

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC  
CURSO DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS**

**ROSANA MARTINELLO CECHINEL**

**A TRAJETÓRIA DO GASTO PÚBLICO FEDERAL COM SAÚDE NO BRASIL DE  
2000 A 2018**

**CRICIÚMA  
2019**

**ROSANA MARTINELLO CECHINEL**

**TRAJETÓRIA DO GASTO PÚBLICO FEDERAL COM SAÚDE NO BRASIL DE  
2000 A 2018**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado para obtenção do grau de Bacharel no curso de Ciências Econômicas da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC.

Orientador(a): Prof. Dr. Dimas de Oliveira Estevam

**CRICIÚMA  
2019**

**ROSANA MARTINELLO CECHINEL**

**A TRAJETÓRIA DO GASTO PÚBLICO FEDERAL COM SAÚDE NO BRASIL DE  
2000 A 2018**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado pela Banca Examinadora para obtenção do Grau de Bacharel, no Curso de Ciências Econômicas da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC, com Linha de Pesquisa em Economia do Setor Público.

Criciúma, 28 de novembro de 2019.

**BANCA EXAMINADORA**

Prof. Dimas de Oliveira Estevam - Doutor - Unesc - Orientador

Prof. Max Richard Coelho Verginio - Mestrando - (UNESC)

Prof. Débora Aparecida Almeida - Mestre - (UNESC)

Dedico este trabalho a toda minha família, e, em especial a meu esposo, que foi um grande incentivador para conclusão do mesmo. Dedico também aos professores Dimas, Amauri e Ismael que auxiliaram no processo de elaboração de toda pesquisa.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço, primeiramente, a Deus, por ser orientador ao longo da vida, me guiando e auxiliando em minhas escolhas.

Ao meu pai Deonísio Cechinel, à minha mãe Ivonete Maria Martinello Cechinel, meus irmãos Daiana e Ivan, meu cunhado Luiz Henrique pelo incentivo e apoio em minhas decisões e sobretudo por estarem sempre dando suporte para conclusão desta etapa.

À minha sogra Marilete Danielski Milanez, ao meu sogro Eloir Antônio Milanez pelo carinho e apoio em todas as etapas desta caminhada.

Ao meu esposo Renato, pelo cuidado, amor e compreensão ao longo deste período. Aos meus filhos, Lorenzo, Rafael e Artur, por cada abraço, sorriso e carinho, mesmo quando eu não podia lhes dar a atenção merecida.

Ao meu orientador Dimas de Oliveira Estevam e seu orientando Max Richard Coelho Verginio, pela dedicação e sugestões apresentadas ao longo da minha pesquisa.

As minhas amigas Jaqueline Fortuna, Marina Kikusa e Paloma Candiotto pela contribuição na minha formação acadêmica e pelas palavras de motivação.

Aos professores Amauri de Souza Porto Junior e Ismael Cittadin, pelas orientações e sugestões apresentadas.

Enfim, agradeço a todas as pessoas que fizeram parte desta fase em minha vida e que, de alguma forma, contribuíram para que tudo desse certo.

## RESUMO

O presente estudo trata da análise da trajetória dos gastos públicos no Brasil, na esfera federal com o setor da saúde, no período que compreende o ano de 2000 a 2018. Sendo assim, a pesquisa busca analisar a luz dos princípios do planejamento orçamentário público e da legislação que envolve o setor, o comportamento dos gastos com a função saúde. Para tanto, procedeu-se com pesquisa descritiva com abordagem qualitativa e quantitativa. Qualitativa porque faz-se a leitura de dados de relatórios oficiais da União para descrever o comportamento do orçamento do setor. E quantitativa devido a necessidade da mensuração dos gastos bem como tratamento dos dados a partir da matemática aplicada e conceitos da Ciências Econômicas, que consiste no deflacionamento da série de dados, sendo necessário trazer a valores reais os resultados de cada ano, utilizando-se como ano base 2018. O estudo apontou uma tendência de ascensão entre os anos de 2003 a 2014 com três períodos apresentado retrações em comparação ao ano anterior. Comparando 2014-2015, respectivamente R\$ 116,23 bilhões e R\$ 113,93 bilhões, uma variação negativa de -1,98% para o período. Também apresentando tendência negativa 2015-2016, respectivamente R\$ 113,93 bilhões e R\$ 113,73 bilhões, variação negativa de -0,17%. E por último 2017-2018 R\$ 120,09 bilhões e R\$ 119,05 bilhões, variação negativa de -0,87%. Nesses três períodos ocorre uma redução real do gasto total com saúde no âmbito federal. Nesse sentido, essa pesquisa traz interpretações que podem ser melhor avaliadas sobre o olhar da gestão pública, a intenção deste trabalho é contribuir para o debate acadêmico, em prol dessa área, pois abrange um tema de relevância no Estado brasileiro, e que impacta na vida de todo cidadão.

**Palavras chaves:** Gasto Público. Saúde. Economia do Setor Público.

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Despesas da União por Função (Exceto Despesas Especiais – Refinanciamento e Intra-orçamentárias) .....	35
Gráfico 2 – Despesa da Função Saúde por Subfunção .....	36
Gráfico 3 – Trajetória do Gasto Federal com Saúde: 2000 a 2018 .....	37
Gráfico 4 – Trajetória do Gasto Federal com Saúde <i>per capita</i> , 2000 a 2018 .....	38
Gráfico 5 – Trajetória PIB <i>per capita</i> , 2000 a 2018. ....	40
Gráfico 6 – Trajetória Gasto Federal com Saúde por Subfunção: 2013 a 2018 .....	43

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Composição da base vinculável das receitas de estados e municípios para cumprimento da emenda constitucional n. 29/2000 .....	27
--	----

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Variáveis utilizadas.....	37
Tabela 2 – Gasto Federal com Saúde por Subfunção, em bilhões constantes de 2018 .....	41

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASPS	Ações e Serviços Públicos de Saúde
BACEN	Banco Central do Brasil
CF	Constituição Federal
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CONASENS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONNAS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSEMS	Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
DRU	Desvinculação das Receitas da União
EC	Emenda Constitucional
EC29	Emenda Constitucional n. 29
FPE	Fundo de Participação dos Estados e do DF
FPM	Fundo de Participação dos Municípios
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS	Imposto Sobre Circulação de Mercadorias e Serviços
ICON	Instituto de Contas
IPCA	Índice de Preços ao Consumidor Amplo
IPI	Imposto sobre Produtos Industrializados Exportados
IPMF	Imposto Provisório sobre a Movimentação Financeira
IPTU	Imposto Sobre Propriedade Predial e Territorial Urbana
IRRF	Imposto de Renda Retido na Fonte
ISS	Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza
ITBI	Imposto sobre Transmissão de Bens e Imóveis Intervivos
ITR	Imposto Territorial Rural
LDO	Leis de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Normas Operacional da Assistência em Saúde

NOB	Normas Operacionais Básicas
OP	Orçamento Programa
OPAS	Organização Pan-Americanas da Saúde
OSS	Orçamento da Seguridade Social
PIB	Produto Interno Bruto
PPA	Plano Plurianual
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>11</b>
1.1 TEMA .....	12
1.2 PROBLEMA DE PESQUISA .....	12
1.3 OBJETIVOS .....	12
<b>1.3.1 Objetivo Geral</b> .....	<b>13</b>
<b>1.3.2 Objetivos específicos</b> .....	<b>13</b>
1.4 JUSTIFICATIVA .....	13
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	<b>15</b>
2.1 ECONOMIA DO SETOR PÚBLICO .....	15
<b>2.1.1 LEGISLAÇÃO DO SETOR DA SAÚDE</b> .....	<b>15</b>
<b>2.1.2 Saúde no setor público</b> .....	<b>19</b>
<b>2.1.3 Finanças Públicas e Orçamento</b> .....	<b>21</b>
<b>2.1.4 Financiamento do SUS</b> .....	<b>24</b>
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	<b>29</b>
3.1 CLASSIFICAÇÃO E DELINEAMENTO DA PESQUISA .....	29
3.2. PROCEDIMENTOS DE COLETA E TRATAMENTO DE DADOS .....	30
<b>4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS</b> .....	<b>35</b>
<b>4.1 CONSIDERAÇÕES DOS RESULTADOS</b> .....	<b>43</b>
<b>5 CONCLUSÃO</b> .....	<b>46</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>48</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Entre as atribuições do setor público está a função de prover bens e serviços à população. Isso resulta que todas as esferas congreguem entre si uma atitude coordenativa quanto ao fornecimento de recursos e condições, para que atinja o objetivo principal que é a execução de projetos e políticas públicas voltadas para servir a população.

No âmbito da saúde, conforme estabelece a Constituição Federal de 1988, compete ao Estado a construção de políticas públicas na forma de um sistema único, universal, igualitário e operacionalizado mediante ações e serviços em rede descentralizada, hierarquizada e gerida com controle social. Com base nesse preceito, foi aprovada em 1990 a Lei Orgânica da Saúde, que possibilitou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que compõe as obrigações constitucionais do Governo, no que diz respeito à saúde e contempla um conjunto de ações e comprometimentos das três esferas de governo organizadas de forma descentralizada, em esferas locais e regionais, com autonomia de gestão, tendo como financiador recursos financeiros advindos dos orçamentos públicos.

Sendo assim, o sistema público de saúde brasileiro é estruturado de forma a oferecer cobertura universal e de forma descentralizada entre os entes federativos, tanto do ponto de vista do seu funcionamento quanto do seu financiamento (BRASIL, 2018).

Tendo como base a estrutura de organização do setor da saúde pública brasileira, a partir do ano 2000, o financiamento do SUS passou a ser efetivamente compartilhado por todas as Unidades da Federação como resultado da aprovação da Emenda Constitucional n. 29 (EC29). Nesta ficou determinado um piso para a participação da União, Estados, Distrito Federal e municípios. Com relação à União, a vinculação de recursos para o SUS foi relacionada ao crescimento nominal do produto interno bruto (PIB) a partir de uma base inicial no ano 2000, correspondente ao valor executado em 1999, acrescido de 5%. A partir de 2001, o valor mínimo para a União passou a ser o executado pelo Ministério da Saúde (MS) em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) no ano imediatamente anterior, corrigido pela variação nominal do PIB entre os dois anos precedentes (UGÁ; PORTO; PIOLA, 2012).

Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Gasto Total em Saúde no Brasil, corresponde a cerca de 8% do PIB; sendo 4,4% do PIB é de gastos privados (55% do total) e 3,8% PIB de gastos públicos (45% do total) (OPAS, 2019).

O tema sobre os gastos públicos em saúde é de grande relevância para a sociedade, uma vez que assuntos como tributação, dispêndio público e políticas públicas envolvem o interesse do cidadão e das instituições de forma geral: as medidas tomadas nesses setores afetam a sociedade.

Nesse sentido pesquisas que buscam analisar a trajetória dos gastos públicos no setor da saúde são de grande importância, tendo em vista que há limitações de recursos, e estes devem ser distribuídos em forma de serviços para a população.

Portanto, entender como funciona o setor e a gestão dos recursos destinados a saúde é de fundamental importância para verificarmos se os governos estão aplicando de forma a cumprir a legislação que o regulamenta, visto que o Estado tem como papel realizar a gestão financeira e administrativa dos recursos aplicados em cada área (BRASIL, 2016).

Sendo assim, esta pesquisa tem por finalidade apresentar a trajetória dos gastos públicos do Brasil no setor da saúde a partir de um recorte temporal, que se inicia em 2000 e se estende até 2018.

## 1.1 TEMA

Realizar um estudo sobre o gasto público federal com saúde no Brasil no período de 2000 a 2018.

## 1.2 PROBLEMA DE PESQUISA

Houve alterações com o gasto com a saúde pública, no Brasil, no período de 2000 a 2018?

## 1.3 OBJETIVOS

### 1.3.1 Objetivo Geral

Analisar o gasto público com saúde no Brasil no âmbito federal, no período de 2000 a 2018.

### 1.3.2 Objetivos específicos

Descrever como o governo distribuiu os gastos em saúde no período, o modelo orçamentário do setor público e o financiamento do SUS;

Coletar dados relativos aos gastos públicos realizados no período de 2000 a 2018 pelo governo federal;

Analisar se houve ou não alterações significativas nos gastos do governo em termos *per capita* no período.

