e evolução de R\$ 4.959.670,53 em todo período.

No período analisado, as despesas correntes, equivaleram respectivamente a 96,02%, 87,36% e 98,03% das despesas totais em 2017, 2018 e 2019, apresentando, mesmo com variação, progressão dos montantes e maiores dispêndios municipais. A unidade “pessoal e encargos sociais” demonstrou redução no montante de R\$ 933.126,03, porém, foram as maiores despesas correntes nos exercícios de 2017 onde representou 54,69% e 2018, equivalendo a 45,53%, indicando maior destinação dos recursos para remuneração do pessoal ativo, inativo e pensionistas ligados a saúde nesses anos. Em 2019, a unidade “outras despesas correntes” tornaram-se a principal fonte de despesas correntes, equivalendo a 60,90% contra 37,13% das despesas com “pessoal e encargos sociais” indicando, um aumento na destinação de recursos para o custeio de despesas com materiais de consumo, auxílios, diárias e outras despesas correntes sem grupo específico, logo, atividades indiretas em saúde.

As despesas de capital, logo, recursos destinados para o investimento e estruturação das ações e serviços em saúde, demonstraram variações no período avaliado, sendo registrado a maior destinação em 2018 com montante de R\$ 2.367.098,41, equivalente a 12,64% das despesas totais. Nos anos de 2017 e 2019, foram computados valores de R\$ 628.368,97 e R\$ 408.733,53, que representavam respectivamente a 3,98% e 1,97% das despesas totais, caracterizando assim, maior investimento na rede de saúde no ano de 2018 e uma pequena

estruturação no exercício de 2019 quando evidenciado o exercício de 2017, demonstrando diminuição na destinação de recursos para estruturação e ampliação na oferta de serviços no campo da saúde.

Tabela 30 - Avaliação entre receitas e despesas - Cálculo em ASPS

	Despesas Totais	-	Despesas Não Computadas para fins de Apuração do Percentual Mínimo em ASPS	=	Despesas Computadas para fins de Apuração do Percentual Mínimo em ASPS	÷	Receitas para Apuração de Aplicação em ASPS	(×)100 =	Percentual de Aplicação das Receitas sobre as Despesas Em ASPS
2017	15.798.533,78*		7.080.834,22*		8.717.699,56		24.901,766,62		35,00
2018	18.725.255,89*		9.397.168,94*		9.328.086,95		26.657.895,44		34,99
2019	20.758.204,31*		11.159.788,58*		9.598.415,73		27.423.982,58		35,00

Fonte: SIOPS, 2020

A avaliação do Cálculo em ASPS, presente na Tabela 30, aponta que o percentual aplicado nas despesas computadas em ações e serviços, permaneceu equivalente a aproximadamente 35% em todos os anos do período analisado, logo, é possível observar que o índice permaneceu acima dos 15% das receitas utilizadas, correspondente ao montante de caixa livre do município aplicado nas despesas computadas, assim como prevê a Lei Complementar nº 141/2012.

Tal constância ocorreu por conta da progressão e equivalência das despesas computadas para fins de apuração do percentual mínimo e ASPS no período, sendo de R\$ 8.717.699,56 em 2017, R\$ 9.328.086,95 em 2018 e R\$ 9.598.415,73 em 2019. No mesmo período, nota-se que os valores das despesas não computadas para fins de apuração do percentual mínimo em ASPS também progrediram, de R\$ 7.080.834,22* em 2017 para R\$ 9.397.168,94 em 2018 e R\$ 11.159.788,58 no exercício de 2019.

Avalia-se então, que o município em questão destinou e aplicou dentro da perspectiva econômica e de forma equivalente em 2017, 2018 e 2019, o mesmo montante na execução das despesas computadas, no entanto, o alto percentual pode indicar ineficiência na capacidade de gestão dos recursos, assim como falha no detalhamento e divisão dos “itens” de despesas.

4.11. MUNICÍPIO DE PACOTI

Distante aproximadamente 97,9 Km da capital Fortaleza, o município possui segundo dados do IBGE (2019) 112.433 km² de área, IDH de 0,635 em 2010 e PIB *per capita* de R\$ 8.863,39 em 2018. Ao se falar no total de habitantes, segundo o indicador municipal do SIOPS, sua população em 2017, 2018 e 2019 eram de respectivamente 11.960, 11.960, 12.046 habitantes, enquanto a despesa total por habitante em saúde nesses anos fora de R\$ 659,25 em 2017, R\$ 835,62 em 2018 e R\$ 691,26 em 2019.

4.11.1. Análise dos montantes em saúde - Município de Pacoti

Tabela 31 - Receitas Totais realizadas para apuração no percentual mínimo em ASPS no período de 2017 a 2019

	Realizado 2017	% 2017	Realizado 2018	% 2018	Realizado 2019	% 2019
Impostos Municipais	1.114.721,21	7,12	1.289.410,86	7,33	1.012.065,26	5,60
Transferências Constitucionais e Legais	14.528.773,88	92,88	16.293.138,81	92,67	17.070.030,99	94,40
TOTAL	15.643.495,09	100	17.582.549,67	100	18.082.096,25	100

Fonte: SIOPS, 2020.

Avaliada, na Tabela 31, a projeção total de receitas para apuração do percentual mínimo em ASPS, logo, caixa livre municipal, composto pelos impostos líquidos e pelas Transferências Constitucionais e Legais, fora notado uma crescente anual nas receitas realizadas no período de 2017 a 2019, resultando numa evolução total de R\$ 2.438.601,16.

Registrado os montantes de R\$ 1.114.721,21 em 2017, R\$ 1.289.410,86 em 2018 e R\$ 1.012.065,26 em 2019, é observado que a arrecadação municipal através das receitas de impostos líquidos apresentou maior arrecadação no exercício de 2018 (7,33%) e redução dessa no exercício de 2019 (5,60%) mesmo comparando-a com o registrado em 2017 (7,12%).

As transferências cota-parte, advindas das Transferências Constitucionais e Legais apresentaram progressão de recursos nos exercícios de 2018 e 2019, onde foram computados, respectivamente, valores de R\$ 16.293.138,81 e R\$ 17.070.030,99 quando evidenciado essa receita no exercício de 2017 que fora de R\$ 14.528.773,88, no entanto, verifica-se que os recursos demonstraram menor “representação” no cenário das despesas, quando evidenciado os percentuais transferidos no ano de 2018, que fora de 95,06% e de 2019, que fora de 95,93% em relação ao percentual de 96,44% do ano de 2017.

Dessa forma, observa-se que a perspectiva econômica de cada ano influenciou na (des)valorização das receitas. Para além disso, conclui-se que as receitas cota-parte, repassadas do Governo do Estado do Ceará e do Governo Federal, através das Transferências

Constitucionais e Legais, são fundamentais para o custeio das despesas saúde municipais, principalmente quando evidenciado o valor dessas despesas executadas.

