

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

**VANESSA PAGLIARIN**

**GASTO COM SAÚDE PÚBLICA: UM ESTUDO COMPARATIVO ENTRE  
MUNICÍPIOS COM POPULAÇÃO DE 80 A 100 MIL HABITANTES NO ESTADO  
DO RS**

**CAXIAS DO SUL**

**2019**

**VANESSA PAGLIARIN**

**GASTO COM SAÚDE PÚBLICA: UM ESTUDO COMPARATIVO ENTRE  
MUNICÍPIOS COM POPULAÇÃO DE 80 A 100 MIL HABITANTES NO ESTADO  
DO RS**

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

Orientador TCC: Prof. Me. Tarcísio Neves  
da Fontoura

**CAXIAS DO SUL**

**VANESSA PAGLIARIN**

**GASTO COM SAÚDE PÚBLICA: UM ESTUDO COMPARATIVO ENTRE  
MUNICÍPIOS COM POPULAÇÃO DE 80 A 100 MIL HABITANTES NO ESTADO  
DO RS**

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

Orientador TCC : Prof. Me. Tarcísio Neves  
da Fontoura

Aprovado (a) em 28/ 06/ 2019

**Banca Examinadora:**

Presidente

-----  
Prof. Me. Tarcísio Neves da Fontoura

Examinadores:

-----  
Prof. Me. Afonso Celso Goulart Martins

-----  
Prof. Me. Elias Milton Denicol

Dedico a meus pais Roberto e Veranice e meu namorado Gustavo que sempre estiveram do meu lado e acima de tudo acreditaram que eu fosse capaz.

## **AGRADECIMENTOS**

Quero expressar meus agradecimentos a todas as pessoas que, de uma forma ou de outra, colaboraram para que este trabalho fosse realizado. Em especial ao meu orientador, Prof. Me. Tarcísio Neves da Fontoura por dividir o seu conhecimento na área escolhida e por todo o tempo despendido em ajudar-me com o desenvolvimento da presente monografia.

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me dado o conhecimento necessário e por estar comigo sempre. Aos meus pais Sr<sup>o</sup> Roberto e Sr<sup>a</sup> Veranice, que deixaram muitas vezes de lado os seus desejos para poder realizar o meu. Agradeço ao meu namorado Gustavo, por ter a compreensão e por todas as horas que despendeu em me ajudar.

De forma em geral, agradeço a todos os professores, pelos ensinamentos passados e por me fazer amar ainda mais essa profissão que escolhi. Aos meus amigos que estiveram ao meu lado nessa trajetória e aos que fiz ao longo desse percurso, em especial a dois deles que posso dizer que conquistaram um lugar muito especial na minha vida. Agradeço a todos que de uma forma ou outra estiveram comigo ao longo desses anos e contribuíram direta ou indiretamente nessa fase importante de minha vida.

*“Quem vence um leão é um valente; quem domina o mundo é um homem de valor; mas, mais valente e corajoso do que todos eles, é aquele que realmente sabe dominar-se a si mesmo.”*

Johann Herder

## RESUMO

O Estado e a União tem a obrigação constitucional de repassar verbas aos Municípios e estes devem usar essas verbas para tornar a saúde mais eficiente e eficaz para todos os usuários do Sistema único de Saúde. Estes repasses são de obrigação e estão definidos na Constituição Federal e em Lei Complementar. Além dos repasses, existem as transferências, que também são provenientes dos impostos arrecadados pelo Governo. A Saúde Pública vem necessitando de mais recursos, não somente os repasses e as transferências, o Município investe sua receita efetiva arrecadada, conhecida com ASPS para manter o Sistema Único de Saúde, que também é constituído legalmente. Com a implantação da Lei de Transparência, fica mais fácil a população controlar e fiscalizar se os Governantes estão cumprindo o que é de obrigação. O objetivo desse estudo é identificar se a Lei está sendo devidamente cumprida e se os Municípios estão investindo mais do que tem de obrigação mínima legal, no período dos exercícios de 2016, 2017 e 2018. Levando em consideração que os Municípios estão investindo um percentual maior do que previsto em Lei, sendo que os Municípios são a parte governamental mais próxima aos sistemas de saúde em relação a população.

**Palavras-chave:** Saúde Pública. Repasses. Gasto. SUS. Municípios. ASPS.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Seis Blocos de Financiamento .....	45
Figura 2 - Dois Blocos de Financiamento.....	46
Figura 3 - População dos Municípios .....	52
Figura 4 - Receita Arrecada Líquida Per Capita.....	53
Figura 5 - Percentual de Aplicação em ASPS .....	54
Figura 6 - Percentual de Diferença de Aplicação .....	55
Figura 7 - Receita Líquida Per Capita (média) .....	55
Figura 8 - Percentual dos valores repassados por bloco .....	58
Figura 9 - ASPS X Blocos de Financiamento .....	59
Figura 10 - Valor Recebido x Gasto em ASPS.....	60

## LISTAS DE QUADROS

Quadro 1 - Municípios Estudados .....	50
Quadro 2 - Blocos de Financiamento .....	56
Quadro 3 - Valores Recebidos nos Blocos de Financiamento .....	57

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Média das Receitas Líquidas Arrecadadas .....	52
Tabela 2 - Aplicação em ASPs .....	54

## LISTA DE ABREVIATURAS

Art.	Artigo (s)
hab.	Habitantes
Me	Mestre
nº	Número
pg.	Página
Prof.	Professor

## LISTA DE SIGLAS

ACE	Agentes de Combate a Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ARO	Antecipação da Receita Orçamentária
ASPS	Ações e Serviços Públicos de Saúde
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
CF	Constituição Federal
CIDE	Contribuição de Intervenção no Domínio Econômico
CNM	Confederação Nacional dos Municípios
CNRAC	Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade
CTN	Código Tributário Nacional
DF	Distrito Federal
EC	Ementa Constitucional
ESB	Enterprise Service Bus
ESF	Equipe de Saúde da Família
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FAN	Financiamento das Ações de Alimentação e Nutrição
FIDEPS	Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa Universitária em Saúde
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FPE	Fundos de Participação dos Estados
FPM	Fundos de Participação dos Municípios
FS	Fundo de Saúde
IAPI	Programa de Incentivo de Assistência à População Indígena
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS	Imposto sobre Circulação de Mercadoria e Serviços
IE	Imposto sobre Exportação
IGF	Imposto sobre Grandes Fortunas
IGP – DI	Índice Geral de Preços - Disponibilidade Interna
II	Imposto sobre Importação
IOF	Imposto sobre Operações Financeiras
IPI	Imposto sobre Produtos Industrializados
IPTU	Imposto sobre Propriedade Predial e Territorial Urbana

IPVA	Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores
IR	Imposto sobre Renda
IRPF	Imposto de Renda de Pessoa Física
ISSQN	Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza
ITCMD	Imposto sobre Transmissão de Causa Mortis e Doação
ITBI	Imposto sobre Transmissão de Bens "Inter Vivos"
ITR	Imposto sobre Propriedade Territorial Rural
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MAC	Média e Alta Complexidade
MCASP	Manual de Contabilidade Aplicada ao Setor Público
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
PAB	Piso da Atenção Básica
PFVS	Piso Fixo de Vigilância em Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica
PPA	Plano Plurianual
PVVS	Piso Variável de Vigilância em Saúde
RCL	Receita Corrente Líquida
RS	Rio Grande do Sul
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCE – RS	Tribunal de Contas do Estado do Rio Grande do Sul
UBS	Unidades Básicas de Saúde
Unimed	Confederação Nacional das Cooperativas Médicas
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
VISA	Vigilância Sanitária