## 1.4 JUSTIFICATIVA

Grande parte da nação brasileira sofre impactos diretos das decisões tomadas pelos governos e suas políticas públicas. Em meio as várias políticas públicas implantadas, as que envolvem os gastos públicos na área da saúde são de fundamental importância para o desenvolvimento de uma região ou país, seja pela sua existência ou carência, pela sua adaptação ou pela sua deficiência.

Deste modo esse trabalho de pesquisa visa cumprir uma pesquisa qualitativa e quantitativa referente aos gastos públicos, buscando mensurar o volume de recursos aplicado pelo governo federal nas políticas da saúde no período que se constitui entre os anos de 2000 a 2018.

Desta forma a pesquisa traz informações que necessitam ser melhor avaliadas sobre a gestão pública, a intenção deste trabalho é contribuir para o debate acadêmico, em prol dessa área, relativamente, nova na economia. Abrange um tema de relevância no Estado brasileiro, e que impacta na vida de todo cidadão brasileiro, seja pela contribuição do setor com a redução da propagação de epidemias e doenças através de vacinas, quer seja por atendimento direto, contribuindo assim tanto para o meio acadêmico, para os pesquisadores pares e para a sociedade como um todo.

O desenvolvimento do presente estudo foi dividido em cinco capítulos, que compreendem a introdução aqui realizada, o segundo capítulo, inicia a

fundamentação teórica que nos permitirá analisar os dados, dedicado a legislação e surgimento do SUS, regulamentação e distribuição dos gastos públicos setoriais do governo e o financiamento da saúde no Brasil. O terceiro capítulo apresenta a metodologia aplicada ao estudo, procedimentos de coleta e os tratamentos de dados. O quarto está voltado para a análise e resultados e, por último, o quinto será as considerações finais.

## **2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **2.1 ECONOMIA DO SETOR PÚBLICO**

Esta seção está organizada em quatro partes. Na primeira parte é realizado uma abordagem sobre a legislação direcionada ao setor da saúde. No segundo tópico apresentam-se as características e divisões no âmbito Federal, Estadual e Municipal do setor público brasileiro. Em seguida serão abordadas as especificidades das finanças públicas mediante apresentação dos objetivos e princípios da gestão financeira das organizações públicas no Brasil, com base no seu modelo de planejamento previsto na legislação. Por fim, será tratado o modo de financiamento e alocação dos recursos públicos na área da saúde.

#### **2.1.1 Legislação do setor da saúde**

Segundo Souza (2002), os princípios jurídicos e normativos em que se baseiam o Sistema de Saúde Brasileiro são:

Constituição federal de 1988

- Lei Orgânica de Saúde nº 08080/90
- Lei no 8.142/90
- Normas Operacionais Básicas – NOB – publicadas em 1991, 1993 e 1996
- Emenda constitucional n. 29/2000
- Norma Operacional da Assistência em Saúde – NOAS – publicada em 2001

Em 1988 com o estabelecimento da constituição federal (CF) e com a crescente mobilização do “Movimento da Reforma Sanitária, que segundo Souza (2002) era composto por “trabalhadores da saúde, de centros universitários e de setores organizados da sociedade” ´é estabelecido o setor da saúde perante a lei.

Conforme Souza (2002) a Lei 8.080 estabeleceu o Sistema Único de Saúde, com gerenciamento exclusivo em cada esfera do governo e determinou o MS (Ministério da Saúde) como administrador no que se refere a União.

A Lei, no seu Capítulo II – Dos Princípios e Diretrizes, Art. 7º, estabelece entre os princípios do SUS:

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo (BRASIL, 1990).

Com essa lei o Brasil passa a possuir um sistema público de saúde único e universal contando com a base e apoio da legislação vigente no país, ou seja, o cidadão passa a ter direitos no que se refere a acesso a saúde pública, sem distinção de classe econômica ou posição social. O Art 196 da CF estabelece:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Aqui se percebe claramente que o Estado tem responsabilidades no que diz respeito a garantia de fornecimento e acesso a saúde da população.

O Art. 198 trata sobre a responsabilidade de financiamento e orçamento onde define: “O sistema único de saúde será financiado, nos termos do Art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes” (BRASIL, 1988). Segundo Souza (2002), é uma questão de grande importância pois a discussão com maior destaque

é a participação da União no financiamento do SUS como se fosse exclusivamente responsável.

Segundo o Art. 195 da Constituição Federal:

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, e das seguintes contribuições sociais:

I - do empregador, da empresa e da entidade a ela equiparada na forma da lei, incidentes sobre: a) a folha de salários e demais rendimentos do trabalho pagos ou creditados, a qualquer título, à pessoa física que lhe preste serviço, mesmo sem vínculo empregatício b) a receita ou o faturamento; c) o lucro (BRASIL, 1988).

A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 segundo Conselho Nacional de Saúde “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.” O que pode ser explicado por Kruger (2000):

Dispõe sobre a diretriz constitucional de participação da comunidade, que acontecerá nas seguintes instâncias colegiadas: conferências de saúde<sup>3</sup> e conselhos de saúde,<sup>4</sup> abertos à participação de representantes de diferentes segmentos da sociedade civil, nas três esferas de governo (KRUGER, 2000, p.121 e 122).

Segundo Souza (2002), o SUS desde sua criação a partir da Lei orgânica de 1990 vem apresentando grandes e importantes transformações. Uma das principais questões que demonstram isso é a sua universalização, que teve como principal fator a reestruturação da saúde, tendo como base a descentralização das responsabilidades gestoras e orçamentárias dentro dos três campos governamentais (União, Estados e Municípios).

Para que esse modelo funcione o mesmo é orientado a partir das Normas Operacionais Básicas do SUS:

As Normas Operacionais definem critérios para que estados e municípios voluntariamente se habilitem a receber repasses de recursos do Fundo Nacional de Saúde para seus respectivos fundos de saúde. A habilitação às condições de gestão definidas nas Normas Operacionais é condicionada ao cumprimento de uma série de requisitos e ao compromisso de assumir um conjunto de responsabilidades referentes à gestão do sistema de saúde. Embora o instrumento formal seja uma portaria do Ministro da Saúde, o seu conteúdo é definido de forma compartilhada entre o Ministério e os representantes do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Para tanto foram criadas instancias de negociação, sendo uma a nível nacional, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT – com

representação do Ministério da saúde, do CONASS e do CONASEMS) e, em cada estado, uma Comissão Intergestores Bipartite (CIB), com representação da Secretaria Estadual de Saúde e do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) (SOUZA, 2002, p.23).

Segundo Souza (2002) no que se refere a vinculação de receitas provenientes das três esferas governamentais é assegurado pela Emenda Constitucional n. 29/2000, onde torna responsável os três níveis de governo o financiamento do SUS:

Os recursos federais que correspondem, a mais de 70% do total, progressivamente vêm sendo repassados a estados e municípios, por transferências diretas do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municipais, conforme mecanismo instituído pelo decreto 1.232, de 30 de agosto de 1994 (SOUZA, 2002, p.17).

Contudo o nível federal ainda é o que representa a maior parte do financiamento dos Sistema Único de Saúde, porém com a EC29 a tendência é os Estados e Municípios aumentarem cada vez mais suas participações orçamentárias do sistema público.

O NOAS-SUS é fruto da necessidade da descentralização da administração do sistema público de saúde no âmbito das três esferas governamentais, a finalidade da norma citada é “promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção” (SOUZA, 2002, p.29).

Em 2001 foi publicada e colocada em vigor a NOAS-SUS (Norma Operacional de Assistência à Saúde):

A norma em vigor (NOAS-SUS 01/01) define duas condições de gestão municipal: (a) Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, pela qual o município se habilita a receber um montante definido em base per capita para o financiamento das ações de atenção básica, e (b) Gestão Plena do Sistema Municipal, pela qual o município recebe o total de recursos federais programados para o custeio da assistência em seu território. Cabe esclarecer que o financiamento por base per capita não dispensa o gestor de alimentar o sistema de informações ambulatoriais, cuja produção servirá como insumo para futuras negociações de alocação de recursos financeiros (SOUZA, 2002, p.19).

Conforme estabelecido pela Portaria 95, do Ministério da Saúde:

Art. 1º Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão

do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Durante o ano de 2001, percebeu-se um forte dinamismo entre os estados relacionado aos processos e mecanismos entre gestores a nível estadual e municipal para estruturação dos planos e estratégias exigidos pelo NOAS-SUS, tendo em vista a melhoria do acesso e distribuição do sistema público de saúde (SOUZA, 2002, p. 31).

### **2.1.2 Saúde no setor público**

Segundo Souza (2002) o Brasil se divide em um sistema federativo composto por três níveis: União, Estados e Municípios. Esses entes são considerados diante da Constituição de 1988 com independência administrativamente e sem relações hierárquicas definidas entre si.

Conforme estudo do IBGE (2017) a divisão territorial se perfaz em 26 estados e o Distrito Federal e 5.570 municípios, de municípios como Serra da Saudade (MG) com 786 habitantes, até municípios como São Paulo (SP) com cerca de 12 milhões de habitantes (IBGE, 2018)

Por se tratar de um país com território extenso, onde se apresenta imensa heterogeneidade cultural, política, social, religiosa e, mesmo, econômica, torna-se complexa a implantação de políticas sociais de amplitude nacional principalmente quando se trata das desigualdades sociais evidenciadas no Brasil. Diante disso é de fundamental importância a presença de políticas sociais que visem o bem estar e a inclusão da população, e para isso as políticas públicas devem ser bem direcionadas e voltadas a essa diversidade populacional (SOUZA, 2002).

Conforme Souza (2002), para a implantação de políticas sociais, em um país como o Brasil, é necessário elucidar as atribuições de cada nível do sistema federal, de modo a manter um sistema interligado, cooperativo e bem articulado.

A divisão das esferas do governo no âmbito da saúde determina que ao governo federal compete a fiscalização, normatização e estabelecimento de padrões técnicos e o planejamento estratégico, sempre respeitando as competências estaduais e municipais e agindo cooperativamente com os mesmos (SILVA, 1996).

Já os estados devem gerenciar os “serviços especializados, assim como o controle de insumos [...], além da definição de estratégias gerais de ação

epidemiológica, a serem assumidas e executadas pelos municípios (SILVA, 1996, p.70).

O sistema político federalista brasileiro apresenta particularidades que geram consequências para a área da saúde, como a capacidade de financiamento e incorporação de tecnologias, pois existe aos município a carga delegada em relação a implantação de políticas públicas, dada sua independência no sistema político, sendo que cada município apresenta suas especificidades (PIMENTEL et al., 2017) “em termos de porte, desenvolvimento político, econômico e social, capacidade de arrecadação tributária e capacidade institucional de Estado” (SOUZA, 2002, p.10).

Incorpora-se a dificuldade técnica que é de um fator complexo como “realidades distintas em relação às diferentes necessidades sanitárias e epidemiológicas e às disparidades entre a capacidade instalada para a oferta de serviços de saúde dos entes subnacionais” (PIMENTEL et al., 2017).

Para que se consiga a descentralização almejada na constituição do SUS, se fez necessário a adaptação dos sistemas organizacionais, um destes é a criação do Distrito Sanitário que envolve as relações entre diversos agentes da saúde como hospitais gerais, unidades básicas de atendimento e centros especializados, que se articulam para melhor ofertar os serviços de saúde, além de demonstrar uma transformação ideológica que envolve a “estruturação do novo paradigma de promoção a saúde (SILVA, 1996, p. 74).

Sendo assim, conforme Silva (1996):

Portanto, a ideia da descentralização/municipalização da saúde parece ter um potencial significativo no sentido de que o município pode assumir e atuar como base da federação com maior agilidade para provocar as devidas transformações, principalmente na área das políticas sociais e particularmente na saúde, enquanto política pública. Isso não significa isolamento, mas uma progressiva e permanente articulação e integração com os níveis estadual e federal nos seus respectivos e competentes papéis outorgados pela Constituição e pelas legislações complementares (SILVA, 1996, p.10).

E ainda a recente transformação ocorrida na organização do sistema político, o Brasil com períodos de governo centralizado e autoritário ao longo da sua história (SILVA, 1996), tem na sua contemporaneidade a entrada em um sistema político federalista e descentralizado onde as tensões para a formação e organização das esferas do governo vem junto com a tentativa de determinação da atuação de cada ente político (SOUZA, 2002).