Tabela 32 - Comportamento das Despesas Executadas no período de 2017 a 2019

	Executado 2017	% 2017	Executado 2018	% 2018	Executado 2019	% 2019
Despesas Correntes	7.529.990,91*	95,50	7.934.591,37	82,63	7.700.512,77*	97,71
Pessoal e Encargos Sociais	4.268.640,30*	54,14	5.250.827,89	54,68	4.776.773,90*	60,61
Outras Despesas Correntes	3.261.350,61*	41,36	2.683.763,48*	27,95	2.923.738,87*	37,10
Despesas de Capital	354.598,76	4,50	1.668.779,28	17,37	180.705,01	2,29
Investimentos	354.598,76	4,50	1.668.779,28	17,37	180.705,01	2,29
TOTAL	7.884.589,67*	100	9.603.370,65*	100	7.881.217,78*	100

Fonte: SIOPS, 2020.

Realizada a projeção do total das despesas executadas (somatório das despesas empenhadas e liquidadas), na Tabela 32, é notado um aumento de R\$ 1.718.780,98 no executado em 2018 em relação a 2017 e demonstrado queda de R\$ 1.722.152,87 no total de despesas no exercício de 2019, sendo esse, o menor montante registrado no período.

Verifica-se que as despesas correntes, se mantiveram como as maiores fontes de destinação de recursos, apresentando despesas de R\$ 7.529.990,91 em 2017, R\$ 7.934.591,37 em 2018 e R\$ 7.700.512,77 em 2019, contudo, mesmo com evolução de R\$ 404.600,46 no montante do ano de 2018 em relação a 2017, é notado que o montante demonstrou queda quando evidenciado o quanto representou das despesas totais (82,63%), fato ocorrido devido as maiores despesas de capital (17,37%) registradas nesse ano. As despesas com “pessoal e encargos sociais” equivaleram a 54,14%, 54,68% e 60,61% no período de 2017 a 2019, ilustrando, portanto, como as maiores despesas correntes, indicando aumento e maior destinação de recursos para a remuneração do pessoal ativo, inativo e pensionista ligados a saúde.

Demonstrando variações nos recursos, as despesas de capital tiveram registros de 4,50% em 2017 para 17,37% em 2018 e 2,29% no ano de 2019, apresentando assim, maior destinação dos montantes para investimento da rede de saúde no ano de 2018. O exercício de 2019 apresentou, como observado, menor destinação de recursos, comparado com 2018 e 2017, ilustrando queda nas despesas de investimento para estruturação e ampliação na oferta de serviços no campo da saúde.

Tabela 33 - Avaliação entre receitas e despesas - Cálculo em ASPS

	Despesas Totais	- Despesas Não Computadas para fins de Apuração do Percentual Mínimo em ASPS	= Despesas Computadas para fins de Apuração do Percentual Mínimo em ASPS	÷ Receitas para Apuração de Aplicação em ASPS	(×)100 =	Percentual de Aplicação das Receitas sobre as Despesas em ASPS
2017	7.884.589,67*	3.684.311,24*	4.200.278,43	15.643.495,09		26,84
2018	9.603.370,65*	6.569.882,61*	3.033.488,04	17.582.549,67		17,25
2019	7.881.217,78*	4.933.853,46	2.947.364,32	18.082.096,25		16,29

Fonte: SIOPS, 2020

Realizada a avaliação do cálculo em ASPS, percebe-se, na Tabela 33, que o percentual aplicado nas despesas computadas em ASPS reduziu em 10,55%, no período de 2017 (26,84%), 2018 (17,25%) e 2019 (16,29%), todavia, observar-se que todos permaneceram acima dos 15% das receitas, correspondente ao montante de caixa livre do município aplicado nas despesas computadas, assim como prevê a Lei Complementar nº 141/2012.

A categoria das despesas não computadas para fins de apuração do percentual mínimo em ASPS no ano de 2018 correspondeu a R\$ 6.569.882,61 das despesas totais em 2018, evoluindo em R\$ 2.885.571,37 ao ser comparado com as mesmas despesas em 2017, que equivaleu a um montante de R\$ 3.684.311,24. Em 2019 fora observado que as despesas não computadas equivaleu do total R\$ 4.933.853,46, ilustrando um decréscimo de R\$ 1.636.029,15.

Observada as despesas computadas para fins de apuração do percentual mínimo e ASPS no período avaliado, verifica-se que em 2017 o recurso foi de R\$ 4.200.278,43, enquanto em 2018 o recurso foi de R\$ 3.033.488,04 e em 2019 equivaleu a R\$ 2.947.364,32, demonstrando regressão de R\$ 1.252.914,11 nas despesas computadas.

Portanto, é constatado, que o valor destinado às ações e serviços que não são da ordem das despesas que não são computadas na base de cálculo em ASPS, demonstrou aumento no período de 2018 e comportou-se como a maior categoria de despesa no período. Conclui-se também que a redução das despesas computadas e conseqüentemente do percentual relacionado para os fins de apuração em ASPS, pode indicar redução da aplicação de recursos em ASPS e/ou melhoria da capacidade de gestão dos recursos município.

4.12. MUNICÍPIO DE PALMÁCIA

Distante aproximadamente 73,3 Km da capital Fortaleza, o município possui segundo dados do IBGE (2019) 128.896 km² de área, IDH de 0,622 em 2010 e PIB *per capita* de R\$ 7.017,58 em 2018. Ao se falar no total de habitantes, segundo o indicador municipal do SIOPS, sua população em 2017, 2018 e 2019 eram de respectivamente 13.145, 13.145, 13.214 habitantes, enquanto a despesa total por habitante em saúde nesses anos fora de R\$ 422,90 em 2017, R\$ 445,24 em 2018 e R\$ 481,97 em 2019.

4.12.1. Análise dos montantes em saúde - Município de Palmácia

Tabela 34 - Receitas Totais realizadas para apuração no percentual mínimo em ASPS no período de 2017 a 2019

	Realizado 2017	% 2017	Realizado 2018	% 2018	Realizado 2019	% 2019
Impostos Municipais	506.217,68	3,56	796.990,38	4,94	739.818,94	4,07
Transferências Constitucionais e Legais	13.734.278,52	96,44	15.327.191,51	95,06	17.451.800,91	95,93
TOTAL	14.240.496,20	100	16.124.181,89	100	18.191.619,85	100

Fonte: SIOPS, 2020.

Analisada a projeção das receitas realizadas do município entre 2017 a 2019, é notado, na Tabela 34, que o total de receitas realizadas, logo, recursos do caixa livre, composto pelo somatório dos impostos líquidos e pelas Transferências Constitucionais e Legais tiveram ganhos progressivos a cada ano.

Registrado os montantes de R\$ 506.217,68 (equivalente a 3,56% das receitas) em 2017, R\$ 796.990,38 (equivalente a 4,94% das receitas) em 2018 e R\$ 739.818,94 (equivalente a 4,07% das receitas) em 2019 e o quanto cada representou das receitas totais, verifica-se que a arrecadação municipal através das receitas de impostos líquidos apresentou maior arrecadação no exercício de 2018 e demonstrou redução no exercício de 2019, todavia, essas se mantiveram maior do que os valores apresentados em 2017.