## LISTA DE SÍMBOLOS

§	Parágrafo
%	Por cento
R\$	Reais

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>17</b>
1.1	CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO .....	17
1.2	TEMA E QUESTÃO DE PESQUISA .....	18
1.3	HIPÓTESES OU PROPOSIÇÕES .....	20
1.4	OBJETIVOS .....	20
<b>1.4.1</b>	<b>Objetivo geral</b> .....	<b>20</b>
<b>1.4.2</b>	<b>Objetivos específicos</b> .....	<b>20</b>
1.5	ESTRUTURA DO ESTUDO .....	21
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>22</b>
2.1	ESTADO .....	22
2.2	CONTABILIDADE PÚBLICA .....	22
2.3	ORÇAMENTO PÚBLICO .....	24
<b>2.3.1</b>	<b>Plano Plurianual</b> .....	<b>25</b>
<b>2.3.2</b>	<b>Lei de Diretrizes Orçamentárias</b> .....	<b>26</b>
<b>2.3.3</b>	<b>Lei de Orçamento Anual</b> .....	<b>26</b>
2.4	RECEITA PÚBLICA .....	27
<b>2.4.1</b>	<b>Receitas Orçamentárias</b> .....	<b>29</b>
<b>2.4.2</b>	<b>Receita Extra Orçamentária</b> .....	<b>30</b>
<b>2.4.3</b>	<b>Receitas Próprias</b> .....	<b>31</b>
2.5	DESPESA PÚBLICA .....	32
<b>2.5.1</b>	<b>Despesas Orçamentárias</b> .....	<b>33</b>
<b>2.5.2</b>	<b>Despesas Extra Orçamentárias</b> .....	<b>34</b>
2.6	TRANSPARÊNCIA NA GESTÃO PÚBLICA .....	34
2.7	SAÚDE PÚBLICA .....	36
<b>2.7.1</b>	<b>Gasto com Saúde Pública</b> .....	<b>36</b>
<b>2.7.2</b>	<b>Sistema Único de Saúde (SUS)</b> .....	<b>38</b>
<b>2.7.3</b>	<b>Fundo Nacional de Saúde</b> .....	<b>39</b>
<b>2.7.4</b>	<b>Transferências Fundo a Fundo</b> .....	<b>39</b>
2.7.4.1	Atenção Básica .....	40
2.7.4.2	Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar .....	40
2.7.4.3	Vigilância em Saúde .....	41

2.7.4.4	Assistência Farmacêutica.....	42
2.7.4.5	Gestão do SUS.....	42
2.7.4.6	Investimentos na Rede de Serviços de Saúde .....	44
2.8	MUDANÇAS NOS BLOCOS DE FINANCIAMENTO .....	44
2.9	SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE – SIOPS.....	46
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>48</b>
3.1	DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	48
3.2	PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS.....	49
<b>4</b>	<b>REALIZAÇÃO DA PESQUISA .....</b>	<b>50</b>
4.1	APRESENTAÇÃO DOS MUNICÍPIOS.....	50
4.2	REALIZAÇÃO DA RECEITA ARRECADADA, POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS E RECEITA PER CAPITA LÍQUIDA. ....	51
4.3	APLICAÇÃO DA RECEITA ARRECADADA EM ASPS.....	53
4.4	BLOCOS DE FINANCIAMENTO DO SUS .....	56
4.5	COMPARAÇÃO DOS DADOS COLETADOS .....	58
<b>5</b>	<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>61</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>63</b>
	<b>APÊNDICE A – DADOS FINANCEIROS DO MUNICÍPIO DE GUAÍBA.....</b>	<b>66</b>
	<b>APÊNDICE B – DADOS FINANCEIROS DO MUNICÍPIO DE IJUÍ.....</b>	<b>68</b>
	<b>APÊNDICE C- DADOS FINANCEIROS DO MUNICÍPIO DE ESTEIO .....</b>	<b>69</b>
	<b>APÊNDICE D- DADOS FINANCEIROS DO MUNICÍPIO DE LAJEADO .....</b>	<b>70</b>
	<b>APÊNDICE E – DADOS FINANCEIROS DO MUNICÍPIO DE CACHOEIRA DO SUL .....</b>	<b>71</b>

**APÊNDICE F – DADOS FINANCEIROS DO MUNICÍPIO DE SAPIRANGA.....72**

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

Nos últimos anos a população tem demonstrado mais interesse sobre o que o governo faz com o valor arrecadado dos Tributos e para onde é enviado esse montante significativo de todo o dinheiro.

Com a criação do Portal de Transparência, essas destinações e os gastos ficaram mais acessíveis para todos. Dentro da destinação dos recursos que a federação tem, existem leis que determinam quanto cada estado e município vão receber. No Brasil, isso é previsto na Constituição Federal de 1988, portanto, o orçamento público passou a ser um conjunto de leis.

Cossio (1998) destaca que a existência de desigualdade socioeconômicas em uma federação impede que todas as unidades de governo possam financiar as suas despesas com os recursos de receitas produzidas por ele, sendo assim, além dos repasses, os estados ou/e os municípios tem arrecadações próprias que devem ser utilizadas.

A Lei de Orçamento no seu art. 2º da Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964 trata:

Art. 2º. A Lei de Orçamento conterà a discriminação da receita e despesa de forma a evidenciar a política econômica, financeira e programa de trabalho do governo, obedecidos os princípios de unidade, universalidade e anualidade.

Como Municípios são a entidade mais próxima da população, eles são os responsáveis por financiar todas as despesas neles solicitadas, havendo assim, uma sobrecarga. Muitos deles não conseguem sobreviver somente com a arrecadação dos impostos e recebem do Estado e/ou da Federação o que pode-se chamar de “cota” e/ou transferência. Essas cotas são divididas e estabelecidas na legislação, e devem ser cumpridas, com penalidade de crime de responsabilidade fiscal.

O tema que é estudado no presente trabalho é justamente esse, o recebimento das entidades governamentais superiores ao Município e as arrecadações dele com foco na saúde pública. Dessa forma, pode-se perceber a importância que os Municípios têm sobre o Estado e a Federação, pois são eles os que realmente repassam as verbas para as determinadas áreas.

## 1.2 TEMA E QUESTÃO DE PESQUISA

A Contabilidade Pública é o ramo da contabilidade que tem por objetivo aplicar os conceitos, Princípios e Normas Contábeis na gestão orçamentária, financeira e patrimonial dos Órgãos e Entidades da Administração Pública, e, como ramo da Contabilidade, oferecer a sociedade, de maneira transparente e acessível, o conhecimento amplo sobre a gestão da coisa pública ( LIMA e CASTRO, 2000, pg. 16).

Uma área muito importante na contabilidade pública é o Orçamento Público, que segundo Slomki (2000, pg.10) é uma lei de iniciativa do Poder Executivo que estabelece as políticas públicas para o exercício a que se referir; terá como base o plano plurianual e será elaborado respeitando-se a lei de diretrizes orçamentárias aprovada pelo Poder Legislativo.

Na elaboração do Plano Plurianual (PPA) são fixadas as despesas que serão gastas e quem será o responsável por administrar a saída destes recursos. É nesse momento da elaboração da divisão, previstos nos Art. 150 à 160 da Constituição Federal de 88 que a Federação/Estado repassa o valor para a área da saúde. Os percentuais de repasses aos Municípios são calculados anualmente. O cálculo é feito com base nas informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), informações estas que são compostas da população de cada Município e da renda per capita de cada Estado.