### **2.1.3 Finanças Públicas e Orçamento**

O Estado para desempenhar o seu objetivo principal, “o bem estar”, realiza várias atividades e necessita de meios financeiros que viabilize desempenhar de forma adequada o seu papel. A atividade financeira do Estado se cumpre a partir da obtenção da receita pública, execução da despesa pública e gestão do orçamento público, ou seja, elaboração, aprovação e controle (CONNAS, 2016).

A melhor maneira de atingir a transparência do orçamento público e simplificar seu controle é procurar a base legal que o sustenta, seguindo os princípios básicos do orçamento. O propósito desses princípios é transformar algo complexo, como dados financeiros de uma nação, em algo de fácil acesso e interpretação, de modo que o orçamento tenha a maior transparência possível auxiliando no seu controle e avaliação (NASCIMENTO, 2006).

Conforme Giacomoni (2010) e Nascimento (2006), os princípios orçamentários são as premissas, são as linhas que direcionam as ações a serem observadas para realizar a proposta orçamentária, e estão divididas em fundamentais e operacionais. Os princípios orçamentários fundamentais são: princípio da legalidade, princípio da reserva legal, princípio da periodicidade, princípio da exclusividade, princípio da unidade, princípio da universalidade. Os princípios operacionais por sua vez dividem-se em: princípio do equilíbrio, princípio da publicidade, princípio da especificação, princípio da não vinculação de receita, princípio do orçamento bruto.

Esses princípios são impostos pela legislação explicitas na Constituição Federal de 1988, na Lei Federal 4.320/1964, na Lei de Diretrizes Orçamentárias, na Lei de Responsabilidade Fiscal, no Decreto-Lei 200/1967, no Decreto 93.872/1986 e nas Portarias da Secretaria do Tesouro Nacional (NASCIMENTO, 2006).

A política orçamentária tem três principais funções: i) garantir o ajustamento na alocação dos recursos, ou seja, ofertar bens e serviços que são fundamentais para a sociedade, mas que não são providos pelo setor privado, pelo menos não em sua totalidade; ii) garantir o ajustamento na distribuição da renda e da riqueza, buscando assegurar uma sociedade menos desigual, bem como a destinação de parte dos recursos advindos da tributação ao serviço público de saúde, educação, social, infraestrutura iii) garantir a estabilização econômica, nesse sentido utiliza-se de

mecanismos macroeconômicos para controlar o nível de utilização dos recursos de modo a manter o valor da moeda estável, atuando de forma a minimizar impactos negativos na economia que podem ser gerados a partir do aumento da inflação, do desemprego, dentre outros problemas (RIANI, 2002).

A execução dos planos governamentais está diretamente ligada a principal atividade do Estado, que consiste na prestação de serviços públicos aos cidadãos. Nesse sentido, o orçamento pode ser compreendido como a lei que estima as receitas e fixa as despesas, dada a especificidade do período e sua vigência, tendo em vista o atendimento e execução das políticas públicas de governo (PIRES, 2006).

Sendo assim a Lei Federal 4.320/1964 estabelece que “A Lei do Orçamento conterà a discriminação da receita e despesa de forma a evidenciar a política econômica financeira e o programa de trabalho do Governo, obedecidos os princípios de unidade, universalidade e anualidade”. Ou seja, estipula o orçamento como um plano de exercício de governo definido em termos financeiros para um período específico. Esse plano contempla o modo de financiamento dos dispêndios públicos e deve ser aprovado em forma de lei (BRASIL, 1964).

O Orçamento Programa (OP) foi criado em 1967 pela reforma administrativa que foi instituído pelo Decreto Lei n. 200, o Plano Plurianual (PPA) e a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), são os principais instrumentos de planejamento financeiro governamental (CONNAS, 2007).

Conforme Nascimento (2006, p. 68):

O Orçamento Programa é aquele que apresenta os propósitos, objetivos metas para as quais a administração solicita os fundos necessários, identifica os custos dos programas propostos para alcançar tais objetivos e os dados quantitativos que medem as realizações e os trabalhos realizados dentro de cada programa (NASCIMENTO, 2006, p. 68).

Portanto o Orçamento Programa é o meio que estabelece um instrumento de planejamento.

A Constituição de 1988, no que se refere ao planejamento orçamentário, teve o cuidado em institucionalizar a incorporação entre os processos de planejamento e orçamento, tornando obrigatório a construção de três instrumentos para essa finalidade: PPA, LDO e Lei Orçamentária Anual (LOA).

Dessa forma, verifica-se que o orçamento público inicia a partir do PPA, pois este contempla os planos de governo assim como seus objetivos e gastos dentro

de um período de quatro anos (NASCIMENTO, 2006). Sendo que, corresponde os três primeiros anos do PPA com os três últimos anos do mandato do administrador que elabora o referido Plano, e o último ano do Plano é executado no primeiro exercício do mandato do próximo gestor público possibilitando, com isso, uma certa continuidade no plano de governo (BRASIL, 2009).

Contudo, dentre os programas e ações do governo, existem os de prioridade quanto a aplicação dos recursos financeiros públicos. Sendo assim, para Nascimento (2006), a LDO tem o objetivo de estabelecer as diretrizes necessárias para a alocação dos recursos no orçamento anual, de forma a assegurar o cumprimento das metas e objetivos do PPA, que terão validade para o ano subsequente.

Nesse sentido, a LOA da União estima receitas e fixa as despesas para um exercício financeiro. De um lado, permite avaliar as fontes de recursos públicos no universo dos contribuintes e, de outro, quem são os beneficiários. Conforme ressaltado por Bezerra Filho (2006), as despesas orçamentárias “[...] constituem o conjunto dos gastos públicos autorizados por intermédio do orçamento [...]” e “[...] se destinam a satisfazer as necessidades da comunidade”.

Sendo assim, conclui-se que o PPA, a LDO e a LOA devem ser compatibilizados entre si, integrando planejamento e orçamento (ANDRADE, 2007).

Baleeiro (2008) orienta a respeito da despesa pública apontando essa como uma determinada quantia em dinheiro que, ao ser aplicada por uma autoridade pública competente, resulta na execução de um compromisso em detrimento das necessidades de bens e serviços referentes à sociedade.

Conforme Connas (2016) os recursos financeiros são divididos em duas categorias, Despesas Correntes e Despesas de Capital, estes são encaminhados com a finalidade da execução de programas de trabalhos de áreas específicas, que são intituladas funções de governo e que são estabelecidos por meio de projetos e atividades, as quais necessitam atenção por parte da legislação vigente.

Conforme Kohama (2008), as despesas correntes são aquelas que contribuem para o funcionamento dos órgãos da estrutura governamental e têm natureza operacional, enquanto as despesas de capital colaboram, diretamente, para a geração de novos bens de capital.

Tendo em vista a indispensável necessidade de planejamento financeiro por parte do governo convém ressaltar o conceito de Andrade (2007, p.48) sobre orçamento:

Orçamento público ou orçamento-programa é a materialização do planejamento do Estado, quer na manutenção de sua atividade (ações de rotina), quer na execução de seus projetos (ações com início, meio e fim). Configura o instrumento do Poder Público para expressar seus programas de atuação, discriminando a origem e o montante dos recursos (receitas) a serem obtidos, bem como a natureza e o montante dos dispêndios (despesas) a serem efetuados. O orçamento público é, pois, o elo entre o planejamento e as funções executivas da organização, em que a alocação de recursos visa à consecução de objetivos e metas (ANDRADE, 2007, p. 48).

Dentro desse aspecto, vale ressaltar que a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) tem como principal objetivo determinar a boa técnica legislativa quanto a aplicação e empenho do orçamento público, consistindo em estabelecer “normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal” (BRASIL, 2000). O parágrafo primeiro do Artigo Primeiro, por sua vez, define o que se entende como responsabilidade na gestão fiscal, abrangendo os seguintes postulados: “Ação planejada e transparente. Prevenção de riscos e correção de desvios que afetem o equilíbrio das contas públicas. Garantia de equilíbrio nas contas, via cumprimento de metas de resultados entre receitas e despesas, com limites e condições para a renúncia de receita e a geração de despesas com pessoal, seguridade, dívida, operações de crédito, concessão de garantia e inscrição em restos a pagar” (BRASIL, 2000).

Tendo em vista o modelo de gestão do orçamento público brasileiro, discorre-se a seguir o modelo de financiamento do Sistema de Saúde Pública do Estado brasileiro. Busca-se compreender como são organizadas, suas características e quais princípios regem a aplicação dos recursos públicos bem com sua distribuição e gestão.

#### **2.1.4 Financiamento do SUS**

Os gastos efetuados pela gestão pública para financiar as políticas públicas da saúde e outros dispêndios governamentais são oriundos de impostos, contribuições e taxas recolhidas pelo Estado sobre produção, consumo, renda e patrimônio (CONNAS, 2007).

Conforme Ugá, Porto e Piola (2012, p. 395), “o financiamento de sistemas de saúde diz respeito às fontes de recursos por meio das quais se dá o gasto em saúde de uma determinada sociedade”. Nesse sentido os gastos podem ocorrer três formas: I) Estado, por meio de tributos ou empréstimos; II) Famílias, mediante aquisição de plano/seguros ou compras diretas; III) Empresas, quando oferecem planos aos seus colaboradores por meio de planos de saúde e, por conseguinte participam no ônus financeiro.

No que diz respeito aos tributos, cabe dividi-los em impostos e contribuições sociais. Desse modo entende-se que os impostos não têm destinação pré-definida, isto é, os governantes os direcionam a partir de suas estratégias e políticas de governo. Em contrapartida as contribuições sociais, no caso específico da área da saúde, são destinadas ao Orçamento da Seguridade Social (UGÁ, PORTO e PIOLA, 2012).

Os tributos são classificados a partir da maneira que eles afetam os indivíduos, portanto dividem-se como tributos diretos e indiretos. Tributos diretos: classificam-se dessa forma quando os impostos incidem sobre a renda das famílias, das empresas e de suas respectivas propriedades. Tributos indiretos: categoriza-se dessa forma quando os impostos incidem sobre as transações comerciais ou no valor das mercadorias como o imposto sobre o consumo (RIANI, 2002).

Os sistemas tributários distinguem-se entre si conforme sua incidência nas diversas camadas de renda da sociedade. Sendo assim, classificam-se como proporcional, progressivo ou regressivo (RIANI, 2002).

Para garantir a equidade, é importante ressaltar que o sistema tributário brasileiro, prega, em princípio, a progressividade. Isso compete afirmar que os impostos incidem proporcionalmente sobre aqueles que possuem maior renda, tendo como exemplo as alíquotas do Imposto de Renda.

Por sua vez, os tributos proporcionais penalizam igualmente toda a população, com a mesma taxa de alíquota, e estes estão relacionados a transações comerciais ou de bens. Um exemplo desse tipo de tributo é a extinta Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF). Por fim, os impostos regressivos têm como característica inevitável recair com mais peso nas camadas de menor renda, tendo em vista que essa camada empenha toda a sua renda no consumo, contrariamente as classes mais altas que poupam uma parcela de sua renda, motivo

pelo qual são frequentemente onerados com essa categoria de imposto (UGÁ, PORTO e PIOLA, 2012).

Sendo assim, os tributos têm como objetivo primordial o financiamento do Estado no que diz respeito a sua gestão. Nesse sentido algumas iniciativas institucionais buscaram assegurar a estabilidade do financiamento setorial, a partir de modificações na legislação por meio da vinculação dos orçamentos através dos tributos. Sendo uma delas, em 1994, o Poder Executivo, apresentou a proposta da criação do Imposto Provisório sobre a Movimentação Financeira (IPMF), e a partir de 1996, passou a ser CPMF. A criação desse tributo teve como intuito a vinculação exclusivamente à saúde, e posteriormente também foi encaminhada parcialmente para a previdência social (FRANÇA; COSTA, 2008).

Entretanto, o Governo, frequentemente, desvinculou parcela do montante de recursos provenientes da CPMF para quitar parte da dívida externa (OCKÉ-REIS, 2012).