As receitas oriundas das Transferências Constitucionais e Legais do Governo do Estado do Ceará e do Governo Federal, demonstraram evolução nos recursos no período analisado, indo de R\$ 13.734.278,52 em 2017 para R\$ 15.327.191,51 em 2018 e finalizando com R\$ 17.451.800,91 em 2019, entretanto, verifica-se que os recursos demonstraram menor “representação” no cenário das despesas, quando evidenciado os percentuais transferidos no ano de 2018, que fora de 95,06% e de 2019, que fora de 95,93% em relação ao percentual de 96,44% do ano de 2017.

Dessa forma, é notado, que as receitas cota-parte, oriundas das Transferências Constitucionais e Legais, são fundamentais para o custeio das despesas saúde municipais, principalmente quando evidenciado o valor dessas despesas executadas e a recessão do valor de contribuição das receitas municipais no período. Além disso, observa-se que a perspectiva econômica de cada ano influenciou na (des)valorização das receitas.

Tabela 35 - Comportamento das Despesas Executadas no período de 2017 a 2019

	Executado 2017	% 2017	Executado 2018	% 2018	Executado 2019	% 2019
Despesas Correntes	5.314.990,20*	95,61	5.616.112,09*	96,58	6.122.469,01*	96,47
Pessoal e Encargos Sociais	3.710.612,61	66,75	3.270.165,32	56,24	4.353.058,99	68,59
Outras Despesas Correntes	1.604.377,59*	28,86	2.345.946,77*	40,34	1.769.410,02*	27,88
Despesas de Capital	244.033,30*	4,39	199.197,49	3,42	224.367,86	3,53
Investimentos	244.033,30*	4,39	199.197,49	3,42	210.578,25	3,31
Amortização da Dívida	0,00	0,00	0,00	0,00	13.789,61	0,22
TOTAL	5.559.023,50*	100	5.815.309,58*	100	6.346.836,87*	100

Fonte: SIOPS, 2020.

Observada a projeção do total das despesas executadas (somatório das despesas empenhadas e liquidadas), na Tabela 35, verifica-se aumentos de R\$ 256.286,08 do exercício de 2018 em relação ao de 2017 e de R\$ 531.527,29 do exercício de 2019 em relação ao de 2018, demonstrando progressão de despesas no período analisado.

As despesas correntes, no período analisado, equivaleram respectivamente aos montantes de R\$ 5.314.990,20, R\$ 5.616.112,09 e R\$ 6.122.469,01 em 2017, 2018 e 2019 respectivamente, mostrando-se como os maiores dispêndios. As despesas com “pessoal e encargos sociais” mostrou-se como a principal fonte de despesas nesse período, equivalendo das despesas correntes percentuais de 66,75% em 2017, 56,24% em 2018 e 68,59% em 2019, ilustrando maior destinação de recursos para a remuneração do pessoal ativo, inativo e pensionista ligados a saúde no período, contudo, destaca-se os valores de 2017 e 2019.

As despesas de investimentos executados, representados pelas despesas de capital demonstraram diminuição no exercício de 2018 quando foram destinados 3,42% dos recursos em relação a 2017, quando foram destinados 4,39%, apresentando diminuição do montante para estruturação da saúde de R\$ 44.835,81. Posteriormente, no ano de 2019 é demonstrado uma pequena evolução na destinação dos recursos que equivaleu a 3,53%. Avaliando o período de 2017 a 2019 a diminuição da destinação dos recursos para as despesas de capital, indica redução

no investimento, assim como, na estruturação e ampliação na oferta de serviços no campo da saúde nos exercícios de 2018 e 2019.

Tabela 36 - Avaliação entre receitas e despesas - Cálculo em ASPS

	Despesas Totais	- Despesas Não Computadas para fins de Apuração do Percentual Mínimo em ASPS	= Despesas Computadas para fins de Apuração do Percentual Mínimo em ASPS	÷ Receitas para Apuração de Aplicação em ASPS	(×)100 =	Percentual de Aplicação das Receitas sobre as Despesas em ASPS
2017	5.559.023,50	2.319.303,01*	3.239.720,49	14.240.496,20		22,75
2018	5.815.309,58*	3.257.266,54*	2.558.043,04	16.124.181,89		15,86
2019	6.346.836,87*	3.382.056,26*	2.964.780,61	18.191.619,85		16,29

Fonte: SIOPS, 2020

Avaliado o cálculo em ASPS, na Tabela 36, é constatado que o percentual aplicado nas despesas computadas, consideradas ASPS, demonstrou redução do ano de 2017 (22,75%) para 2018 (15,86%), assim como confrontada com o ano 2019 (16,29%), contudo, observar-se que todos permaneceram acima dos 15% das receitas, correspondente ao montante de caixa livre do município aplicado nas despesas computadas, assim como prevê a Lei Complementar nº 141/2012.

Verifica-se que os valores das despesas não computadas para fins de apuração do percentual mínimo em ASPS demonstrou progressão de R\$ 1.062.753,25 no período de 2017 e 2019, onde fora destinado, respectivamente, R\$ 2.319.303,01, R\$ 3.257.266,54 e R\$ 3.382.056,26 nos exercícios de 2017, 2018 e 2019. Contrariamente, as despesas computadas para fins de apuração do percentual mínimo e ASPS teve destinação de R\$ 3.239.720,49 em 2017, R\$ 2.558.043,04 em 2018 e R\$ 2.964.780,61 em 2019, ilustrando, portanto, uma redução de R\$ 681.677,45 das despesas consideradas para a base de cálculo do percentual executado em ASPS no exercício de 2017 para 2018 e uma crescente de R\$ 406.737,57 dessas despesas no exercício 2019 em comparação ao de 2018.

Dessa forma, é explicitado, que os valores destinados à ações e serviços que não são da ordem das despesas que não são considerados para a base de cálculo em ASPS correspondem a maior parte da despesa total. Nota-se também que mesmo ocorrendo aumento nas despesas destinadas para as ações e serviços de saúde, observa-se uma redução dessas despesas e do percentual referente a elas considerando todo o período avaliado, podendo indicar redução da

aplicação de recursos considerados de ASPS e/ou melhoria da capacidade de gestão dos recursos, detalhamento e divisão das despesas.

4.13. MUNICÍPIO DE REDENÇÃO

Distante aproximadamente 64,6 Km da capital Fortaleza, o município possui segundo dados do IBGE (2019) 247.989 km² de área, IDH de 0,626 em 2010 e PIB *per capita* de R\$ 16.423,12 em 2018. Ao se falar no total de habitantes, segundo o indicador municipal do SIOPS, sua população em 2017, 2018 e 2019 eram de respectivamente 27.441, 27.441, 27.633 habitantes, enquanto a despesa total por habitante em saúde nesses anos fora de R\$ 598,22 em 2017, R\$ 833,53 em 2018 e R\$ 872,42 em 2019.