A Lei Nº 12.527, de 18 de Novembro de 2011 - Lei de Acesso à Informação no Art. 2º regulamenta que “Aplicam-se as disposições desta Lei, no que couber, às entidades privadas sem fins lucrativos que recebam, para realização de ações de interesse público, recursos públicos diretamente do orçamento ou mediante subvenções sociais, contrato de gestão, termo de parceria, convênios, acordo, ajustes ou outros instrumentos congêneres.” Portanto, escolheu-se para esse estudo, os Municípios com população de 80 a 100 mil habitantes no Estado do Rio Grande do Sul que são: Guaíba (98.043 hab.), Ijuí (83.173 hab.), Lajeado (82.951 hab.), Esteio (83.121 hab.), Cachoeira do Sul (82.547 hab.) e Sapiranga (81.198 hab.) que totalizam 100% dos Municípios na faixa habitacional selecionada. A delimitação dos Municípios que são estudados, foi feita através de alguns pontos considerados estratégicos, que são: quantidade habitacional; hospitais regionais;

Municípios com uma boa arrecadação própria de receita; alta, média e baixa complexidade na rede de saúde, como está previsto no Art. 35 da Lei 8080/90:

Art. 35º Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:

I - perfil demográfico da região;

II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;

III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;

IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;

V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;

VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;

VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

Como previsto em lei, as transferências que são recebidas pelos Municípios são de obrigatoriedade da Federação e do Estado. A Lei Complementar 141/2012 deixa claro isso em seus artigos:

Art. 17. O rateio dos recursos da União vinculados a ações e serviços públicos de saúde e repassados na forma do caput dos arts. 18 e 22 aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios observará as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde e, ainda, o disposto no art. 35 da Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, de forma a atender os objetivos do inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal.

Art. 19. O rateio dos recursos dos Estados transferidos aos Municípios para ações e serviços públicos de saúde será realizado segundo o critério de necessidades de saúde da população e levará em consideração as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica e espacial e a capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde, observada a necessidade de reduzir as desigualdades regionais, nos termos do inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal.

A escolha dessa faixa habitacional foi justamente porque o tema é a saúde pública, e tendo o seu repasse per capita. Como o número de habitantes varia, a distribuição muda junto, mas devemos levar em consideração que os Municípios escolhidos têm a capacidade laborativa e arrecadam seus valores em impostos. Como os Municípios são a entidade mais próxima da população, eles são os responsáveis por financiar todas as despesas geradas, havendo assim, uma sobrecarga financeira. Muitos deles não conseguem sobreviver somente com a arrecadação dos impostos e recebem do Estado e/ou da Federação o que podemos chamar de “cota” e/ou transferência. Essas cotas são divididas e estabelecidas na legislação, e devendo ser cumpridas. Sendo assim, se chegou no seguinte problema de pesquisa: Qual o gasto público na saúde em comparação aos repasses de

recursos e arrecadações de impostos nos Municípios com população entre 80 a 100 mil habitantes no Estado do Rio Grande do Sul?

### 1.3 HIPÓTESES OU PROPOSIÇÕES

É possível que o percentual de repasse das verbas públicas tenha aumentado ou diminuído nos últimos anos em comparação com a receita arrecada de cada Município que está sendo estudado no Estado do RS.

Existe ou não um investimento de recursos maior da parte dos Municípios para a área da saúde pública em relação à constituição da lei que define esse investimento.

Existe ou não um crescimento de gasto do recurso próprio dos Municípios (ASPS) frente aos repasses Federais (blocos de financiamento).

### 1.4 OBJETIVOS

#### 1.4.1 Objetivo geral

Demonstrar os repasses de recursos públicos e arrecadações próprias de impostos, em Municípios do Estado do RS com população entre 80 a 100 mil habitantes que contribuem com o gasto municipal na saúde pública.

#### 1.4.2 Objetivos específicos

- Coletar e organizar dados da receita arrecadada e repasses de verbas;
- Averiguar a composição da receita líquida ajustada e despesa com gasto em saúde dos municípios que estão na faixa habitacional selecionada;
- Comparar a receita arrecada com os repasses recebidos constitucionalmente e convênios;
- Pesquisar e demonstrar se os Municípios escolhidos são de alta ou média complexidade;
- Evidenciar o valor gasto por habitante tanto de recursos vinculados como recursos próprios.

## 1.5 ESTRUTURA DO ESTUDO

O primeiro capítulo é uma apresentação do tema escolhido, os objetivos, o problema de pesquisa e uma justificativa do tema que é abordado.

No segundo capítulo são apresentados os principais conceitos da contabilidade na área pública, suas operacionalidades e seus objetivos para sustentabilidade do serviço público.

No capítulo três são descritas as informações sobre a metodologia utilizada na pesquisa.

No quarto capítulo é dedicado para demonstrar e analisar os dados coletados dos Municípios Guaíba, Ijuí, Lajeado, Esteio, Cachoeira do Sul e Sapiranga, segundo os recursos repassados e recursos de arrecadação própria de cada um deles nos anos de 2016, 2017 e 2018.

Finalizando, o quinto capítulo são apresentadas conclusões dos dados analisados no decorrer do trabalho.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 ESTADO

O Estado é o responsável por controlar todos os gastos públicos. Para Meirelles (2014, pg.22) o conceito de Estado no âmbito constitucional é uma pessoa jurídica territorial soberana em todos os sentidos. Já para Mazza (2017, pg. 57) “Estado é um povo situado em determinado território e sujeito a um governo”. Com isso fica claro que acima de todos os poderes está a governança do Estado.

Para a autora Di Pietro (2011) lembra que o Estado é uma pessoa jurídica sem vontade própria, e que atua por meio de pessoas físicas. Complementado a definição de Estado, Lima e Castro (2000) mencionam que na Constituição Brasileira de 1988, o Estado brasileiro é formado por três poderes e por três níveis de Governo, a União, os Estados e os Municípios.

O entendimento sobre o conceito de Estado mencionado pelos autores acima citados é de uma pessoa jurídica, sendo o único e legítimo responsável pelo controle, cobrança e destinação das verbas públicas que futuramente será destinada a cada Município, como previsto na legislação. Toda e qualquer responsabilidade do Estado está previsto na Constituição de 1988 que é vigente no Brasil.

Para que o Estado exista e continue a exercer suas funções essenciais para todos os habitantes da Federação Brasileira, a CF/88 afirma em seu Art. 1º que: A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito [...]. Criando assim os três poderes que conhecemos: Poder Legislativo, Poder Executivo e Poder Judiciário. O Poder Legislativo é aquele que faz as Leis, o Poder Executivo é o que governa o povo e administra os interesses públicos cumprindo as leis da CF/88 e o Poder Judiciário é normalmente exercido pelos juízes que tem a obrigatoriedade de julgar as regas constitucionais e as leis criadas.

### 2.2 CONTABILIDADE PÚBLICA

Para Kohama (2016, pg.24) o conceito de contabilidade pública “é o ramo da contabilidade que estuda, orienta, controla e demonstra a organização e execução

da Fazenda Pública; o patrimônio público e suas variações”. Segundo Rosa (2011, pg. 8), o objetivo da Contabilidade Pública é:

O patrimônio público, assim entendido como o conjunto de direitos e bens, tangíveis ou intangíveis, onerados ou não. Engloba ainda os direitos e bens adquiridos, produzidos, recebidos, mantidos ou utilizados pelas entidades do setor público. Tais direitos e bens devem ser portadores de benefícios, ou representar um fluxo de benefícios, presente ou futuro, inerentes à prestação de serviços públicos, ou à exploração econômica por entidades do setor público e suas obrigações.