A Desvinculação das Receitas da União (DRU), foi aplicada a partir de 1994, com a implantação do Plano Real, que tinha como objetivo permitir o ajustamento dos gastos governamentais de modo a possibilitar o superávit primário nas contas públicas, que consiste um dos elementos essenciais no controle da inflação. Sendo assim, a DRU pode desvincular em até 20% das receitas da saúde, assistência e previdência, com isso, entende-se que os recursos destinados ao SUS são reduzidos conforme as necessidades das políticas econômicas dos Governos.

Com a extinção da CPMF em 2007, a saúde, e, por conseguinte, o SUS deixaram de receber bilhões em recursos, pois conforme Servo (2011 apud UGÁ; PORTO; PIOLA, 2012, p.405) em média “no período de 1997 a 2007, a CPMF respondeu por um terço dos recursos do Ministério da Saúde (MS)”. Contrariamente a isso, segundo Ocké-Reis (2012, p. 43) a constituição da CPMF “acabou levando a retração de fontes que tradicionalmente financiavam o MS” e a CPMF não promoveu o aumento dos recursos destinados ao setor da saúde, ao menos não na proporção esperada, resultante da queda de participação de outras fontes de financiamento.

Um ponto em comum de preocupação entre os gestores do setor público na área da saúde era a busca pela vinculação de recursos orçamentários que possibilitasse abarcar os três níveis de governo (UGÁ; PORTO; PIOLA, 2012). Muitas propostas tramitaram no Congresso Nacional até ser promulgada em 13 de setembro de 2000, a Emenda Constitucional n. 29 (EC29) (CONNAS, 2007).

A EC29, tem por objetivo a vinculação dos recursos das três esferas de governo, tendo como obrigatoriedade o gasto destes em ações e serviços públicos destinados a área da saúde (UGÁ; PORTO; PIOLA, 2012).

Na EC29 fica estabelecido que:

[...]União deveria aplicar em 2000, o montante de recursos empenhado em 1999, acrescido de pelo menos 5%, ao passo que, no período de 2001 a 2004, deveria destinar à saúde o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do PIB.

No que diz respeito às esferas infranacionais, a emenda constitucional n. 29 dispôs que os municípios deveriam destinar 15% de sua receita, até 2004, como percentual mínimo para gasto próprio com saúde; por sua vez, os Estados e o Distrito Federal deveriam alocar à saúde, no mínimo, 12% de sua receita. A Base vinculável de sua receita é composta por impostos próprios e por transferências (QUADRO 1) (UGÁ; PORTO; PIOLA, 2012, p. 406).

Conforme Ugá, Porto e Piola (2012), segue descrição da composição dos tributos vinculados a EC n. 29/2000:

Quadro 1 – Composição da base vinculável das receitas de estados e municípios para cumprimento da emenda constitucional n. 29/2000

Receitas de Impostos estaduais	ICMS – Imposto sobre Operações Relativas à Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços de Transporte Interestadual e de Comunicação.  IPVA - Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores  ITCMD – Imposto sobre Transmissão <i>Causa Mortis</i> e Doação de Bens e Direitos
Receitas de impostos municipais	IPTU – Imposto sobre propriedade Predial e Territorial Urbana  ISS – Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza  ITBI – Imposto sobre Transmissão de Bens e Imóveis Intervivos
Receitas de impostos transferidos pela União aos estados	FPE – Fundo de Participação dos Estados e do DF  IRRF – Imposto de Renda Retido na Fonte  IPI Exportação – Imposto sobre Produtos Industrializados Exportados  ICMS (Lei Kandir) – Lei complementar n. 87/96
Receitas de impostos transferidos pela União aos municípios	ITR – Imposto Territorial Rural  FPM – Fundo de Participação dos Municípios, IRRF, ICMS, IPVA, IPI, Exportação, ICMS Exportação (Lei Kandir)
Transferências financeiras constitucionais e legais dos estados aos municípios	ICMS (25%), IPVA (50%), IPI Exportação (25%), ICMS Exportação – Lei Kandir (25%)

Fonte: Ugá e Santos, 2005

Percebe-se que o plano da constituição do Orçamento da Seguridade Social (OSS) foi estabelecer fontes sólidas para os três campos da seguridade social, logo, para a saúde, sem vinculá-las; a ideia que conduziu a EC29 foi a de vincular recursos para o SUS nas três esferas de governo.

Entretanto após alguns anos de discussão, EC29 foi regulamentada pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. (BRASIL, 2012)

Os percentuais de investimento financeiro dos municípios, estados e União no SUS estabelecidos atualmente pela citada Lei, foi resultante da sanção presidencial da EC 29. Por meio desta lei, municípios e Distrito Federal devem destinar anualmente, no mínimo, 15% da arrecadação dos impostos em ações e serviços públicos de saúde incumbindo aos estados 12%. No caso da União, o montante destinado deve corresponder ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido do percentual relativo à variação nominal do Produto Interno Bruto do ano antecedente ao da lei orçamentária anual (FIOCRUZ, 2019).

A emenda mais recente que define os investimentos em saúde não é mais relativa as receitas provenientes de impostos, os recursos serão transferidos com base no IPCA do ano anterior. (BRASIL, 2016)

De acordo com a Emenda Constitucional n. 95/2016 o novo modelo de cálculo entrou em vigor, a partir de 2018, do qual se desvinculou as porcentagens mínimas transferidas e passou-se a definir os valores com base no recurso empenhado do ano anterior junto ao IPCA. A emenda terá duração de vinte anos contando do ano de sua homologação. Podendo a partir do décimo exercício o presidente alterar o Regime Fiscal e o modo como será administrado os valores das contas públicas, sendo permitido uma alteração por mandato (BRASIL, 2016).

### 3 METODOLOGIA

Para Andrade (2010, p.109) “pesquisa é o conjunto de procedimentos sistemáticos baseado no raciocínio lógico, que tem por objetivo encontrar soluções para problemas propostos, mediante a utilização de métodos científicos.” Segundo Gil (2002), para haver uma classificação de pesquisa é necessário estabelecer parâmetros, com isso é muito comum tomar como base os objetivos gerais da pesquisa para estabelecer da tipologia.

Sendo assim, este capítulo visa estabelecer e definir a classificação do tipo de pesquisa realizada, quanto a natureza, quanto aos objetivos, procedimentos e técnicas utilizadas tomando como base o objetivo geral e os objetivos específicos delimitados no primeiro capítulo.

#### 3.1 CLASSIFICAÇÃO E DELINEAMENTO DA PESQUISA

Essa pesquisa constitui-se quanto a natureza um resumo de assunto, pois fundamenta-se em trabalhos já realizados por especialistas na área de atuação, tendo como objetivo contribuir para o conhecimento específico, conforme Andrade (2010):

Trata-se de pesquisa fundamentada em trabalhos mais avançados, publicados por autoridades no assunto, e que não se limita a simples cópia de ideias. A análise e interpretação dos fatos e ideias, a utilização de metodologia adequada, bem como o enfoque do tema de um ponto de vista original são qualidades necessário ao resumo de assunto (ANDRADE, 2010, p. 111).

Quanto aos objetivos e objeto para o desenvolvimento desta pesquisa foi adotado o tipo de pesquisa descritiva, tendo em vista a necessidade de descrever e explanar como ocorre a distribuição dos gastos públicos, a legislação no que tange o setor da saúde e como bem como seu modo de financiamento.

Segundo Boaventura (2004) a pesquisa também se caracteriza como histórica, pois busca analisar e interpretar dados do passado, os gastos públicos realizados no período que compreende de 2000 a 2018 que perpassam diversos governos. Para Andrade (2010, p.112) “nesse tipo de pesquisa os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, sem que o pesquisador interfira neles”. E ainda para Gil (2002):

As pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis. São inúmeros os estudos que podem ser classificados sob esse título e uma das características mais significativas está na utilização de técnicas padronizadas e coleta de dados, tais como questionários e a observação sistemática (GIL, 2002, p.42).

Quanto ao procedimento será uma pesquisa bibliográfica, pois utiliza-se de citações de livros, artigos de caráter científico publicados. Busca desvendar o relacionamento entre as ideias conceitos e características do objeto estudado, apresentando o máximo de informação sobre o assunto e, a partir dessas informações, comparar e interpretar os resultados. Conforme Gil (2002):

A pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos embora em quase todos os estudos seja exigido algum tipo de trabalho desta natureza há pesquisas desenvolvidas exclusivamente a partir de fontes bibliográficas (GIL, 2002, p. 44).

Com relação ao procedimento de análise dos dados será utilizada a pesquisa quantitativa. Segundo Boaventura (2004), a pesquisa quantitativa é definida a partir da coleta e do tratamento dos dados por meio da estatística aplicada que consiste em cálculos como média, mediana, desvio-padrão, variância, análise de regressão ou de correlação. No texto Richardson (1985 *apud* BOAVENTURA *et al.*, 2004) caracteriza-se o método quantitativo “pelo emprego da quantificação tanto nas modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento dessas através de técnicas estatísticas, desde as mais simples como percentual, média, desvio-padrão, às mais complexas, como coeficiente de correlação, análise de regressão etc.”

### 3.2. PROCEDIMENTOS DE COLETA E TRATAMENTO DE DADOS

A área de abrangência da pesquisa será a nível macroeconômico pois toma como espaço de pesquisa o Brasil, relacionando os gastos públicos com saúde no âmbito federal no período compreendido entre 2000 a 2018. A escolha do período se deu pela disponibilidade dos dados.

Os levantamentos de dados foram realizados através de sites oficiais, aqui listados: I) Tesouro Nacional em Sistema Integrado de Administração Financeira (SIAFI), onde foram extraídos os dados referentes a Despesa da União Por Função

que relaciona o gasto total da participação da União no orçamento do setor da saúde incluído restos a pagar; II) IPEADATA utilizado para dados série histórica referente ao Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), estimativa populacional e PIB, III) Portal da Transparência Controladoria Geral da União em Relatório Resumido da Execução Orçamentária, utilizado para dados executados por subfunção.

Para responder o problema de pesquisa foram utilizadas as seguintes variáveis: o montante dos recursos empenhados pela União na função da saúde, o resultado do PIB, estimativa populacional.

Os valores apresentados relacionados aos valores empenhados no setor da saúde e a série histórica do PIB foram deflacionados pelo IPCA anual acumulado tendo como base o ano de 2018. O IPCA foi escolhido como deflator por ser um índice calculado pelo IBGE, criado para mensurar a variação de preços de uma cesta de produtos e serviços comercializados no varejo, significativa do consumo das famílias com rendimentos de 1 a 40 salários mínimos. Também utilizado pelo Banco Central como orientação para o sistema de metas de inflação, o IPCA é importante para a dinâmica das finanças públicas, por ser o indexador utilizado na regra do teto de gastos, além do que, serve como base para a evolução de boa parte dos gastos do governo (IBGE, 2019).

O PIB corresponde ao agregado de todos os bens e serviços produzidos pelas unidades produtoras residentes dentro de uma Federação. Este somatório contabiliza toda a produção de um período, geralmente no período de um ano, cujo resultado pode ser objeto de análise para a situação macroeconômica do país. Sendo assim, corresponde à soma do valor adicionado (valor da produção menos o consumo intermediário) pelos inúmeros setores da Unidade Federativa, somado dos impostos sobre produtos não incluídos na valoração da produção, líquidos de subsídios, antes do abatimento do consumo de capital fixo (BACEN, 2018).

O PIB foi escolhido como variável de análise, pois até 2015 o valor ajustado para investimento da União no setor da saúde tinha como base a variação nominal do PIB (BRASIL, 1990).

Logo, como o PIB está vinculado ao percentual aplicado no gasto público do setor da saúde por meio da legislação que compreende a maior parte do período estudado, faz-se necessário uma análise de sua evolução no período e também a participação do gasto comparado ao seu resultado.

### 3.3 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

Para a conclusão do estudo sobre a trajetória do gasto público federal com saúde no Brasil foram realizadas pesquisas com base em séries históricas que foram: gasto empenhado federal com saúde, PIB total e estimativa populacional. Sendo assim, foi necessário estimar os valores considerando sua evolução real ao longo do tempo, nesse contexto foi realizado o deflacionamento das séries que correspondem a valores monetários, que neste caso são: o gasto empenhado federal com saúde, PIB total e os valores destinados a cada subfunção do setor da saúde.