4.13.1. Análise dos montantes em saúde – Município de Redenção

Tabela 37 - Receitas Totais realizadas para apuração no percentual mínimo em ASPS no período de 2017 a 2019

	Realizado 2017	% 2017	Realizado 2018	% 2018	Realizado 2019	% 2019
Impostos Municipais	2.972.364,84	11,60	3.337.627,54	11,92	3.165.456,14	10,73
Transferências Constitucionais e Legais	22.647.806,49	88,40	24.652.979,20	88,08	26.329.676,00	89,27
TOTAL	25.620.171,33	100	27.990.606,74	100	29.495.132,14	100

Fonte: SIOPS, 2020.

Avaliado o comportamento do caixa livre municipal nos anos de 2017 a 2019, é observado, na Tabela 37, um crescimento anual do total das receitas para apuração do percentual mínimo em ASPS, composto pelos impostos líquidos e pelas Transferências Constitucionais e Legais apresentando uma evolução de R\$ 3.874.960,81 em todo período.

Os impostos líquidos registrados de R\$ 3.337.627,54 e R\$ 3.165.456,14 nos anos de 2018 e 2019 demonstraram evolução, mesmo com queda na receita de 2019, quando relacionado ao de R\$ 2.972.364,84 registrado em 2017, entretanto, mesmo superior, o percentual equivalente a participação no total de receitas em 2019 demonstra ser menor que o de 2017.

As receitas das Transferências Constitucionais e Legais, por sua vez, apresentaram evolução a cada ano no período avaliado. Com montantes de R\$ 22.647.806,49 em 2017, R\$ 24.652.979,20 em 2018 e R\$ 26.329.676,00 em 2019 e respectivos percentuais de 88,40%, 88,08% e 89,27% da receita total, é notado que mesmo com aumento, o repasse de 2018 foi ligeiramente menor que o de 2017.

Dessa forma, portanto, é observado que em determinados exercícios financeiros, a perspectiva econômica se demonstrou presente na desvalorização dos recursos, quando os resultados anteriores equivaleram mais do que os posteriores. Para além disso, as receitas próprias do município têm contribuição pequena quando se expõe o valor total das despesas com saúde e os repasses do Governo do Estado do Ceará e da União, presentes nas Transferências Constitucionais e Legais são essenciais para custear tais despesas executadas em saúde.

Tabela 38 - Comportamento das Despesas Executadas no período de 2017 a 2019

	Executado 2017	% 2017	Executado 2018	% 2018	Executado 2019	% 2019
Despesas Correntes	16.039.129,31*	98,00	21.655.188,81*	94,68	23.121.748,66*	96,11
Pessoal e Encargos Sociais	8.267.488,73	50,51	9.603.605,64*	41,99	9.786.575,32	40,68
Outras Despesas Correntes	7.771.640,58*	47,49	12.051.583,17*	52,69	13.335.173,34*	55,43
Despesas de Capital	327.749,93	2,00	1.217.843,31	5,32	935.378,68	3,89
Investimentos	327.749,93	2,00	1.217.843,31	5,32	935.378,68	3,89
TOTAL	16.366.879,24*	100	22.873.032,12*	100	24.057.127,34*	100

Fonte: SIOPS, 2020.

Realizada, na Tabela 38, a projeção do total das despesas executadas (somatório das despesas empenhadas e liquidadas), avalia-se, que essa apresentou crescimento anual e no período de 2017 a 2019, evoluiu em R\$ 7.690.248,10.

A categoria despesas correntes mantiveram-se, mesmo com variações, como as maiores, representando 98,00% em 2017, 94,68% em 2018 e 96,11% em 2019 das despesas totais. As despesas com “pessoal e encargos sociais” demonstrou regressão em 2018 e 2019 representando respectivamente 41,99% e 40,68%; em relação ao exercício de 2017 quando foi registrado a representação de 50,51%, logo, a maior fonte de dispêndios. A unidade “outras despesas correntes”, por sua vez tornaram-se a principal fonte de despesas correntes em 2018 e 2019, equivalendo respectivamente a 52,69% e 55,43% dos recursos das despesas correntes, indicando, portanto, um aumento na destinação de recursos para o custeio de despesas com materiais de consumo, auxílios, diárias e outras despesas correntes sem grupo específico, logo, atividades indiretas em saúde.

Por sua vez, a categoria despesas de capital mostraram evolução de 2,00% em 2017 para 5,32% em 2018, apresentando maior total investido em saúde, posteriormente, no ano de 2019 é demonstrado diminuição onde o montante destinado equivaleu a 3,89% das despesas totais,

caracterizando assim, maior investimento na estruturação da rede de saúde nos anos de 2018 e 2019 em comparação com o ano de 2017.

Tabela 39 - Avaliação entre receitas e despesas - Cálculo em ASPS

	Despesas Totais	-	Despesas Não Computadas para fins de Apuração do Percentual Mínimo em ASPS	=	Despesas Computadas para fins de Apuração do Percentual Mínimo em ASPS	÷	Receitas para Apuração de Aplicação em ASPS	(×)100 =	Percentual de Aplicação das Receitas sobre as Despesas em ASPS
2017	16.366.879,24 *		8.896.123,33*		7.470.755,91		25.620.171,33		29,15
2018	22.873.032,12 *		16.940.030,98 *		5.933.001,14		27.990.606,74		21,20
2019	24.057.127,34 *		18.276.081,54 *		5.781.045,80		29.495.132,14		19,59

Fonte: SIOPS, 2020

A avaliação do cálculo em ASPS, na Tabela 39 aponta que o percentual aplicado nas despesas computadas, consideradas para ASPS, decresceu em 2017, 2018 e 2019, sendo de respectivamente 29,15%, 21,20% e 19,59%, contudo, observar-se que todos permaneceram acima dos 15% das receitas, correspondente ao montante de caixa livre do município aplicado nas despesas computadas, assim como prevê a Lei Complementar nº 141/2012.