Já para Araújo e Arruda (2003, pg.31) Contabilidade Pública é o “ramo da Ciência Contábil voltado para o registro, o controle e a demonstração dos fatos mensuráveis em moeda que afetam o patrimônio da União, dos Estados e dos Municípios e suas respectivas autarquias e fundações.”.

Segundo Lima e Castro (2000, pg.16), a melhor definição de é:

A Contabilidade Pública é o ramo da contabilidade que tem por objetivo aplicar os conceitos, Princípios e Normas Contábeis na gestão orçamentária, financeira e patrimonial dos Órgãos e Entidades da Administração Pública, e, como ramo da Contabilidade, oferecer à sociedade, de maneira transparente e acessível, o conhecimento amplo sobre a gestão da coisa pública.

Cada vez mais utilizada, a Contabilidade Pública é uma importante ferramenta na gestão, controle e transparência de todos os fatos ocorridos durante o período apresentado. Outra importante definição de Kohama (2016, pg. 25) sobre o campo de atuação da Contabilidade Pública:

A Contabilidade Pública é um dos ramos mais complexos da ciência contábil e tem por objetivo captar, registrar, acumular, resumir e interpretar os fenômenos que afetam as situações orçamentárias, financeiras e patrimoniais das entidades de direito público interno, ou seja, a União, Estados, Distrito Federal e Municípios, através de metodologia especialmente concebida para tal, que se utiliza de contas escrituradas segundo normas específicas que constituem o Sistema Contábil Público.

Em conformidade com os autores Araújo e Arruda (2003, pg. 31) e Rosa (2011, pg. 8), o objetivo principal da contabilidade voltada para a área pública é evidenciar, através de documentos comprobatórios (documentos contábeis), que os governantes estão usando o recurso público de maneira eficaz e correta para a toda população.

## 2.3 ORÇAMENTO PÚBLICO

Um das fazes mais importantes para a gestão de recursos e destinação dos mesmos é o Orçamento Público. Para Lima e Castro (2000, pg. 19) a definição de Orçamento Público é:

O Orçamento Público é Planejamento feito pela Administração Pública para atender, durante determinado período, aos planos e programas de trabalho por ela desenvolvidos, por meio da planificação das receitas a serem obtidas e pelos dispêndios a serem efetuados, objetivando a continuidade e a melhoria quantitativa e qualitativa dos serviços prestados à sociedade.

Podemos definir que, o orçamento é uma parte muito importante na gestão pública, pois nele estará descrito o quanto de montante das receitas arrecadadas serão utilizadas em cada área e quanto o Governo deve arrecadar para suprir esses gastos. Para complementar o conceito, Kohama (2016, pg. 46) tem uma ótima explicação:

Orçamento é um ato de previsão de receita e fixação da despesa para um determinado período de tempo, geralmente, um ano, e constitui o documento fundamental das finanças do Estado, bem como da Contabilidade Pública.

O orçamento é o processo pelo qual se elabora, expressa, executa e avalia o nível de cumprimento da quase totalidade do programa de governo, para cada período orçamentário. É um instrumento de governo, de administração e de efetivação e execução dos planos gerais de desenvolvimento socioeconômico.

Segundo Silva (2011, pg. 172), “o orçamento como um ato preventivo e autorizativo das despesas que o Estado deve realizar em um exercício é um instrumento da moderna Administração Pública”. Assim podendo definir que, o Orçamento deve ter um planejamento concreto para que o mesmo consiga suportar os gastos previstos nele.

Na CF/88 o Orçamento Público é citado na Lei 4320 de 17 de Março de 1964, que em seu Art. 1º estabelece que os Estados, Municípios e Distrito Federal cumpram as normas do direito financeiro e controle sobre os orçamentos previstos e já instituídos. Outra definição se faz através dos autores Piscitelli e Timbó (2014, pg. 32), que nos trazem uma visão diferenciada do Orçamento Público:

A ação planejada do Estado, quer na manutenção de suas atividades, quer na execução de seus projetos, materializa-se através do orçamento público, que é o instrumento de que dispõe o Poder Público (em qualquer de suas esferas) para expressar, em determinado período, seu programa de

atuação, discriminando a origem e o montante dos recursos a serem obtidos, bem como a natureza e o montante dos dispêndios a serem efetuados.

Outra definição de Orçamento Público mencionada pelos autores Quintana *et al* (2011, pg. 6) é o planejamento orçamentário, que "na entidade pública essa premissa torna-se mais fundamental, pois, além de ser uma determinação legal, trata-se de bem gerir os recursos públicos, por meio de uma gestão fiscal responsável." A realização, implantação e execução do Orçamento planejado é feita do período de 1º de Janeiro à 31 de Dezembro, considerado o exercício financeiro brasileiro. O mesmo tem normalmente uma duração de quatro anos (tempo de mandato de cargos públicos eleitos por voto), mas pode ser revisto, conforme necessidade da população. Esse sistema é considerado um programa de previsão de arrecadações e fixação das despesas.

### **2.3.1 Plano Plurianual**

A definição de PPA para Kohama (2016, pg. 41):

O Plano Plurianual é um plano de médio prazo, através do qual procura-se ordenar as ações do governo que levem ao atingimento dos objetivos e metas fixados para um período de quatro anos, ao nível do governo federal, e também de quatro anos ao nível dos governos estaduais e municipais.

Para complementar, Quintana *et al* (2011) ressalta que o Plano Plurianual depois de aprovado terá validade até o final do primeiro ano do governo seguinte. Essa é a finalidade do PPA, continuar por mais um ano no novo governo, a fim de garantir a continuidade do programa já autorizado anteriormente.

Na Constituição Federal que é atualmente utilizada, o PPA está definido nos Art. 165 a 169, que descrevem o que deve e pode ser abrangido, bem como, os percentuais utilizados em cada esfera. O Poder responsável pela aceitação e publicação do PPA é o Poder Executivo.

Caso seja necessário fazer alguma alteração no Plano já em execução, poderá ser revisto ou alterado, com exclusão ou alteração de programas constantes da Lei a que instituiu, ou a inclusão de novo programa, mediante proposta do Poder Executivo. Complementando PPA, essa proposta será apresentada sob a forma de projeto de lei de revisão anual ou de projeto de lei específico de alteração da lei do PPA.

Uma breve compreensão de PPA, é que ele é uma parte muito importante na formação da destinação dos gastos públicos e das futuras arrecadações, pois é ele quem vai estabelecer se pode ou não ser investido as verbas em determinado local. Deve-se lembrar de que o programa destaca-se por ser uma das bases para elaboração da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e da Lei Orçamentária Anual (LOA).

### **2.3.2 Lei de Diretrizes Orçamentárias**

O projeto de Lei da LDO para Lima e Castro (2000, pg. 21): “compreende o conjunto de metas e prioridades da Administração Pública Federal, incluindo as despesas de capital para exercício financeiro subsequente.”. Na CF/88, a LDO está disposta no § 2º do Art. 165, como comentado acima pelos autores.

Para auxiliar a composição e aplicação correta da LDO, entra a Lei de Responsabilidade Fiscal 101/2000, que em seu §1º do Art. 4º prevê:

Integrará o projeto de lei de diretrizes orçamentárias Anexo de Metas Fiscais, em que serão estabelecidas metas anuais, em valores correntes e constantes, relativos a receitas e despesas, resultados nominal e primário e montante da dívida pública, para o exercício a que se referirem e para os dois seguintes.