Desta forma, as séries correspondentes foram deflacionadas com base na equação:

$$P_r = \frac{P_t}{I_t} I_b \quad (1)$$

Onde:

$P_r$  = Preço real;

$P_t$  = Preço nominal do produto no período t;

$I_t$  = Índice de preço no período t;

$I_b$  = Índice de preço no período base.

Para verificar o quanto o gasto federal em saúde ocupa dentro da produção da economia brasileira, o mesmo foi relacionado em participação percentual do PIB, por meio da equação:

$$\%G_{PIBt} = \frac{G_t}{PIB_t} 100 \quad (2)$$

Onde:

$\%G_{PIBt}$  = Relação do gasto federal com saúde sobre o PIB no ano t;

$PIB_t$  = Valor total do PIB no ano t;

$G_t$  = Valor total do gasto federal com saúde no ano t.

O Gasto público com saúde *per capita* mede a dimensão do gasto público total com saúde por habitante num determinado tempo e espaço geográfico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). Auxilia na análise de variações geográficas e temporais do gasto público com saúde por habitante, identificando tendências que demandem ações e estudos específicos. O gasto *per capita* em saúde é calculado a partir do quociente do empenho federal com saúde pela estimativa populacional:

$$Gpc_t = \frac{G_t}{Pop_t} \quad (3)$$

Onde:

$Gpc_t$ : Gasto *per capita* com saúde no ano t;

$G_t$  = Valor total do gasto federal com saúde no ano t;

$Pop_t$  = Estimativa populacional no ano t.

O PIB *per capita* consiste no cálculo que dimensiona quanto do PIB caberia a cada indivíduo de um país se todos recebessem partes iguais. O PIB *per capita* é calculado a partir do quociente do PIB total anual pela estimativa populacional anual:

$$PIBpc_t = \frac{PIB_t}{Pop_t} \quad (4)$$

Onde:

$PIBpc_t$  = PIB *per capita* no ano t,

$PIB_t$  = Valor total do PIB no ano t;

$Pop_t$  = Estimativa populacional no ano t.

Tendo em vista os indicadores utilizados na metodologia e os tratamentos matemáticos já efetuados, discorre-se a seguir os resultados e suas respectivas leituras durante o período selecionado. Busca-se compreender como se comportou a

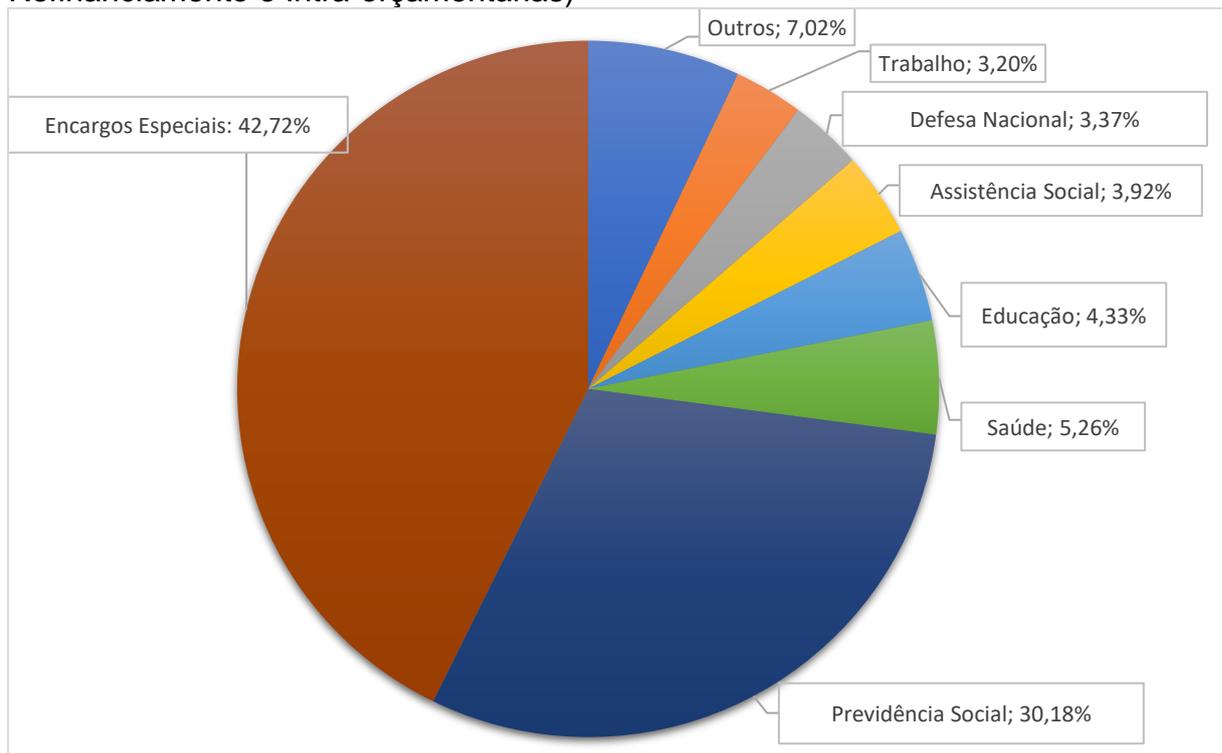
trajetória do gasto público federal no setor de saúde, bem como as mudanças ocorridas ao longo dos anos.

#### 4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

O Orçamento público é dividido por funções e estas são estratificadas em subfunções. As funções podem ser traduzidas como o maior nível de agregação das diversas áreas de atuação do setor público. Sendo assim, reflete a competência institucional do órgão, como, por exemplo, cultura, educação, saúde, defesa, que guarda relação com os respectivos Ministérios. Já as subfunções representam um nível de agregação imediatamente inferior à função e deve evidenciar a natureza da atuação governamental (BRASIL, 2018).

Conforme demonstra o gráfico 1 a função saúde ocupou em 2018 o quarto lugar no que consiste o gasto com as funções no orçamento Federal, excluindo as Despesas Especiais Refinanciamento e Despesas Intra-orçamentárias.

Gráfico 1 – Despesas da União por Função (Exceto Despesas Especiais – Refinanciamento e Intra-orçamentárias)

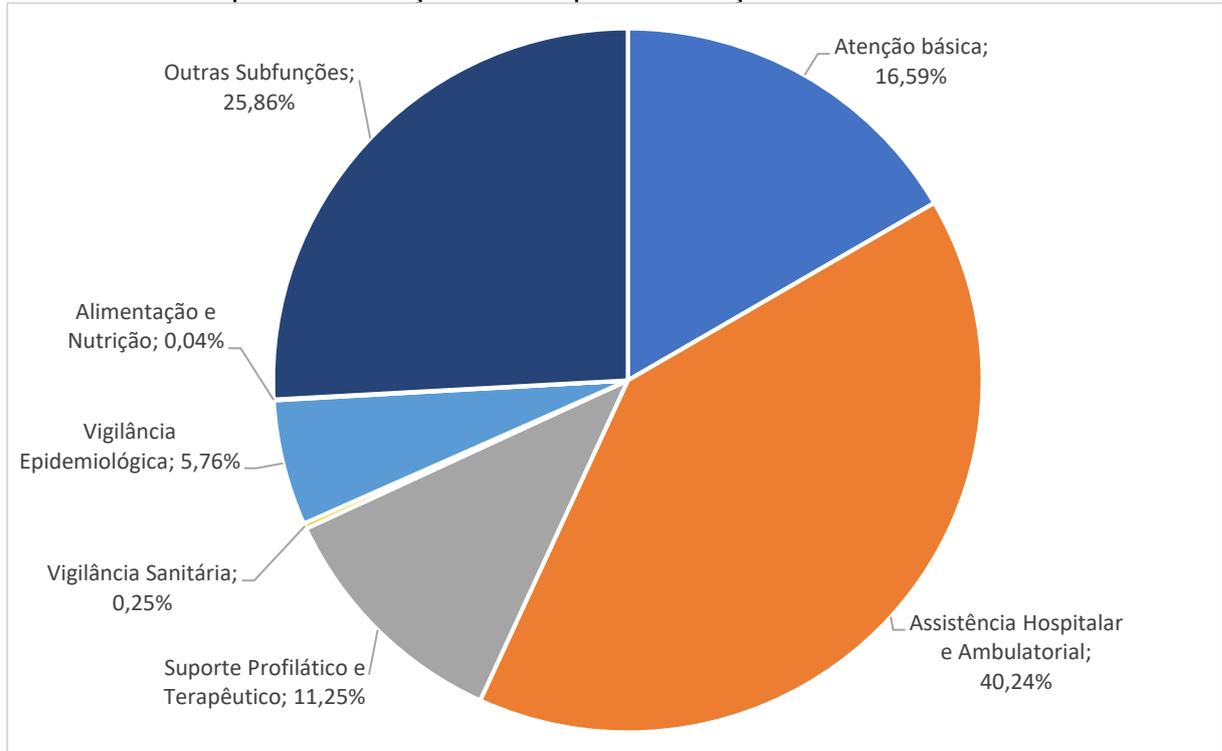


Fonte: SIAFI - STN/CCONT/GEINF (2018). Elaborado pela autora

A seguir conforme apresentado no gráfico 2 as subfunções e seu percentual de ocupação no orçamento da função saúde no ano de 2018. Percebe-se que as três subfunções que demandam mais recursos são: Assistência Hospitalar e Ambulatorial (40.24%), Outras Subfunções (25.86%) e Atenção Básica (16,59%). Já as subfunções que apresentaram menores percentuais de ocupação foram: Suporte

profilático e Terapêutico (11.25%), Vigilância Epidemiológica (5,76%), Vigilância Sanitária (0,25%) e Alimentação e Nutrição (0,04%).

Gráfico 2 – Despesa da Função Saúde por Subfunção



Fonte: SIOPS/DATASUS. Elaborado pela autora.

Conforme descrito nos procedimentos metodológicos as variáveis utilizadas para análise foram: Gasto empenhado Federal incluídos restos a pagar em valores reais, PIB real e estimativa populacional conforme tabela 1.

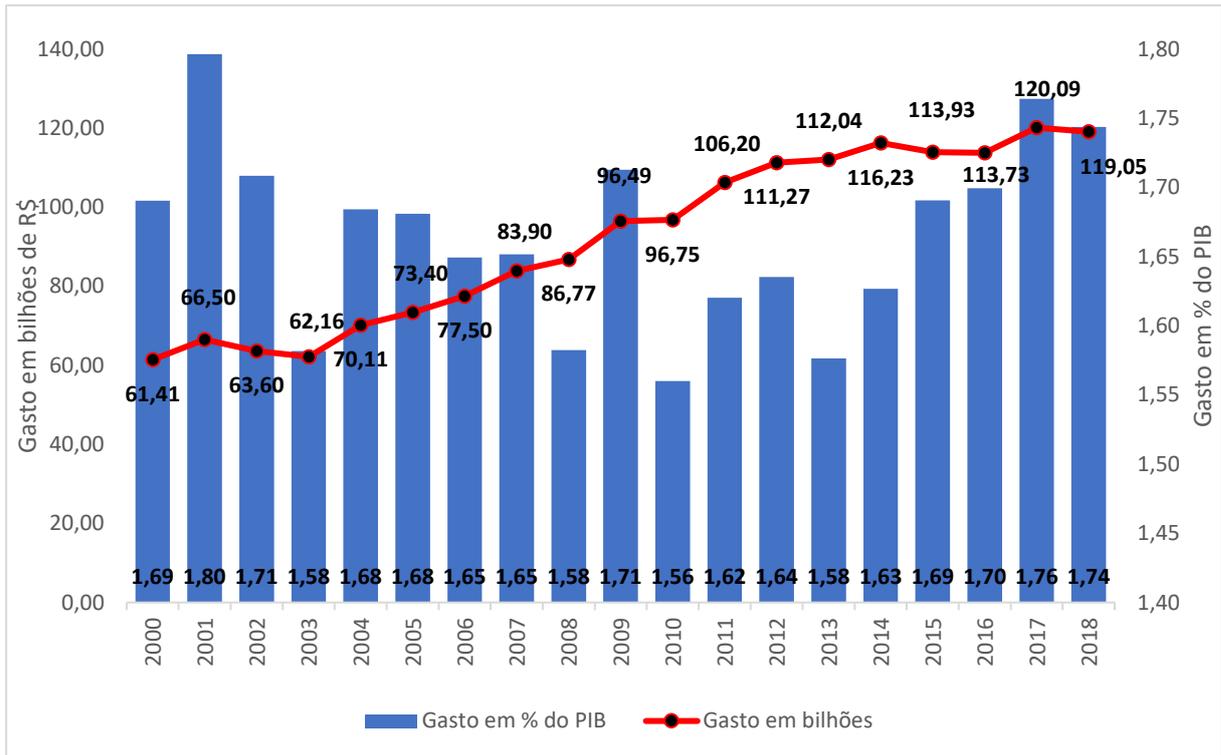
Tabela 1 – Variáveis utilizadas

<b>Ano</b>	<b>Gasto Federal Saúde Real em Bilhões (R\$)</b>	<b>PIB Real em Bilhões (R\$)</b>	<b>Est. Populacional</b>
2000	61,41	3.633,03	173.448.346
2001	66,50	3.702,40	175.885.229
2002	63,60	3.722,81	178.276.128
2003	62,16	3.930,31	180.619.108
2004	70,11	4.162,59	182.911.487
2005	73,40	4.366,69	185.150.806
2006	77,50	4.699,59	187.335.137
2007	83,90	5.079,40	189.462.755
2008	86,77	5.483,12	191.532.439
2009	96,49	5.633,81	193.543.969
2010	96,75	6.201,77	194.890.682
2011	106,20	6.554,08	196.603.732
2012	111,27	6.804,54	198.314.934
2013	112,04	7.107,31	200.004.188
2014	116,23	7.145,26	201.717.541
2015	113,93	6.739,27	203.475.683
2016	113,73	6.692,54	205.156.587
2017	120,09	6.808,02	206.804.741
2018	119,05	6.827,57	208.494.900