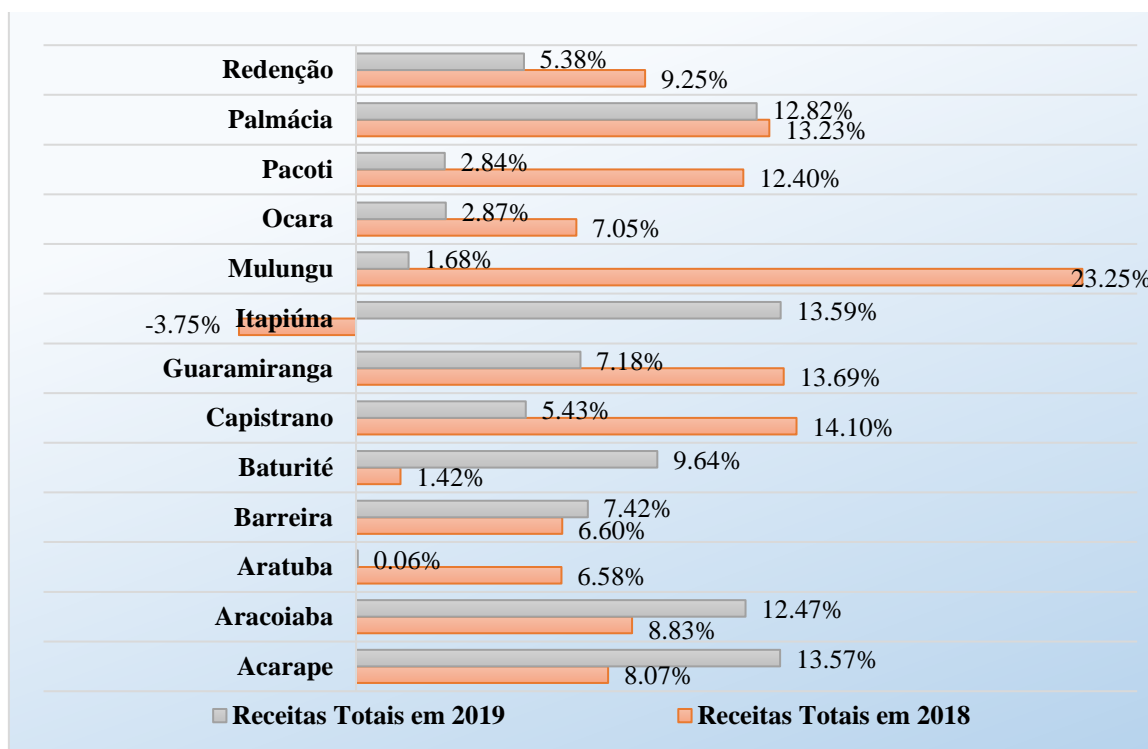
Constata-se que os valores das despesas não computadas para fins de apuração do percentual mínimo em ASPS evoluiu de R\$ 8.896.123,33 em 2017 para R\$ 16.940.030,98 em 2018 e em 2019 chegou a R\$ 18.276.081,54, mostrando progressão de R\$ 9.379.958,21 no período analisado. Enquanto aos valores das despesas computadas para fins de apuração do percentual mínimo e ASPS no período avaliado, verifica-se que em 2017 o valor fora de R\$ 7.470.755,91, enquanto em 2018 o valor foi de R\$ 5.933.001,14 e em 2019 fora de R\$ 5.781.045,80, demonstrando uma redução de R\$ 1.689.710,11 nas despesas computadas.

Portanto, é verificado, que os valores destinados às ações e serviços que não são da ordem das despesas que não são considerados para a base de cálculo em ASPS correspondem a maior parte da despesa total. Conclui-se também que a redução das despesas e do percentual relacionado, pode indicar ou redução da aplicação de recursos em ASPS e/ou melhoria da capacidade de gestão dos recursos, assim como divisão e especificidade de cada despesa.

4.14. COMPORTAMENTO GERAL DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA

Nesta seção, será avaliado o comportamento das receitas totais para apuração (Gráfico 1)¹ e o comportamento das despesas totais executadas (Gráfico 2)² de todos os municípios do Maciço de Baturité, de modo a explicitar o comportamento dos valores e verificar se houve progressão ou regressão de cada item trabalhado ano a ano, tendo, como base o exercício de 2017.

Gráfico 1 - Comportamento das Receitas Totais para a apuração do percentual mínimo em ASPS a cada ano



Fonte: Elaboração própria

Verifica-se no Gráfico 1, que no exercício de 2018, todos os municípios, com exceção do município de Itapiúna (-3,75%), demonstraram progressão no total de receitas para apuração do percentual mínimo em ASPS, ao ser confrontado com os valores registrados no exercício de 2017, ano base da apuração. No exercício de 2019, todos os municípios apresentaram progressão nas receitas em relação a 2018, no entanto, somente os municípios de Acarape, Aracoiaba, Barreira, Baturité e Itapiúna registraram valores maiores do que os computados em 2018 com relação a 2017. Dessa forma, constata-se que, no exercício de 2019, o montante em saúde sofreu variação, representando ganhos não tão significativos ao comparado com o

¹ (Progressão/Regressão a cada ano – de 2017 para 2018 e de 2018 para 2019).

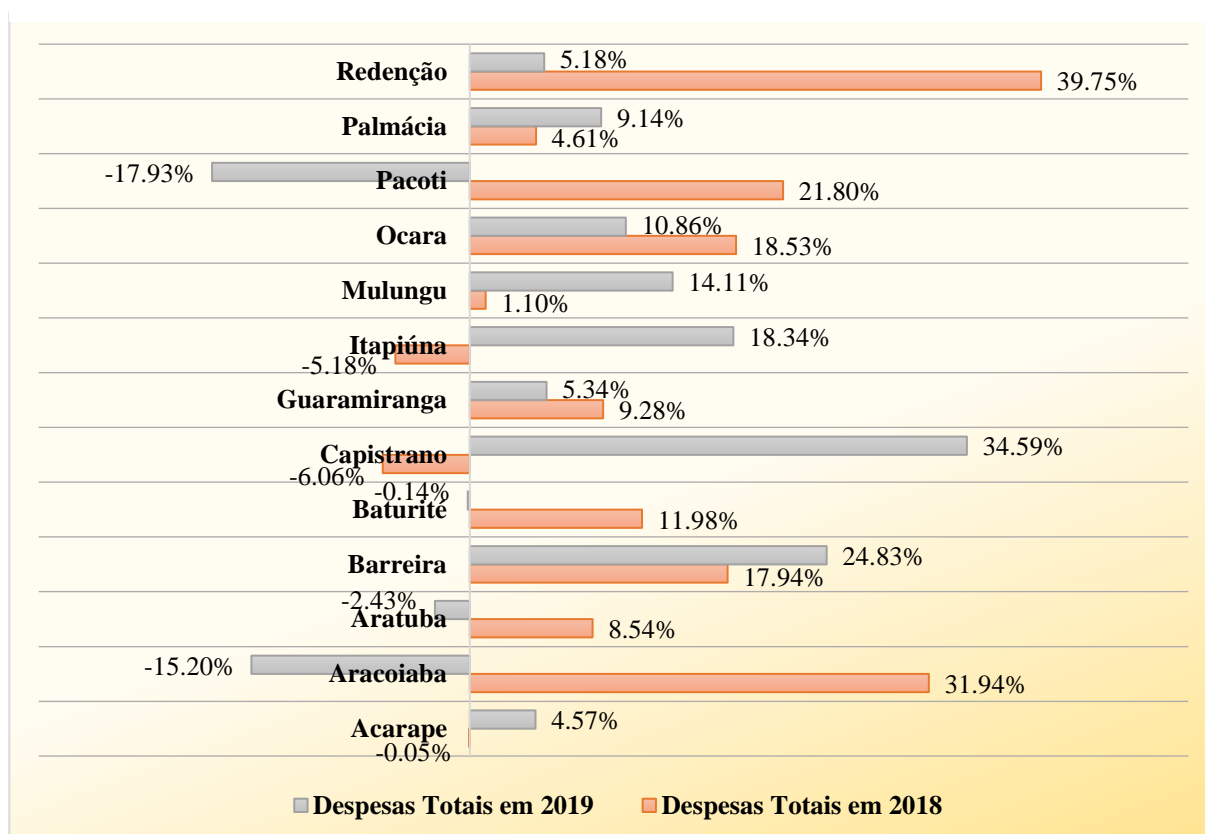
O ano de 2017 é ponto 0(%), por esse motivo só conta a evolução de 2018 e 2019.