Complementado Kohama (2016, pg. 42) terá a LDO com a “finalidade de nortear a elaboração dos orçamentos anuais”. Finalizando com Rosa (2011) a LDO é uma lei de natureza transitória, vinculada a um exercício financeiro, que apresenta prazos e ritos próprios, devendo especificar metas e prioridades da administração e define a estrutura e organização do próximo orçamento. Essa parte do plano de orçamento é a mais importante, pois é nela que são realmente desenvolvidos e verificados se os orçamentos apresentados podem e tem como suprir o que lhes foi designado.

### **2.3.3 Lei de Orçamento Anual**

Essa Lei compreende no orçamento propriamente dito. Para Kohama (2016, pg. 44) “para viabilizar a concretização das situações planejadas no plano plurianual

e, obviamente, transformá-las em realidade, obedecida a lei de diretrizes orçamentárias, elabora-se o Orçamento Anual [...]"

Complementado o autor acima, a Constituição Federal de 88 estabelece em seu § 5º Art. 165:

§ 5º A lei orçamentária anual compreenderá:

I – o orçamento fiscal referente aos Poderes da União, seus fundos, órgãos e entidades da administração direta e indireta, inclusive fundações instituídas e mantidas pelo Poder Público;

II – o orçamento de investimento das empresas em que a União, direta ou indiretamente, detenha a maioria do capital social com direito a voto;

III – o orçamento da seguridade social, abrangendo todas as entidades e órgãos a ela vinculados, da administração direta ou indireta, bem como os fundos e fundações instituídos e mantidos pelo Poder Público.

Outra definição encontrada sobre a LOA seria que é a lei de orçamento propriamente dita, nela que são atribuídos todos os gastos dos Estados, Municípios e Distrito Federal. Responsável também por deixar claro todas as receitas que o Governo estipula para a arrecadação no período em que será utilizada. Para finalizar, os autores Quintana *et al* (2011, pg. 23) trazem que “o orçamento anual existe para viabilizar o alcance dos objetivos e metas propostos no PPA, em conformidade com as diretrizes fixadas pela LDO.”.

## 2.4 RECEITA PÚBLICA

O principal conceito conhecido de Receita Pública, através de Lima e Castro (2000, pg. 31), é “todos os créditos de qualquer natureza que o Governo tenha direito de arrecadar, em virtude de leis gerais e especiais, de contratos e quaisquer títulos de que derivarem de direitos a favor do Estado.”. Para uma maior compreensão de Receita Pública, existe em vigor a Lei 4320/1964 que em seu Art. 3º nos deixa claro que todas e quaisquer operações de créditos, desde que autorizadas mediante legislação, fazem parte da Receita Pública.

A definição de Receita Pública para os autores Arruda, Araújo e Barreto (2009, pg. 38):

As Receitas Públicas constituem-se no conjunto de ingressos ou entradas nos cofres públicos de vários, rendas ou outros bens representativos de valores, recebidos pelo Estado ou por outras pessoas de direito público, para custear as despesas necessárias ao exercício das suas funções precípuas, ao atendimento das necessidades públicas e ao fomento e desenvolvimento econômico e social.

A Receita Pública é derivada de todas as arrecadações de impostos que o Governo instituiu através de legislação. Para Piscitelli e Timbó (2014, pg. 143) define “Recita Pública, em sentido amplo, caracteriza-se como um ingresso de recursos ao patrimônio público, mais especificamente como uma entrada de recursos financeiros que se reflete no aumento das disponibilidades”.

Na CF/88 a definição de Receita Publica está disposta nos artigos 150 a 159 que delimitam o percentual de arrecadação de todos os impostos instituído. Com a arrecadação deles, o Estado tem a obrigação de custear todas as necessidades para que ele continue a governança e que sua saúde financeira fique intacta. A arrecadação pode ser de pessoas físicas e/ou pessoas jurídicas.

Na CF/88, são de responsabilidade da União os seguintes impostos: Imposto sobre Importação (II), Imposto sobre Exportação (IE), Imposto sobre Renda (IR), Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI), Imposto sobre Operações Financeiras (IOF), Imposto sobre Propriedade Territorial Rural (ITR), Contribuição de Intervenção no Domínio Econômico (CIDE) e Imposto sobre Grandes Fortunas (IGF). Aos Estados e DF, compete o controle e cobrança dos seguintes impostos: Imposto sobre Transmissão Causa Mortis e Doação (ITCMD), Imposto sobre Circulação de Mercadoria e Serviços (ICMS) e Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores (IPVA). Já os Municípios são responsáveis pela cobrança e controle dos impostos: Imposto sobre Propriedade Predial e Territorial Urbana (IPTU), Imposto sobre Transmissão de Bens "Inter Vivos" (ITBI) e Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISSQN).

Após os recolhimentos dos impostos citados acima, os mesmos são redistribuídos. Essa redistribuição está na CF/88 nos Art. 157 a 162 que instituem o percentual (%) que cada Estado, DF e Municípios receberão da União. Para os Estados e DF, o Imposto de Renda de Pessoa Física (IRPF) retido na fonte sobre rendimentos de seus funcionários, 10% do IPI arrecadado, distribuído proporcionalmente ao valor das respectivas exportações de produtos industrializados e 29% da CIDE. Já para os Municípios o IRPF retido na fonte arrecadado sobre rendimentos de seus funcionários, 50% do ITR arrecado, 50% do IPVA de veículos licenciados no território, 25% do IPI e CIDE, 25% do ICMS que será creditado. Finalizando o percentual de transferência que cada Governo tem de direito, o Art. 159 da CF/88 estabelece que a União repasse 48% de sua arrecadação de IR e IPI da seguinte forma: a) 21,5% ao Fundo de Participação dos Estados e do DF; b)

24,5% ao Fundo de Participação dos Municípios; c) 3% para aplicação em programas de financiamento ao setor produtivo das Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

Complementando o conceito, Quintana *et al* (2011, pg. 38) faz uma referência que “a receita na área pública está sempre relacionada ao ingresso e a arrecadação, assim, torna-se elemento fundamental para a manutenção dos serviços prestados pelo ente público.”. Outra observação sobre a Receita Pública que Kohama (2016, pg. 67) traz:

Existe outra particularidade no conceito da receita pública, praticado pelas entidades públicas, que diz respeito ao fato de se considerar como receita pública todo e qualquer recolhimento feito aos cofres públicos, incluindo aqueles cuja arrecadação lhes pertença ou caso figurem como depositários dos valores que não lhes pertencem, identificando a existência de uma ambivalência.

As Receitas Públicas são divididas em dois grupos: Orçamentárias e Extra orçamentárias.

#### **2.4.1 Receitas Orçamentárias**

Para Lima e Castro (2000, pg. 51), a definição de Receitas Orçamentárias “são aquelas que podem ser previstas no orçamento e constituem fontes para o pagamento das despesas autorizadas.”. Complementando em seu artigo, Rubinstein (2012, pg. 228) prevê que:

As receitas de compensações financeiras costumam ser classificadas, nas leis orçamentárias anuais dos três níveis de Governo, como *receita corrente* (nível de classificatório de categoria econômica), do gênero *receita corrente patrimonial* (subnível classificatório da procedência, ou origem).

As receitas correntes patrimoniais são conhecidas também como Receitas de Capital. Dentro do grupo de receitas orçamentárias, temos as Receitas Correntes e Receitas de Capital. Para Silva (2011, pg. 235) são Receitas Correntes “as receitas tributárias, patrimonial, agropecuária, industrial, de serviços e diversas e, ainda, as transferências correntes, ou seja, os recursos financeiros recebidos de outras pessoas de direito público ou privado.”