Fonte: SIAFI - STN/CCONT/GEINF e Ipeadata. Elaborado pela autora.

O resultado do dimensionamento do Gasto Federal no setor da Saúde para o período de 2000 a 2018 é apresentado no Gráfico 3. Os valores apresentados estão deflacionados em Reais constantes de dezembro de 2018, pelo IPCA, e relacionados em participação percentual do PIB.

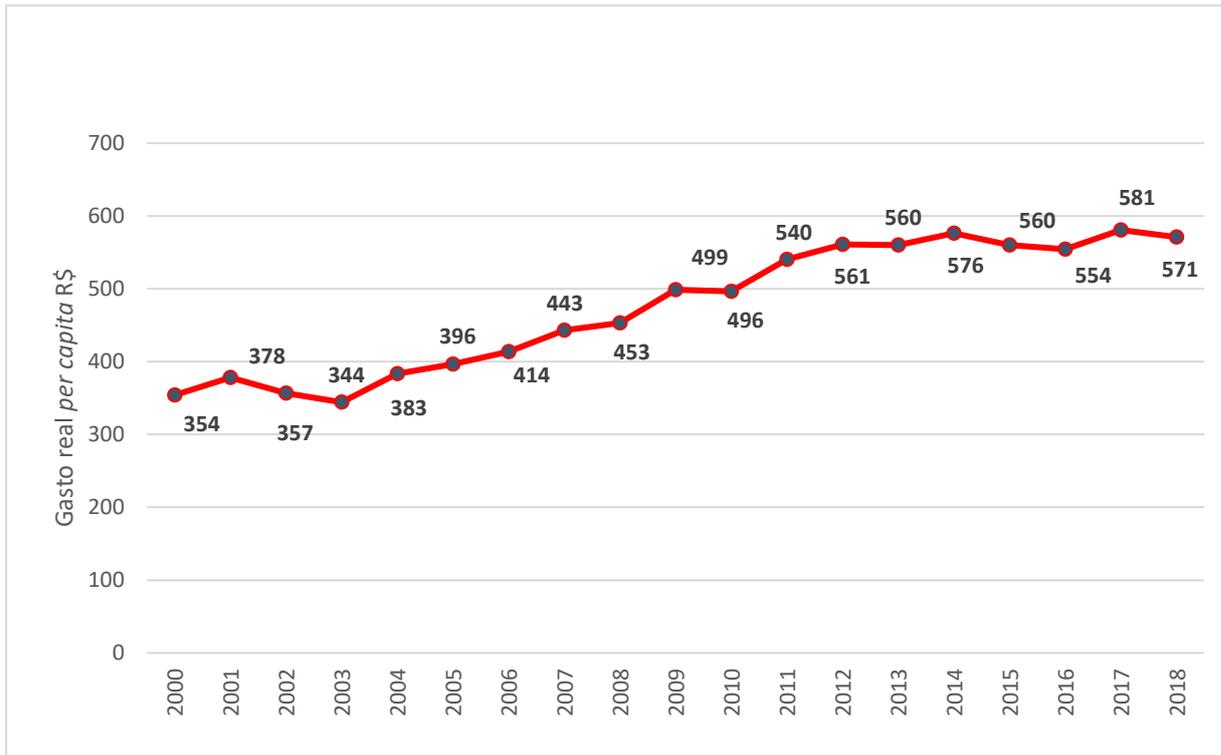
Gráfico 3 – Trajetória do Gasto Federal com Saúde: 2000 a 2018



Fonte: Fonte: SIAFI - STN/CCONT/GEINF e Ipeadata. Elaborado pela autora.

O Gráfico 3 demonstra os gastos com a função saúde do governo federal em todo o período. Conforme apresentado o gasto do setor partiu de R\$ 61,41 bilhões em 2000 para alcançar os R\$ 119,05 bilhões em 2018, um crescimento real de 93,35% em 18 anos. A participação da União apresenta-se de maneira estável, situando-se na faixa de 1,58% a 1,8% do PIB ao longo dos anos. É possível verificar que a partir de 2004 os gastos com saúde demonstram uma tendência de ascensão, com três períodos apresentado retrações em comparação ao ano anterior. Comparando 2014-2015, respectivamente R\$ R\$ 116,23 bilhões e R\$ 113.93 bilhões, uma variação negativa de -1,98% para o período. Também apresentando tendência negativa 2015-2016, respectivamente R\$113,93 bilhões e R\$ 113,73 bilhões, variação negativa de -0,17%. E por último 2017-2018 R\$ 120,09 bilhões e R\$ 119,05 bilhões, variação negativa de -0,87%. Nesses três períodos ocorre uma redução real do gasto total com saúde no âmbito federal.

Gráfico 4 – Trajetória do Gasto Federal com Saúde *per capita*, 2000 a 2018

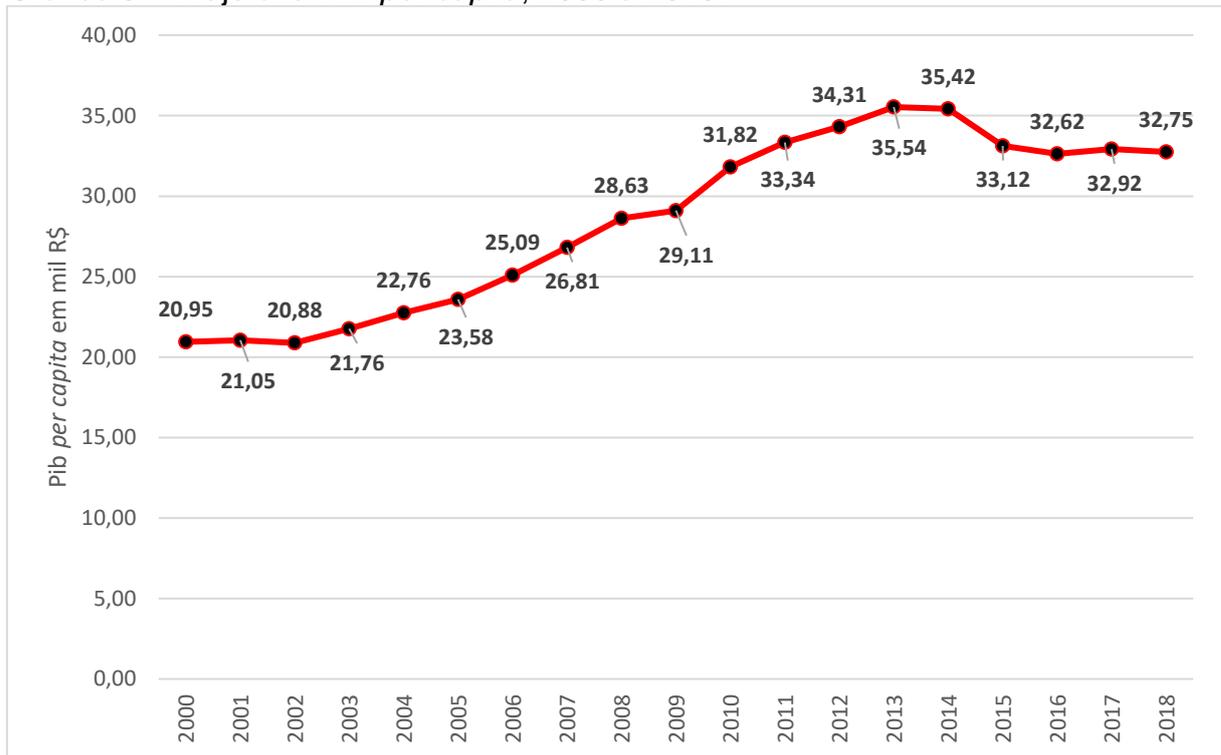


Fonte: Fonte: SIAFI - STN/CCONT/GEINF e Ipeadata. Elaborado pela autora.

A evolução do gasto *per capita* com Saúde na esfera federal de governo é demonstrada no gráfico 4. É possível visualizar uma evolução crescente entre 2004 e 2014, apresentando redução em 2015 e 2016 com ligeira recuperação em 2017.

Um dos motivos para o crescimento da despesa do governo federal no ano de 2017, decorreu da mudança do piso de aplicações, cujo congelamento de gastos com ASPS foi adiado para 2018 no âmbito das negociações para aprovação da EC n. 95/2016 na Câmara dos Deputados, tendo sido definido que, para 2017, a aplicação mínima deveria corresponder a 15% da RCL daquele exercício (IPEA, 2018). Em 2018 o gasto *per capita* volta a reduzir comparado ao ano anterior de R\$ 581,00 para R\$ 571,00 (uma queda de -1.72%).

Contudo, no período analisado, observa-se que o Gasto federal com saúde *per capita*, obteve um crescimento 61,29% em termos reais, passando de R\$ 354,00 em 2000 para R\$ 571,00 em 2018.

Gráfico 5 – Trajetória PIB *per capita*, 2000 a 2018.

Fonte: Ipeadata. Elaborado pela autora.

A evolução do PIB *per capita* é demonstrada no gráfico 4. Os valores apresentados demonstram que a partir do ano de 2003 até 2013 ocorreu uma evolução crescente do PIB em termos reais. A partir de 2014 os resultados apontam retração, relacionando resultado obtido em 2013 (R\$ 35,42 mil) com 2018 (R\$32,75 mil) a queda é de -7.53%.

Apesar da evolução negativa a partir de 2014, observa-se que o PIB *per capita*, obteve um crescimento de 56,34% em termos reais, passando de R\$ 20.945,00 em 2000 para R\$ 32.746,92 em 2018.

Cabe observar que até 2014 o PIB veio apresentando um crescimento contínuo real e a partir de 2015 mostra um encolhimento, o que pode explicar a contração no que tange os gastos públicos *per capita* com saúde nos anos 2015, 2016 e 2018.

A tabela 2 apresenta o gasto estratificado por subfunção no período de 2013 a 2018, os relatórios são disponibilizados por bimestres, sendo que o último bimestre o valor deverá corresponder ao total da despesa empenhada, ou seja, foi lançado o valor da despesa liquidada até o bimestre mais os restos a pagar não processados. Uma observação importante a ser ressaltada, é referente ao relatório do

último bimestre de 2014, onde apresenta divergências no total empenhado com relação aos lançamentos de despesas liquidadas mais restos a pagar, sendo assim foi considerado o valor lançado na coluna restos a pagar, o qual converge com o total das despesas empenhadas ao final do relatório.

O período apurado para análise da subfunção foi escolhido a partir da disponibilidade encontrada no Relatório Resumido de Execução Orçamentária da União, onde apresenta dados completos a partir do ano de 2013.