² (Progressão/Regressão a cada ano – de 2017 para 2018 e de 2018 para 2019).

O ano de 2017 é ponto 0(%), por esse motivo só conta a evolução de 2018 e 2019.

crescimento das receitas em 2018 com relação a 2017, o que pode ser explicado pela vigência da EC nº 95/2016, que limita os recursos para a saúde e pela situação econômico-inflacionária registrada no país.

Gráfico 2 - Comportamento das Despesas Totais a cada ano



Fonte: Elaboração própria

Verifica-se no Gráfico 2, que no exercício de 2018, os municípios de Acarape (-0,05%), Capistrano (-6,06%) e Itapiúna (-5,18%), não apresentaram aumento nos seus totais de despesas em relação ao exercício de 2017. Outrossim, no exercício de 2019 em relação a 2018, os municípios de Aracoiaba (-15,20%), Aratuba (-2,43%), Baturité (-0,14%) e Pacoti (-17,93%), apresentaram “crescimento negativo” nos seus montantes nas despesas totais em saúde. Evidencia-se ainda redução das despesas totais nos municípios de Guaramiranga, Ocara e Redenção em relação aos computados em 2018. Desse modo, nota-se que no exercício de 2019, o quantitativo de municípios que apresentaram redução nos gastos em saúde fora maior do que os apresentados no exercício de 2018.

Até o momento apresentou-se a exposição dos dados acerca da execução orçamentária em saúde dos municípios do Maciço de Baturité, onde, a partir deles, fora avaliado e elaborado as devidas discussões dos resultados apresentados de cada município, que apontaram grandes montantes de receitas transferidas dos entes Governo do Estado e União em relação as receitas

municipais. Constatou-se ainda, que os municípios destinam recursos para as despesas de capital, logo, investimento em saúde, contudo, há um quantitativo maior de recursos despesas correntes. Enquanto as despesas em ASPS, essas se mantiveram acima percentual que deve ser utilizado das receitas de caixa livre municipal no período, todavia, com algumas observações de planejamento e manejo das despesas. A seguir, serão apresentados os apontamentos finais relativo ao trabalho realizado.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de tantos arcabouços presentes na Constituição Federal (1988), na Lei Orgânica da Saúde, Lei n° 8.080/90, na Lei de Responsabilidade Fiscal, LC n° 101/00 e outros dispositivos legais, assim como, diante de sistemas de controle e monitoramento (tais como o SIOPS), além de auditorias a partir dos relatórios homologados, nota-se uma preocupação na avaliação e eficiência dos gastos públicos, principalmente diante de vários acontecimentos que fazem com que o Sistema Único de Saúde (SUS) seja por vezes essencial e a única forma de acesso para muitos na sociedade.

No presente trabalho, buscou-se demonstrar de modo amplo, como são geridos e utilizados os recursos da saúde dentro da perspectiva de cada município do Maciço de Baturité, avaliando através do Relatório Resumido da Execução Orçamentária (RREO) disponibilizado pelo Sistema de Informações sobre Orçamentos Público em Saúde (SIOPS) o crescimento (ou não) de suas receitas próprias e as receitas provenientes do Governo Federal e do Governo Estadual; as despesas totais de cada município, sendo avaliadas as categorias de despesas correntes e de capital (investimentos) e verificando se o percentual de Aplicação das Receitas sobre as Despesas em Ações e Serviços Públicos em Saúde (ASPS) estava de acordo com o limite de 15% das receitas utilizadas, como está previsto na LC n° 141/2012 e se os recursos das receitas estavam sendo eficazmente utilizado e bem geridos.

Fora concluído com as verificações dos RREO nos exercícios orçamentários-financeiros correspondentes ao período de 2017 a 2019 que a maioria dos municípios macicenses possuem despesas correntes maiores do que as despesas de capital, demonstrando “desequilíbrio” na alocação de recursos na execução orçamentária. Evidencia também que a municipalização, traga pelo princípio da descentralização é um tanto quanto subjetivo para cada município, assim como para cada gestor em sua forma de gerenciamento da máquina pública, uma vez que os investimentos na área da saúde, tratados na categoria despesas de capital existem, no entanto, não são tão expressivos, assim como não são constantes ano a ano, como o aporte de dados deixa explícito. Os dados explicitam que há uma maior vinculação de recursos nas unidades de “pessoal e encargos sociais” e “outras despesas correntes”, presentes na categoria das despesas correntes, revelando dessa forma, uma maior destinação de recursos para atender o funcionalismo público e os dispêndios referentes aos insumos para manter o funcionamento da máquina pública. Araújo, Machado e Gonçalves (2017) explanam que as maiores despesas correntes ocorrem por conta da descentralização das funções, onde os municípios têm como

encargos as funções de “gerir e executar os serviços públicos de saúde” assim, como aponta a Lei Orgânica da Saúde (1990), em seu artigo 18.

Na execução das despesas não computadas e computadas para fins de apuração do percentual mínimo em ASPS, logo, despesas indiretas e diretas para o provimento da saúde, notou-se que por vezes os gestores podem estar utilizando os recursos de forma equivocada e/ou categorizando os lançamentos nos campos de maneira errônea, fazendo com que as despesas em ASPS, logo, despesas que refletem o uso exclusivo dos recursos em saúde aumentem, que acaba refletindo numa falta de capacitação dos gestores e em um provável “descontrole” na execução do gasto público.

Assim, diante da problemática abordada e da verificação dos RREO, tornou-se possível notar que a vinculação de recursos oferecido pelo sistema de financiamento do SUS (instituído pela CFB de 1988, a EC n° 29/2000, pela LC n° 141/2012 e demais legislações), realizado através dos repasses do Governo do Estado do Ceará e da União, se torna um fator importante para a gestão da máquina pública municipal, tendo em vista não somente a descentralização financeira, mas também a garantia de recursos, tendo em vista, o aspecto interiorizado dos municípios que compõem o Maciço de Baturité, onde esses não possuem grandes fontes de retenção de receitas.