De todas as receitas correntes, a mais importante é as transferências correntes. Essa modalidade de receita provem de recursos recebidos de entidades

públicas e privadas com a finalidade de atender e suprir o funcionamento e manutenção do ente público mais próximo da população. Segundo o MCASP (2017, pg. 48), as principais transferências correntes são:

Transferências da União e de suas Entidades Recursos oriundos das transferências voluntárias, constitucionais ou legais, efetuadas pela União em benefício dos Estados, Distrito Federal ou Municípios, como as transferências constitucionais destinadas aos Fundos de Participação dos Estados (FPE) e Fundos de Participação dos Municípios (FPM).  
Transferências de Pessoas Físicas Compreendem as contribuições e doações que pessoas físicas realizem para a Administração Pública.

A definição de Receitas de Capital para Kohama (2016, pg. 74) são “as provenientes da realização de recursos financeiros oriundos da constituição de dívidas; da conversão, em espécie, de bens e direitos; os recursos recebidos de outras pessoas de direito público ou privado.”. A principal diferença entre a Corrente e de Capital, é que uma vem de terceiros, como exemplo, o pagamento dos impostos (corrente) e já a outra (capital) vem de recursos próprios, como por exemplo, operações de crédito.

#### **2.4.2 Receita Extra Orçamentária**

As Receita Extra Orçamentária são todas as arrecadações não previstas e que não pertencem aos cofres públicos. Uma melhor definição trazida pelos autores Quintana *et al* (2011, pg.44):

É aquela que não integra o orçamento público, altera a composição do patrimônio financeiro, sem modificar a situação líquida da organização. (...) São valores que o órgão público arrecada, mas não lhes pertencem, ficando assim de mero depositário de valores recebidos. A arrecadação das receitas extras orçamentárias não depende de autorização legislativa, pois é uma receita independente da execução orçamentária.

Complementando o conceito de Receita Extra Orçamentária, Lima e Castro (2000, pg. 52) que “são as que não podem ser previstas no orçamento ou tem caráter transitório.”. Já para Kohama (2016, pg. 69) “compreende os recolhimentos feitos que constituirão compromissos exigíveis, cujo pagamento independe de autorização orçamentária e, portanto, independe de autorização legislativa.”. Em casos isolados, essas receitas extra orçamentárias podem vir a se tornar receitas orçamentárias e assim fazer parte do orçamento previsto em Lei.

### 2.4.3 Receitas Próprias

Uma das principais fontes de recursos dos Municípios são as receitas próprias que os mesmos arrecadam, instituídas essas arrecadações, através da legislação. No Código Tributário Nacional (CTN), Lei 5.172 de 25 de Outubro de 1966, estão estabelecidas todas as formas de tributos de obrigatoriedade de recolhimento pela Federação Brasileira.

No CTN Lei 5.172/66 em seu Art. 3º define o conceito de Tributo: Tributo é toda prestação pecuniária compulsória, em moeda ou cujo valor nela se possa exprimir, que não constitua sanção de ato ilícito, instituída em lei e cobrada mediante atividade administrativa plenamente vinculada. Na CF/88, o Art. 145 retrata que:

A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios poderão instituir os seguintes tributos:

I – impostos;

II – taxas, em razão do exercício do poder de polícia ou pela utilização, efetiva ou potencial, de serviços públicos específicos e divisíveis, prestados ao contribuinte ou postos a sua disposição;

III – contribuição de melhoria, decorrente de obras públicas.

Como identificado acima, temos três tipos de tributos que são mencionados. No CTN em seu Art. 16 considera imposto todo o tributo cuja obrigação tem por fato gerador uma situação independente de qualquer atividade estatal específica, relativa ao contribuinte. Na CF/88 em seu Art. 156, traz os impostos que são de competência dos Municípios:

Compete aos Municípios instituir impostos sobre:

I – propriedade predial e territorial urbana;

II – transmissão inter vivos, a qualquer título, por ato oneroso, de bens imóveis, por natureza ou acessão física, e de direitos reais sobre imóveis, exceto os de garantia, bem como cessão de direitos a sua aquisição;

III – serviços de qualquer natureza, não compreendidos no art. 155, II, definidos em lei complementar. (Redação dada pela EC n. 3/1993)

IV – (Revogado pela EC n. 3/1993)

Quanto às taxas, sua principal definição está no Art. 77 do CTN, estabelecendo que os serviços públicos devam ser específicos e divisíveis sendo prestados ao contribuinte, ou colocados a sua disposição. As mesmas só podem ser cobradas da população quando estabelecidas em lei, sendo prestados os serviços diretamente pelo ente público e independentemente da utilização.

Finalizando as receitas, temos as contribuições de melhorias que sua previsão legal está no Art. 81 do CTN:

A contribuição de melhoria cobrada pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal ou pelos Municípios, no âmbito de suas respectivas atribuições, é instituída para fazer face ao custo de obras públicas de que decorra valorização imobiliária, tendo como limite total a despesa realizada e como limite individual o acréscimo de valor que da obra resultar para cada imóvel beneficiado.

A cobrança da contribuição de melhoria precisa ser bem fundamentada e que haja uma coerência entre a obra que será realizada e a melhoria que isso trará para a população.

## 2.5 DESPESA PÚBLICA

A despesa pública, nada mais é, que a efetivação dos gastos previstos no orçamento. Para Rosa (2011, pg. 265):

Em sentido geral, despesa pública pode ser conceituada como a soma de dispêndios ou gastos realizados pelo Estado com o objetivo de atender as necessidades coletivas, implementar suas políticas e dar cumprimento a suas finalidades.

Complementado o conceito de despesa pública Silva (2011, pg. 247) trata “todos os desembolsos efetuados pelo Estado no atendimento dos serviços e encargos assumidos no interesse geral da comunidade, nos termos da Constituição, das leis, ou em decorrência de contratos ou outros instrumentos.”. Assim podemos resumir que tudo que estava programado no orçamento, em questões financeiras, de gasto ou dispêndios são chamados de Despesa Pública.

Piscitelli e Timbó (2014, pg. 157) definem Despesa Pública “um dispêndio de recursos do patrimônio público, representado essencialmente por uma saída de recursos financeiros, imediata – com redução de disponibilidades – ou mediata – com reconhecimento dessa obrigação.”. Contribuindo com os conceitos já citados, Kohama (2016, pg. 98) define:

Despesa Pública os gastos fixados na lei orçamentária ou em leis especiais e destinados à execução dos serviços públicos e dos aumentos patrimoniais; à satisfação dos compromissos da dívida pública; ou ainda à restituição ou pagamento de importâncias recebidas a título de cauções, depósitos, consignações etc.

De acordo com o Manual de Despesa Nacional de 2008 Despesa/Dispêndio orçamentário é fluxo que deriva da utilização de crédito consignado no orçamento da entidade, podendo ou não diminuir a situação líquida patrimonial.

A criação da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), como Lei Complementar nº 101/2000 vem para legalizar os gastos orçados, em seu §1º Art. 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, dívidas consolidada e mobiliária, operações de crédito, inclusive por antecipação de receita, concessão de garantia e inscrição em Restos a Pagar.

As Despesas Públicas são divididas em dois grupos: Orçamentárias e Extra Orçamentárias.

### **2.5.1 Despesas Orçamentárias**

As Despesas Orçamentárias são como as Receitas Orçamentárias, só podem ocorrer se estiverem na programação do orçamento já estipulado. Para Kohama (2016, pg. 98) “é aquela cuja realização depende de autorização legislativa.” Complementando Crepaldi (2013, pg. 83) “são aquelas que dependem de autorização legislativa, ou seja, aquelas que integram o orçamento desde a sua elaboração, ou são autorizadas por leis especiais que complementam o orçamento.”