Tabela 2 – Gasto Federal com Saúde por Subfunção, em bilhões constantes de 2018

<b>Subfunção</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Atenção Básica	20,76	21,95	21,86	22,00	22,42	21,65
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	53,63	53,11	54,86	52,51	55,12	52,50
Suporte Profilático e Terapêutico	13,20	11,46	14,76	15,45	14,36	14,67
Vigilância Sanitária	0,45	0,40	0,36	0,35	0,35	0,33
Vigilância Epidemiológica	5,84	4,46	6,22	6,81	7,30	7,52
Alimentação e Nutrição	0,64	0,01	0,04	0,04	0,07	0,05
Outras Subfunções	29,42	27,26	27,03	27,60	32,04	33,75

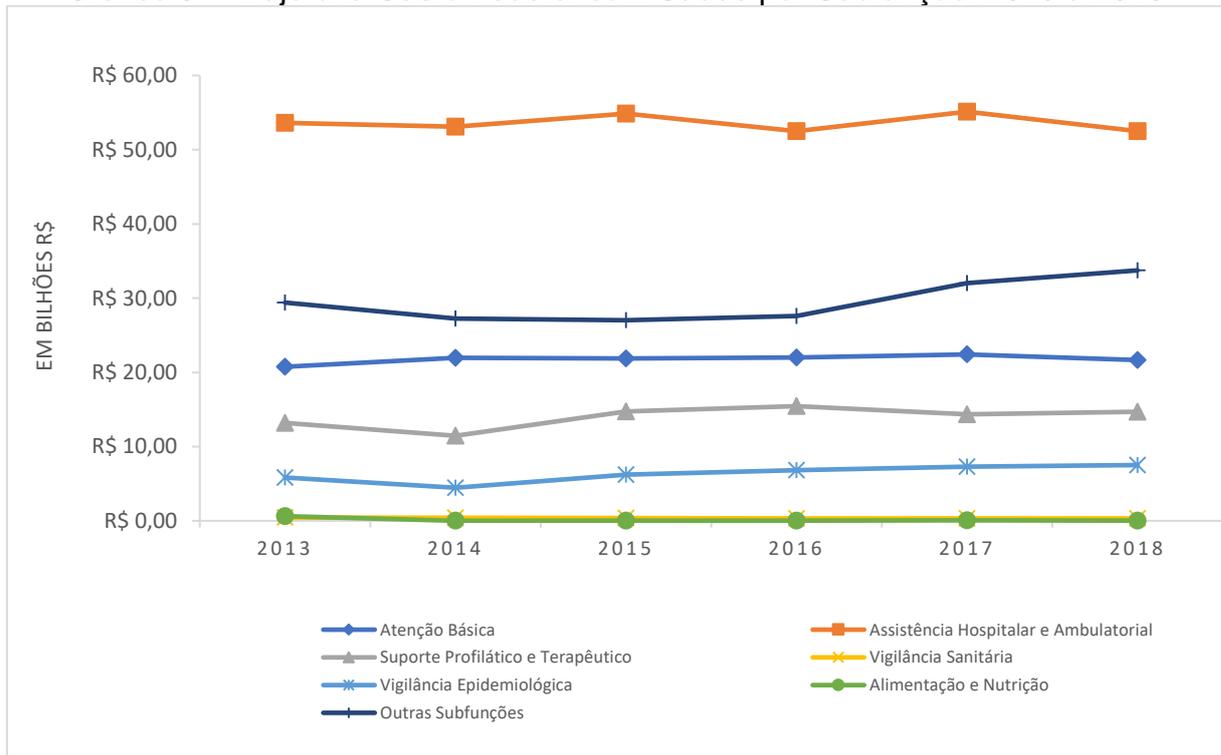
Fonte: SIOPS/DATASUS. Elaborado pela autora.

Conforme Manual de Indicadores-SIOPS (2014), são Recursos financeiros destinados ao financiamento de estratégias, realizadas no âmbito das subfunções:

- A **Atenção Básica**: compreende um conjunto de ações, de propriedade individual e coletivo, e contempla o primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, direcionada para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, tratamento e a reabilitação. Fincando a cargo dos municípios a estruturação e modelagem do sistema.
- A **Assistência Hospitalar e Ambulatorial**: compreende os recursos destinados ao financiamento de ações de média e alta complexidade em saúde e de incentivos transferidos mensalmente. É oferecido em estabelecimentos de administração municipal, estadual, federal ou filantrópica.
- **Suporte Profilático e Terapêutico**: as despesas pertinentes a esta subfunção têm como finalidade evitar a disseminação e contaminação, principalmente de tratamento da água, medidas de saneamento básico, educação sanitária, identificação e tratamento dos doentes assintomáticos, principalmente daqueles que são manipuladores de alimentos.

- **Vigilância sanitária:** abrange um conjunto de ações capaz de eliminar, reduzir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde.
- **Vigilância Epidemiológica:** consiste em um conjunto de ações que permite o conhecimento, a identificação ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com o objetivo indicar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos. Algumas de suas atribuições: coleta de dados; processamento de dados coletados; análise e interpretação de dados; recomendações de medidas; avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas, dentre outras.
- **Alimentação e Nutrição:** dimensiona todo gasto destinado ao setor da saúde que corresponde a alimentação e nutrição.
- **Outras subfunções:** Conforme o Manual de Orçamento e Finanças Públicas para Conselheiros de Saúde (2011), é comum observar na Função Saúde a utilização de subfunções vinculadas a outras funções de governo. Isso pode ser feito desde que seja despesa com saúde, sendo as mais frequentes: Planejamento e Orçamento; Administração Geral; Administração Financeira; Comunicação Social; Serviço da Dívida Interna; Serviço da Dívida Externa; Transferências; Outros Encargos Especiais

Gráfico 6 – Trajetória Gasto Federal com Saúde por Subfunção: 2013 a 2018



Fonte: SIOPS/DATASUS. Elaborado pela autora.

Conforme apresenta o Gráfico 6 a trajetória dos valores empenhados por subfunção mostra um comportamento regular no que compete a evolução ao longo dos anos, evidenciando que os gastos com Assistência Hospitalar e Ambulatorial, Outras Subfunções e Atenção Básica, demandam maior parte dos recursos destinados a área da saúde respectivamente 42,6%, 23,5% e 17,3% quando calculado a média dos seis anos. Com relação as subfunções que apresentam menores percentuais de ocupação são: Suporte Profilático e Terapêutico (11,1%), Vigilância Epidemiológica (5,1%), Vigilância Sanitária (0,3%) e Alimentação e Nutrição (0,1%).

#### 4.1 CONSIDERAÇÕES DOS RESULTADOS

A partir de 1997, teve êxito a determinação de acrescentar o orçamento federal para o SUS através da criação da CPMF. Não obstante, essa contribuição, que foi estabelecida para adicionar recursos ao SUS, findou gerando um efeito reduzido devido à retirada, por parte da União, de recursos provenientes de outras fontes do orçamento da saúde, ou seja, ocorreu um efeito substituição. Ademais, ela passou também a ser utilizada para o custeio de outras ações da área social (OCKÉ-REIS, 2012).

No caso da aprovação da EC n. 29/2000 teve o intuito de trazer, de forma mais efetiva, os estados e os municípios para o financiamento compartilhado do SUS. Contudo, a EC n. 29/2000 não apresentou exigências financeiras mais acentuadas para a União, o que pode ter favorecido a sua aprovação. De certa forma, propiciou uma certa garantia de estabilidade na obtenção de recursos para o setor da saúde por parte das três esferas de governo.

Porém foi exatamente essa “estabilidade relativa” dos recursos da União, que conseqüentemente fixou as despesas com saúde entre 1,58% a 1,8% do PIB entre 2000 e 2018, o que estimulou uma sequência de propostas para aumentar a participação federal no financiamento do SUS, como foram o Movimento Saúde + 10 e as propostas iniciais de vinculação da participação da União a um percentual da RCL. Como visto, o que vingou, pelo menos até 2016, foi a EC no 86/2015, que vinculou ao financiamento federal do SUS percentuais progressivos da RCL, que apresentou resultados positivos dentro de um período que o gasto com saúde vinha apresentando um declínio.

A crise econômica que se intensificou em 2015 e 2016, veio como justificativa para outorgar a EC n. 95 em dezembro de 2016. Essa emenda constitucional implementou o denominado Novo Regime Fiscal, que congelou, em termos reais, as despesas primárias da União para o período de 2017 a 2036 e instituiu novo regime para a contabilização das despesas, agora sob enfoque da execução financeira, ou seja, pagamento. O piso mínimo da saúde também passou a seguir essa regra de congelamento dos gastos, que prevê a correção anual pelo IPCA, mas utilizando a despesa empenhada para verificação do cumprimento das aplicações mínimas (EC n. 95/2016).

De acordo com a nova regra os gastos do setor da saúde ficarão congelados de 2018 até 2036. Tendo em vista alguns indicadores que apontam ao invés de congelamento, uma necessidade de incremento no financiamento e uma melhor avaliação na gestão e direcionamento de recursos públicos para a área da saúde. Onde alguns exemplos são: a mudança na estrutura etária da população, perfil epidemiológico e o aumento das doenças crônicas não transmissíveis. Uma característica importante a se levar em conta do setor é o crescimento mais acelerado dos índices de preço dos serviços de saúde em relação ao índice médio da economia. Ainda considerando os custos resultantes da precarização da assistência pública na prestação de serviços de saúde e a piora da saúde pública da população (IPEA, 2018).

Enfim os resultados do financiamento da Saúde na esfera federal do governo no período de 2000 a 2018, constata-se que: principalmente em decorrência da EC29, houve um crescimento real do gasto em ASPS no âmbito federal, entre 2004 e 2014. Nos anos de 2015 e 2016 apresentou queda no gasto total e *per capita*, ocorrendo um aumento em 2017 por conta da EC n. 95/2016 na Câmara dos Deputados, tendo sido definido que, para 2017, a aplicação mínima deveria corresponder a 15% da RCL.

## 5 CONCLUSÃO

O estudo buscou apresentar a trajetória do gasto público com saúde no Brasil, no período que constitui 2000 a 2018. Para o atingir os objetivos específicos utilizou-se a literatura a partir de autores que traziam os temas relacionados com a Economia do Setor Público, onde foi colocado como principais temas: Finanças Públicas, Orçamento Público e Financiamento do SUS. Para análise dos dados utilizou-se de sites das instituições oficiais: Ipeadata, Tesouro Nacional em Sistema Integrado de Administração Financeira (SIAFI) e Portal da Transparência Controladoria Geral da União em Relatório Resumido da Execução Orçamentária. A análise dos resultados monetários se deu a partir do tratamento dos mesmos, por meio do deflacionamento para trazer a valores reais correntes de 2018. Os dados foram tratados a partir da estatística aplicada, utilizando-se de cálculos de percentual e gastos per capita.

A partir dos resultados apresentados é possível perceber que o estudo apontou uma tendência de ascensão do gasto público da União com saúde entre os anos de 2003 a 2014 com três períodos apresentado retrações em comparação ao ano anterior. Comparando 2014-2015, respectivamente R\$ R\$ 116,23 bilhões e R\$ 113,93 bilhões, uma variação negativa de -1,98% para o período. Também apresentando tendência negativa 2015-2016, respectivamente R\$113,93 bilhões e R\$ 113,73 bilhões, variação negativa de -0,17%. E por último 2017-2018 R\$ 120,09 bilhões e R\$ 119,05 bilhões, variação negativa de -0,87%. Nesses três períodos ocorre uma redução real do gasto total com saúde no âmbito federal, coincidindo com a tendência de queda no valor do PIB a partir de 2014.