Recomenda-se para estudos futuros, uma abordagem mais específica acerca da garantia universal da saúde para a população, através de um melhor estudo das transferências constitucionais, de modo a evidenciar possíveis impactos da EC n° 95/2016 nos recursos públicos e/ou outras possíveis sazonalidades nos municípios. Para além disso, cabe avaliar mais especificamente a utilização das despesas correntes e de capital, assim como verificar a existência de especificidades nas Leis Orgânicas Municipais, com o intuito de demonstrar a se há de medidas controladoras para a execução de montantes das receitas de caixa livre nas despesas em saúde.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Carmem Emmanuely Leitão; GONCALVES, Guilherme Quaresma; MACHADO, José Angelo. **Os municípios brasileiros e os gastos próprios com saúde: algumas associações**. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 953-963, mar. 2017.

ÁVILA, Carlos Alberto de. **Orçamento Público**. Ministério da Educação. Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia. e-Tec Brasil. Curitiba, PR, 2012.

BRANCO, Maria Alice Fernandes. **Sistemas de informação em saúde no nível local**. Cafajeste. *Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 267-270, jun. 1996.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **SUS Legal: Conasems, Conass e Ministério pactuam novo modelo de repasse de recursos do SUS** [internet]. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <<http://www.conasems.org.br/sus-legal-conasems-conass-e-ministerio-pactuam-novo-modelo-de-repasse--do-sus>>

[Acesso em: 9 de abril de 2020]

BRASIL. Conselho Nacional De Secretários De Saúde (CONASS). **O Financiamento da Saúde**. 1ª ed. Brasília, DF, 2011. 124 p. 2 v. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS)

BRASIL. **Constituição** (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Senado Federal: Centro Gráfico. Brasília, out, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>

[Acesso em: 08 de janeiro de 2020]

BRASIL. Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012. **Regulamenta os procedimentos de condicionamento e restabelecimento das transferências de recursos provenientes das receitas de que tratam o inciso II do caput do art. 158, as alíneas “a” e “b” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159 da Constituição, dispõe sobre os procedimentos de suspensão e restabelecimento das transferências voluntárias da União, nos casos de descumprimento da aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde de que trata a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e dá outras providências**. Brasília, out, 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/decreto/d7827.htm>

[Acesso em: 11 de março de 2020]

BRASIL. Emenda Constitucional nº 29, 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**. Brasília, set, 2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm>

[Acesso em: 10 de janeiro de 2020]

BRASIL. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. **Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal**. Brasília, dez, 2016. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm>

[Acesso em: 04 de fevereiro de 2020]

BRASIL. Lei nº 141, de 13 de janeiro de 2012. **Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal e dá outras providências.** *Diário Oficial da União*. Brasília, jan 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm>

[Acesso em: 10 de janeiro de 2020]

BRASIL. Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964. **Estatui normas gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal.** Brasília, mai., 1964. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l4320.htm>

[Acesso em: 19 de fevereiro de 2021]

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Brasília, set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>

[Acesso em: 10 de janeiro de 2020]

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. **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.** Brasília, dez. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>

[Acesso em: 10 de janeiro de 2020]

BRASIL. Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993. **Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e dá outras providências.** Brasília, jul. 1993. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8689.htm>

[Acesso em: 12 de fevereiro de 2020]

BRASIL. **Cartilha de Orientação SIOPS.** Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 1. ed. 1. Imp. – Brasília, DF, 2019. 92p.

BRASIL. **Cartilha de Orientação SIOPS.** Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 1. ed. 1. Imp. – Brasília, DF, 2020. 116p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva Subsecretaria de Assuntos Administrativos Coordenação-Geral de Documentação e Informação. **SUS: A Saúde do Brasil.** 3ª ed. Brasília, DF: Editora MS, 2011. 36 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa Departamento de Articulação Interfederativa Coordenação-Geral de Articulação dos Instrumentos da Gestão Interfederativa. **Manual de planejamento do SUS.** Brasília, DF: Editora MS, 2016. 138 p. 4 v. (Série Articulação Interfederativa).

BRASIL. Ministério Da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. **Financiamento Público de Saúde**. 1ª ed. Brasília, DF: Editora MS, 2013. 124 p. 1 v. (Série ECOS Economia da Saúde para a Gestão do SUS, Eixo 1).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona**. Governo Federal, 2020. Disponível em: <[\[Acesso em: 12 de fevereiro 2020\]](https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z-1/s/sistema-unico-de-saude-sus-estrutura-principios-e-como-funciona#:~:text=O%20Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20(SUS)%20%C3%A9%20um%20dos%20maiores,toda%20a%20popula%C3%A7%C3%A3o%20do%20pa%C3%ADs.>></p></div><div data-bbox=)

CONGRESSO NACIONAL. Lei Complementar, nº. 101. **Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências**. LRF - Lei de Responsabilidade Fiscal, Brasília, maio, 2000a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm>

[Acesso em: 17 de março de 2021]

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONAMSEMS), CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS (CNM). **Mudanças no Financiamento da Saúde**. Brasília, DF, 2018. 40 p.

CRISTANTE, Alexandre Fogaça, KFURI, Maurício. **Como escrever um trabalho científico**. Comissão de Educação Continuada, São Paulo - SP. Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT), 2011.

DUARTE, Ligia Schiavon; MENDES, Áquilas Nogueira; LOUVISON, Marília Cristina Prado. **O processo de regionalização do SUS e a autonomia municipal no uso dos recursos financeiros: uma análise do estado de São Paulo (2009-2014)**. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 25-37, jan. 2018.

FERNANDES, Luciane Alves, GOMES, José Mário Matsumura. **Relatório de pesquisa nas Ciências Sociais: Características e modalidades de investigação**. Contexto, Porto Alegre, v. 3, n. 4, 2003.

FLEURY, Sônia, CARVALHO, Antônio. **INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL (INAMPS)**. CPDOC/FGV – Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://www.fgv.br/cpd/doc/acervo/dicionarios/verbete-tematico/instituto-nacional-de-assistencia-medica-da-previdencia-social-inamps>>

[Acesso em: 12 de fevereiro de 2020]

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza - CE: UECE, 2002. Apostila.

GALLIANO, Alfredo Guilherme. **O método científico: teoria e prática**. São Paulo: Harbra, 1986

GARSON, Sol. **Planejamento, Orçamento e Gasto com Políticas Públicas: uma metodologia de apuração para Estados e Municípios**. Porto Alegre, RS: Editora Fi, 2018. 210 p. (Série Ciências Jurídicas & Sociais - 44).

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GONÇALVES, Rogério F., BEZERRA, Adriana F. B., SANTO, Antônio Carlos G. E., SOUSA, Islândia Maria C., NETO, Paulo J. D., SILVA, Keila S. B. **Confiabilidade dos dados relativos ao cumprimento da Emenda Constitucional no 29 declarados ao Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde pelos municípios de Pernambuco, Brasil**. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p. 2612-2620, dez. 2009.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades: Indicadores Municipais**. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Brasília, DF. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/>>

[Acesso em: 10/02/2021]

KAUARK, Fabiana, MANHÃES, Fernanda Castro, MEDEIROS, Carlos Henrique. **Metodologia da pesquisa : guia prático**. 1ª edição. Itabuna - BA. Via Litterarum, 2010.