Na legislação brasileira, as despesas estão na Lei 4320/64, assim como as receitas. Lembrando que as Despesas Orçamentárias só podem ser efetivadas se houver um crédito orçamentário correspondente. Nesse caso, para embasamento legal, temos a Lei de Responsabilidade Fiscal, que fiscaliza se não foi gasto mais que o empenhado em lei orçamentária.

Para Rosa (2011, pg. 268), “a despesa orçamentária será classificada segundo as categorias econômicas, desdobradas em despesas correntes e despesas de capital.”. As despesas correntes para Quintana *et al* (2011, pg. 72) é “aquela que causa alteração na situação líquida patrimonial, por se tratar de um fato modificativo(...)”, por não causar variação patrimonial na situação líquida patrimonial, sendo um fato permutativo apenas. As despesas correntes conhecidas são os dispêndios realizados com pessoal e encargos sociais, juros e encargos da dívida e outras despesas correntes.

Já as despesas de capital são aquelas que em nada afetam o patrimônio do ente público que as realiza, pois elas se constituem em investimentos, inversões financeiras, amortização da dívida e outras despesas de capital.

### **2.5.2 Despesas Extra Orçamentárias**

As Despesas Extra Orçamentárias são todos os gastos não previstos no orçamento. Segundo Kohama (2016, pg. 99) “é aquela paga à margem da lei orçamentária e, portanto, independente de autorização legislativa, pois se constitui em saídas do passivo financeiro, compensatórias de entradas no ativo financeiro.”. Os principais exemplos de despesas extra orçamentárias segundo Quintana *et al.* (2011, pg. 80) são “restituição de depósitos, restituição de cauções, pagamento de restos a pagar, resgate de operações de crédito por Antecipação da Receita Orçamentária (ARO).”

## **2.6 TRANSPARÊNCIA NA GESTÃO PÚBLICA**

Com o interesse da população sobre receitas e gastos públicos, foi criada a transparência na gestão pública. Ampara pela Lei 12.527/2011, em seu Art. 3º esclarece que:

Os procedimentos previstos nesta Lei destinam-se a assegurar o direito fundamental de acesso à informação e devem ser executados em conformidade com os princípios básicos da administração pública e com as seguintes diretrizes:

- I - observância da publicidade como preceito geral e do sigilo como exceção;
- II - divulgação de informações de interesse público, independentemente de solicitações;
- III - utilização de meios de comunicação viabilizados pela tecnologia da informação;
- IV - fomento ao desenvolvimento da cultura de transparência na administração pública;
- V - desenvolvimento do controle social da administração pública.

Com a criação da lei da transparência a população fica com mais acesso da aplicação de tudo o que o Poder Público faz com as arrecadações e onde aplica os recursos. Esse acesso pode ser dar por meios digitais como afirma Soares (2013, pg. 32 e 33):

A divulgação via internet se firma como o meio mais eficiente para conferir transparência às informações, pois através de um sistema de consultas é possível viabilizar aos usuários, a partir de filtros definidos por eles, a busca de informações de acordo com os interesses de cada um, bem como através de recursos de informática transferir os dados para planilhas ou softwares de gerenciamento para tratamento de dados específicos, como cruzamento de informações, refinamento de pesquisas etc.

Para Quintana *et al* (2011) na medida em que nem todos os cidadãos estariam preparados para interpretar as informações colocadas a sua disposição, além de nem todos possuírem os meios necessários para acessar as contas públicas. Tendo que levar em consideração que nem toda a população tem como acessar por meios digitais, sendo assim, fica difícil e delicada a transparência. Outro fator preponderante é a dificuldade de interpretação por parte dos habitantes, pois são utilizados muitos termos técnicos nessas publicações.

As publicações dos Poderes Públicos referentes às receitas e gastos públicos que através da Lei Complementar 9.755/98 em seu Art. 1º estabelece que o Tribunal de Contas da União crie uma página com o nome de “contas públicas” para que nesse local sejam publicadas todas as demonstrações contábeis obrigadas por lei. Com a criação da Lei Complementar, ficou mais claro que os governantes são obrigados a publicar todos os fatos gerados em um determinado exercício. No entanto, não significa que a publicidade dos fatos é necessariamente transparente.

Na legislação brasileira, a transparência pública, é dada pela criação da Lei Complementar 101/2000 que em seu § 2 Art. 48 estabelece que:

A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios disponibilizarão suas informações e dados contábeis, orçamentários e fiscais conforme periodicidade, formato e sistema estabelecidos pelo órgão central de contabilidade da União, os quais deverão ser divulgados em meio eletrônico de amplo acesso público.

Com a criação do portal de transparência, não só a população ficou com mais acesso as informações, mas isso ajuda muito nos controles da aplicação e execução do Orçamento já estabelecido e conseqüentemente se estão dentro das normas estipuladas na LRF.

Com a criação do Portal de Transparência do Governo Federal em 2004, ficou ainda mais fácil acessar as informações que deseja buscar. O site reúne informações de valor em reais (R\$) que cada Estado e Município receberam da Federação em determinado período (ano), contém também onde foi gasto esse recurso recebido, além de fornecer orientações de como realizar a pesquisa que

deseja. O principal objetivo da criação do site é que a população tenha uma pequena parcela nas decisões governamentais e incentivar o controle social como meio de fiscalização dos recursos públicos. É uma nova era de acesso a cultura, através de meios eletrônicos que só vem a favorecer a população.

## 2.7 SAÚDE PÚBLICA

Na legislação brasileira, a saúde pública encontra-se mencionada nos Art. 196 a 200 da CF/88. A melhor definição sobre a importância do Governo com a saúde de sua população esta no Art. 196 da CF/88:

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.

Complementado a legislação, podemos afirmar que é dever do Estado Maior cuidar da saúde de todas as pessoas que competem à ele, sendo assim, deve arcar com os gastos para que todos os habitantes fiquem sempre saudáveis.

### 2.7.1 Gasto com Saúde Pública

Instituído por legislações vigentes em nosso país, os gastos com a saúde pública que é de dever dos Estados, DF e Municípios, estão mencionados CF/88 nos Art(s) 155 a 159 e na Lei Complementar 141 de 2012. Para mostrar o que se enquadra em saúde pública, temos como melhor exemplo o Art. 3º da Lei complementar 141 de 13 de Janeiro de 2012:

- I - vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária;
- II - atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais;
- III - capacitação do pessoal de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS);
- IV - desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS;
- V - produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como: imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos;
- VI - saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pelo Conselho de Saúde do ente da Federação financiador da ação e esteja de acordo com as diretrizes das demais determinações previstas nesta Lei Complementar;
- VII - saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos;

- VIII - manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças;
- IX - investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde;
- X - remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividade nas ações de que trata este artigo, incluindo os encargos sociais;
- XI - ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde;
- XII - gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde.

Essas despesas dão origem a todos os gastos considerados gastos com saúde pública e são chamados de Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS). Cada ASPS deve estar já relacionado no Orçamento financeiro para poder ser utilizado dos recursos fornecidos.

Como cada um dos entes da Federação deve contribuir financeiramente com a saúde de seus habitantes, a Lei Complementar 141 em seus Art(s). 5ª ao 8ª disponibilizam os percentuais de transferência que devem ser aplicados em ASPS dentro de cada exercício financeiro.

Art. 5º A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual.

Art. 6º Os Estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos [...] deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios.

Art. 7º Os Municípios e o Distrito Federal aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam o art. 158 e a alínea "b" do inciso I do caput e o § 3º do art. 159, todos da Constituição Federal.