O gasto com a função saúde no âmbito federal está diretamente atrelado ao resultado nominal do PIB. A vinculação da despesa mediante a receita do Produto Interno Bruto, faz, com que o orçamento direcionado ao setor da saúde apresente uma evolução estável entre 1,6 e 1,8% do PIB ao longo do período, onde é obrigatório o gasto mínimo exigido por lei. Sendo assim, o orçamento público brasileiro apresenta um formato estruturador rígido, que mesmo em tempos onde há possibilidade de políticas visando a economia e a eficiência, a rigidez orçamentária que é direcionada por meio da legislação vigente, faz com que os gastos também sejam elevados. E ainda quando há crises e quedas como aconteceu em 2014 o orçamento é evidentemente puxado para baixo. Com isso, políticas de congelamento de gastos por

longos períodos, utilizando índice de preços médios da economia para reajustar os valores destinados para a função saúde, que por sua vez possui um crescimento mais acelerado, tendem a precarizar o atendimento de ASPS a população. Quando levado em conta que o Brasil é um país de território imenso, com disparidades regionais no que diz respeito a acesso a serviços, onde variáveis como a mudança na estrutura etária da população, mudança no perfil epidemiológico, aumento das doenças crônicas dentre outros, tendem a elevar os gastos com saúde da população.

Nesse sentido, essa pesquisa traz informações que podem ser mais bem avaliadas sobre o olhar da gestão pública e alocação eficiente de recursos, a intenção deste trabalho é contribuir para o debate acadêmico, em prol dessa área, pois abrange um tema de relevância no Estado brasileiro, e que impacta na vida de todo cidadão. Sendo assim, a pesquisa pode ser estendida em análises futuras para grandes regiões, estados e municípios de modo a verificar se a distribuição dos recursos está sendo feita de forma a cumprir o que diz na CF 1988 que é promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Eurivaldo S. de; CASTRO, Claudio, G. J. de; VIEIRA, Carlos A. L. **Distritos sanitários: concepção e organização.** São Paulo: Fundação Peirópolis Ltda, 1998. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_cidadania\\_volume01.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_cidadania_volume01.pdf)>. Acesso em jul/2019.

ANDRADE, Maria Margarida de. **Introdução à Metodologia do Trabalho Científico.** São Paulo: Atlas, 2010.

ANDRADE, Nilton de Aquino. **Contabilidade pública na gestão municipal.** 3. ed. São Paulo: Atlas, 2007

BALEEIRO, A. **Direito Tributário Brasileiro.** Forense, 2008.

BEZERRA FILHO, J. E. **Contabilidade pública: teoria, técnica de elaboração de balanços e 500 questões.** 2 ed. Revista e ampliada. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006. 2ª reimpressão.

BOAVENTURA, Edivaldo M. **Metodologia da Pesquisa.** São Paulo: Atlas, 2004.

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: Casa Civil, [1964]. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l4320.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l4320.htm)>. Acesso em ago/2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONNAS). **A gestão financeira e o ciclo orçamentário.** 2016. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/guiainformacao/a-gestao-financeira-e-o-ciclo-orcamentario/>> Acesso em ago/2019.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988.** Presidência da República, Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em maio/2019

BRASIL. Constituição (1988). **Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.** Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/lcp101.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm)>. Acesso em maio/2019.

BRASIL. Constituição (1988). **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990: promulgada em 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Presidência da República, Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em maio/2019.

BRASIL. **Emenda Constitucional n. 95/2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm)>. Acesso em set/2019.

BRASIL. Instituto de pesquisa econômica aplicada. **Planejamento e gestão governamental na esfera estadual**: uma análise comparativa dos processos, conteúdos e sistemas de acompanhamento dos PPAs. [S.l.]: 2012 – 2015. Disponível em: <[http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7535/1/RP\\_Planejamento\\_2012-2015.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7535/1/RP_Planejamento_2012-2015.pdf)>. Acesso ago/2019.

BRASIL. **Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília: Casa Civil, [2012]. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LCP/Lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm)>. Acesso set/2019.

BRASIL. **Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990: promulgada em 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Casa Civil, [1990]. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm)> Acesso em maio/2019.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão 2018. **Classificação Funcional da Despesa**. Disponível em <[http://www.planejamento.gov.br/assuntos/orcamento-1/informacoes-orcamentarias/arquivos/MTOs/mto\\_atual.pdf](http://www.planejamento.gov.br/assuntos/orcamento-1/informacoes-orcamentarias/arquivos/MTOs/mto_atual.pdf)> Acesso em Set/2018

BRASIL. Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina. **XI Ciclo de Estudos de Controle Público da Administração Municipal**. Disponível em: <[http://www.tce.sc.gov.br/sites/default/files/livro\\_xiciclo\\_2009\\_170409.pdf](http://www.tce.sc.gov.br/sites/default/files/livro_xiciclo_2009_170409.pdf)>. Acesso em ago/2019.

CAMPINO, Antonio Carlos Coelho. Trajetória da Economia da Saúde no Brasil. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, [s.l.], v. 6, n. 1, p.1-8, 1 abr. 2017. University Nove de Julho. <http://dx.doi.org/10.5585/rgss.v6i1.325>. Disponível em: <<http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/download/325/195>> Acesso em ago/2019.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONNAS). O Financiamento da Saúde. 1ª Ed., Brasília. CONNAS, 2007.

FIOCRUZ. **Financiamento**. Disponível em: <<https://pensesus.fiocruz.br/financiamento>>. Acesso em Ago/2019.

FRANÇA, J. R. M.; COSTA, N. D. R. **A dinâmica da vinculação de recursos para a saúde no Brasil: 1995 a 2004.** Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000100027](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000100027)>. Acesso em Ago/2019.

GIACOMONI, James. **Orçamento Público.** 15. ed. São Paulo: Atlas, 2010. Disponível em: <[https://pt.slideshare.net/antes\\_depois/james-giacomoni-oramento-pblico-15-edio-ano-2010\\_](https://pt.slideshare.net/antes_depois/james-giacomoni-oramento-pblico-15-edio-ano-2010_)> Acesso em Ago/2019.

GIL, Antonio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFICA E ESTATÍSTICA. **Áreas dos municípios.** [S.l.], 2018. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/estrutura-territorial/15761-areas-dos-municipios.html?=&t=downloads>> Acesso em set/2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFICA E ESTATÍSTICA. **IBGE cidades.** [S.l.: s.n.] c2019. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/panorama>>. Acesso em set/2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFICA E ESTATÍSTICA. **IBGE divulga as Estimativas de População dos municípios para 2018.** [s.i.]: Estatísticas Sociais, 2018. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/22374-ibge-divulga-as-estimativas-de-populacao-dos-municipios-para-2018>> Acesso em set/2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFICA E ESTATÍSTICA. **O que é IPCA.** Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/economicas/precos-e-custos/9256-indice-nacional-de-precos-ao-consumidor-amplo.html?=&t=o-que-e>> Acesso em Set/2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFICA E ESTATÍSTICA. **Perfil dos municípios brasileiros: saneamento básico.** Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <<http://portalods.com.br/wp-content/uploads/2018/09/liv101610.pdf>> Acesso em set/2019.

IPEA. **Consolidação do Gasto com Ações e Serviços Públicos de Saúde: Trajetória e Percalços no período de 2003 a 2017.** Disponível em: <[http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8934/1/td\\_2439.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8934/1/td_2439.pdf)> Acesso em Set/2019

IPEADATA. **Estimativa Populacional.** Disponível em: <<http://www.ipeadata.gov.br/Default.aspx>>. Acesso em Set/2019.

IPEADATA. **Série IPCA Anual (1980-20180).** Disponível em: <<http://www.ipeadata.gov.br/Default.aspx>> Acesso em Ago/20019.

IPEADATA. **Série Produto Interno Bruto mensal.** Disponível em: <<http://www.ipeadata.gov.br/Default.aspx>> Acesso em set/2019.

KOHAMA, H. **Contabilidade Pública: Teoria e Prática**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

KRUGER, Tânia Regina. **O Desconhecimento da Reforma Sanitária e da Legislação do SUS na Prática do Conselho de Saúde**. Nº22 ano 2000. Disponível em: < <http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/82/162> > Acesso em maio/2019.

MANUAL DE ORÇAMENTO E FINANÇAS PÚBLICAS PARA CONSELHEIROS DE SAÚDE. **Lei Orçamentária Anual (LOA)**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/ManualdeOrçamento.pdf>> Acesso em set/2019.

MANUAL INDICADORES SIOPS. **Definição Indicadores de Saúde**: Atenção Básica, Assistência Hospitalar e Ambulatorial, Suporte Profilático e Terapêutico, Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Alimentação e Nutrição. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/05/MANUAL--INDICADORES-SIOPS.pdf> Acesso em set/2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Gestão do SUS**. Economia da Saúde. Disponível em: < <http://portalms.saude.gov.br/gestao-do-sus/economia-da-saude> > Acesso em: maio/2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Norma Operacional da Assistência à Saúde / SUS – NOAS-SUS 01/2001**. Gabinete do Ministro. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095\\_26\\_01\\_2001.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html) > Acesso em maio/2019.

NASCIMENTO, Edson Ronaldo. **Gestão Pública**: Tributação e Orçamento, Lei de Responsabilidade Fiscal, Tópicos em Contabilidade Pública, Gestão Pública no Brasil JK à Lula, Administração Financeira e Orçamentária e Finanças Públicas nos Três Níveis de Governo. São Paulo: Saraiva, 2006.

OCKÉ-REIS, C. O. Os desafios da ANS frente à concentração dos planos de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n4/22.pdf>>. Acesso em Ago/2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANAS DA SAÚDE. **Situação nas Américas e no Brasil**. Disponível em: <[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5874:países-estão-gastando-mais-em-saude-mas-pessoas-ainda-pagam-muitos-serviços-com-dinheiro-do-próprio-bolso&Itemid=843](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5874:países-estão-gastando-mais-em-saude-mas-pessoas-ainda-pagam-muitos-serviços-com-dinheiro-do-próprio-bolso&Itemid=843)> Acesso em Set/2019.

PIMENTEL, Vitor; BARBOSA, Larissa; MACHADO, Luciano; ADÃO, Luiz Filipe; REIS, Carla. Sistema de saúde brasileiro: gestão, institucionalidade e financiamento. *BNDES Setorial*, Rio de Janeiro, n. 46, p. [7]-77, set. 2017. Disponível em: < <https://web.bndes.gov.br/bib/jspui/handle/1408/14134> > Acesso em 08/2019.

PIRES, J.B.F.S. **Contabilidade pública**: Orçamento público, Lei de Responsabilidade Fiscal – teoria e prática. Brasília: Franco e Fortes, 2006.

PORTAL DA SAÚDE. **Demonstrativo da despesa com Saúde, Relatório Resumido de Execução Orçamentária/ RREO**. Disponível em: <[http://siops.datasus.gov.br/msu\\_rreo.php?acao=a&ano=2014&periodo=6&desc=6%BA%20Bimestre](http://siops.datasus.gov.br/msu_rreo.php?acao=a&ano=2014&periodo=6&desc=6%BA%20Bimestre)> Acesso em Set/2019.

RIANI, Flávio. **Economia do setor público**: uma abordagem introdutória. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2002.

SILVA, Heliana M. da. **A política pública de saúde no brasil**: Dilemas e Desafios para a Institucionalização do SUS. 1996. Dissertação (Mestrado em administração pública) - Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 1996. Disponível: <<https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/8657/000076050.pdf>> Acesso em set/2019.

SOUZA, Renilson Rehem de. **O Sistema Público de Saúde Brasileiro**. Seminário Internacional, São Paulo 11 a 14 de agosto de 2002. Acesso em 06 de maio 2019. Disponível em: <[http://www.inesul.edu.br/site/documentos/sistema\\_publico\\_brasileiro.pdf](http://www.inesul.edu.br/site/documentos/sistema_publico_brasileiro.pdf)> Acesso em ago/2019.

TESOURO NACIONAL. **Aspectos Fiscais da Saúde 2018**. Disponível em: <<http://cnsaude.org.br/wp-content/uploads/2018/11/AspectosFiscaisSau%CC%81de2018.pdf>>. Acesso em Set/2019.

TESOURO NACIONAL. Sistema Integrado de Administração Financeira. **Despesa da União por Função**. Disponível em: <<https://www.tesouro.fazenda.gov.br/series-historicas>> Acesso em Ago/2019.

UGÁ, M. A. D; PORTO, S. M; PIOLA, S. F. Financiamento e Alocação de Recursos em Saúde no Brasil. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: 2ª Ed. Fiocruz, 2012.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. Reflexões sobre o papel das unidades de economia da saúde no âmbito de sistemas nacionais de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo: v. 25, n. 2, p. 306 – 319, fev. 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2016.v25n2/306-319/pt>> Acesso em set/ 2019.