MARCONI, Marina de Andrade, LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LEITE, Valéria Rodrigues; LIMA, Kenio Costa; VASCONCELOS, Cipriano Maia de. **Financiamento, gasto público e gestão dos recursos em saúde: o cenário de um estado brasileiro**. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1849-1856, jul. 2012.

LIMA, Cláudia R. de A.; CARVALHO, Marília S.; SCHRAMM, Joyce M. A. **Financiamento público em saúde e confiabilidade dos bancos de dados nacionais: um estudo dos anos de 2001 e 2002**. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1855-1864, set. 2006.

LIMA, Claudia Rizzo de Araújo. **Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde: confiabilidade e uso das informações na construção de um perfil dos municípios brasileiros**. 2005. 77 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Saúde Pública, Área de Concentração Epidemiologia, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, 2005.

MARIN, Heimar. **Sistemas de informação em saúde: considerações gerais**. *J. Health Inform.* 2010 Jan-Mar; 2(1): 20-4. 2010.

MAZON, Luciana Maria, *et al.* **Execução financeira dos blocos de financiamento da saúde nos municípios de Santa Catarina, Brasil**. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 38-51, jan. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS): Indicadores Municipais**. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS TABNET), Ministério da Saúde. Brasília, 1991. Disponível em: <<http://siops-asp.datasus.gov.br/CGI/deftohtm.exe?SIOPS/serhist/municipio/indicCE.def>>

[Acesso em: 10 fevereiro de 2021]

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **DEMONSTRATIVO DA DESPESA COM SAÚDE, CONFORME O ANEXO XVI DO RELATÓRIO RESUMIDO DE EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA (RREO)**. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS TABNET), Portal da Saúde, Sistema de Informações sobre Orçamentos Público em Saúde (SIOPS). Disponível em:
<<http://siops.datasus.gov.br/consleirespfiscal.php>>

[Acesso em: 10 jan. 2020]

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Entendendo o SUS**. Assessoria de Comunicação Esplanada dos Ministérios, Edifício Sede, sala 556. Brasília, DF, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017. **Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde**. Brasília, set, 2017. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html>

[Acesso em: 04 de fevereiro de 2020]

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei nº 8080: **30 anos de criação do sistema único de saúde (SUS)**. Biblioteca Virtual em Saúde, Conselho Nacional de Saúde. 2020. Disponível em:
<<http://bvsmms.saude.gov.br/ultimas-noticias/3295-lei-n-8080-30-anos-de-criacao-do-sistema-unico-de-saude-sus>>

[Acesso em: 12 de fevereiro 2020]

MEDEIROS, Katia Rejane de, ALBUQUERQUE, Paulette Cavalcanti de, DINIZ, George Tadeu Nunes, ALENCAR, Fabio Lima, TAVARES, Ricardo Antônio Wanderley. **Bases de dados orçamentários e qualidade da informação: uma avaliação do Finanças do Brasil (Finbra) e do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops)**. Rev. Adm. Pública, Rio de Janeiro, v. 48, n. 5, p. 1113-1133, oct. 2014.

OLIVEIRA, Amanda Borges de, ALBERT, Carla Estefânia, MAGALHÃES, Denilson Ferreira de. **Financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Confederação Nacional de Municípios (CNM). Brasília, DF, 2018.

OSTROSKI, Sinésio Stéfano Dubiela. **Orçamento Público**. 2ª ed. 1ª reimpressão. Florianópolis, SC: Publicações do IF-SC, 128 p., 2010.

PAIM, Jairnilson Silva. **Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, n. 6, p. 1723-1728. jun. 2018.

PIOLA, Sérgio Francisco. **Comentário: financiamento dos serviços de saúde pública nos últimos 40 anos**. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 573-575, 2006.

PIOLA, Sérgio Francisco, BARROS, Maria Elizabeth. **FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL: o financiamento dos serviços de saúde no Brasil**. In: Rosa Maria Marques (org.). **Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento**. 1ª edição. Rio de Janeiro, RJ: Athalaia Gráfica e Editora, cap. 2, p. 101-138, 2016.

PIOLA, Sérgio Francisco. **TRANSFERÊNCIAS DE RECURSOS FEDERAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE PARA ESTADOS, DISTRITO FEDERAL E MUNICÍPIOS: OS DESAFIOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DOS CRITÉRIOS DA LEI COMPLEMENTAR NO 141/2012**. Texto para Discussão 2298. Rio de Janeiro, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 1990. Brasília, DF, abr, 2017.

PRAÇA, Fabíola Silva Garcia. **METODOLOGIA DA PESQUISA CIENTÍFICA: ORGANIZAÇÃO ESTRUTURAL E OS DESAFIOS PARA REDIGIR O TRABALHO DE CONCLUSÃO**. Revista Eletrônica “Diálogos Acadêmicos”, Ribeirão Preto, SP, v. 08, nº 1, p. 72-87, jan-jul, 2015.

[Acesso em: 19 de janeiro de 2021]

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar de. **Metodologia do trabalho científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico**. 2ª ed. Novo Hamburgo, RS: Feevale, 2013.

SALDIVA, Paulo Hilário Nascimento; VERAS, Mariana. **Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras**. Estudos Avançados. São Paulo, v. 32, n. 92, p. 47-61, abr. 2018.

SANTO, Antônio, FERNANDO, Virgínia, BEZERRA, Adriana. **Despesa pública municipal com saúde em Pernambuco, Brasil, de 2000 a 2007**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(4):861-871, 2012.

TEIXEIRA, Carmen. **Municipalização da saúde – os caminhos do labirinto**. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, Enferm. Vol. 44. n. 1 Jan./Mar. 1991.

TEIXEIRA, H. V.; BARROSO, V. G. **Gasto público com saúde no Brasil: possibilidades e desafios**. In: JORNADA DE ECONOMIA DA SAÚDE, 1, 2003, São Leopoldo. **Anais**. São Leopoldo-RS: AByRES/UNISINOS, 2003.

TEIXEIRA, Hugo V.; TEIXEIRA, Marcelo G. **Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do Siops**. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 379-391, 2003.

TEIXEIRA, Carmem Fontes, SÁ, Marilene de Castilho. **Planejamento & Gestão em Saúde: Situação Atual e Perspectivas para a Pesquisa, o Ensino e a Cooperação Técnica na Área**. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 80-103, 1996.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. **Implicações de decisões e discussões recentes para o financiamento do Sistema Único de Saúde**. *SAÚDE DEBATE*, Rio de Janeiro, v. 40, N. 109, P. 187-199, abr-jun, 2016.

YIN, Robert K.. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2ª ed. Porto Alegre, RS: Bookman, 2001. Trad.: Daniel Grassi.