Art. 8º O Distrito Federal aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) do produto da arrecadação direta dos impostos que não possam ser segregados em base estadual e em base municipal.

Uma importante observação que não pode ser deixada de lado, quando se remete aos gastos com a saúde pública, está disposta no Art. 7º da Lei Complementar 141/2012, onde os Municípios devem aplicar na saúde o mínimo de 15% de sua arrecadação própria de impostos, de recursos originários de receitas tributárias e da cota parte do Fundo de Participação dos Municípios (FPM) que são entregues pela União. Destacamos aqui que, na maioria das vezes, os Municípios não tem capacidade financeira para arcar com todas as obrigações, mas em contra

partida, devemos ressaltar que o mesmo é a entidade governamental mais próxima da população.

### **2.7.2 Sistema Único de Saúde (SUS)**

O Sistema Único de Saúde, conhecido no Brasil por SUS, é um dos planos mais bem elaborados pelos governos para se tratar da saúde. Com a criação da Lei 8080 de 19 de Setembro de 1990, ficou claro que esse sistema faria uma grande diferença para todos os habitantes. Em seu Art. 2º destaca que “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”.

A compreensão de cada ente da organização é definida:

- a) A esfera Nacional tem a obrigatoriedade de avaliar, estabelecer normas, apoiar e coordenar.
- b) A esfera Estadual e DF tem a competência de prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e algumas oportunidades de criar normas e estabelecer padrões de caráter suplementar.
- c) Por fim a esfera Municipal está dedicada a executar os serviços de saúde para a população que lhe couber.

Como mencionado acima, o SUS recebe repasses de verbas financeiras para poder operar, essas verbas são oriundas dos Estados e da Federação e são destinados ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), onde cada um faz uso de suas verbas. Devemos destacar que o principal propósito do SUS é conciliar recursos financeiros com recursos materiais e população.

O financiamento do Sistema Único de Saúde está previsto na Emenda Constitucional 29/2000, além da lei já citada anteriormente. Essa EC estipula o percentual da Receita Corrente Líquida (RCL) para cada ente da Federação. Pacheco *et al* (2018 pg. 11) define que:

A Emenda Constitucional 29/2000, marco histórico do financiamento da saúde, ratificou a vinculação de recursos financeiros da seguridade social, definindo percentuais mínimos de investimento da Receita Corrente Líquida (RCL) para os Estados (12%) e os Municípios (15%). No entanto, para o governo federal não foi estabelecido um mínimo percentual vinculado à RCL, situação que ao longo dos anos elevou, de forma substancial, os percentuais investidos em saúde pelos demais Entes da Federação.

### 2.7.3 Fundo Nacional de Saúde

O FNS como todos no Brasil, tem embasamento no Decreto nº 3964 de 10 de outubro de 2001 que anteriormente era regido pelo Decreto 64867 de 24 de julho de 1969. Nele são estipulados os percentuais, os recursos, os gastos, entre outros, e se destinam única e exclusivamente a saúde. O Decreto acima mencionado, em seu Art. 3º menciona que os recursos recebidos, devem prover:

- I - despesas correntes e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e suas entidades, da administração direta e indireta, integrantes do SUS;
- II - transferências para a cobertura de ações e serviços de saúde destinadas a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial e hospitalar e às demais ações de saúde do SUS [...]
- III - financiamentos destinados à melhoria da capacidade instalada de unidade de serviços de saúde do SUS;
- IV - investimentos previstos no plano plurianual do Ministério da Saúde e na Lei Orçamentária Anual;
- V - outras despesas autorizadas pela Lei Orçamentária Anual.

Para que os Municípios recebam os recursos do FNS, os mesmos devem contar com o Fundo de Saúde (FS). Caso o Município se enquadre no FS, os mesmos tem direito de até 70% dos recursos arrecadados pelo FNS. Para entender o enquadramento dos Municípios, contamos com o Art.35 da Lei 8080 de 1969, que estabelece os critérios adotados para esse enquadramento.

- I - perfil demográfico da região;
- II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;
- III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;
- IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;
- V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;
- VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;
- VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

A principal modalidade de transferência do FNS para o FS é conhecida como transferência Fundo a Fundo.

### 2.7.4 Transferências Fundo a Fundo

As transferências Fundo a Fundo são regidas pela Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007 que estabelece os recursos destinados às ações e aos serviços de saúde e os blocos de transferência dos recursos. Os blocos são classificados da seguinte forma, segundo Art. 4º da portaria nº 204:

Art. 4º Estabelecer os seguintes blocos de financiamento:

- I - Atenção Básica
- II - Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar;
- III - Vigilância em Saúde;
- IV - Assistência Farmacêutica;
- V - Gestão do SUS;
- VI - Investimentos na Rede de Serviços de Saúde[...].

#### 2.7.4.1 Atenção Básica

A atenção básica está definida na Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007, dos Art. 9º a 12 onde a mesma é composta por dois blocos, conhecidos como Componente Piso da Atenção Básica (PAB) Fixo e Componente Piso da Atenção Básica (PAB) Variável.

No Art. 10 está disposto sobre o PAB fixo, onde e quando ele pode e deve ser utilizado. Comenta que o mesmo só pode ser utilizado para financiamento após a formalização efetiva do Ministério da Saúde, com definição de valores, tempo de execução e cronograma de retirada de recursos financeiros.

Já o Art. 11, refere-se ao PAB variável, como demonstrado abaixo:

Art 11. O Componente Piso da Atenção Básica Variável - PAB Variável é constituído por recursos financeiros destinados ao financiamento de estratégias, realizadas no âmbito da atenção básica em saúde, tais como:

- I - Saúde da Família;
- II - Agentes Comunitários de Saúde;
- III - Saúde Bucal;
- IV - (Revogado pela PRT nº 1408 de 10 de julho de 2013).
- V - Fator de Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas;
- VI - Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário;
- VII - Incentivo para a Atenção Integral à Saúde do Adolescente em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória; e
- VIII - outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico.

Podemos observar que a principal diferença entre os dois PAB, é sua utilização específica em saúde diretamente ou em compra de equipamentos para o melhor atendimento, o que seria um cuidado indiretamente.

#### 2.7.4.2 Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar

A atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar está definida na Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007, dos Art. 13 ao 17 onde a mesma é composta por dois componentes: Componente Limite Financeiro da Média e Alta

Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC) e Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC).

O MAC como é conhecido, é responsável pelo financiamento dos Estados, DF e Municípios com alta e média complexidade, assim são feitas transferências financeiras mensalmente. O enquadramento dos programas de alta e média complexidade é definido no § 1 Art. 14 da Portaria já citada anteriormente:

- I - Centro de Especialidades Odontológicas - CEO;
- II - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU;
- III - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador;
- IV - Adesão à Contratualização dos Hospitais de Ensino, dos Hospitais de Pequeno Porte e dos Hospitais Filantrópicos;
- V - Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa Universitária em Saúde – FIDEPS;
- VII - Programa de Incentivo de Assistência à População Indígena – IAPI;
- VII - Incentivo de Integração do SUS – INTEGRASUS; e
- VIII - outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo.

Já o FAEC é principalmente direcionado no financiamento dos seguintes itens, como disposto no Art. 16 da Portaria nº 204:

- I - procedimentos regulados pela Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade – CNRAC;
- II - transplantes e procedimentos vinculados;
- III - ações estratégicas ou emergenciais, de caráter temporário, e implementadas com prazo pré-definido; e
- IV - novos procedimentos, não relacionados aos constantes da tabela vigente ou que não possuam parâmetros para permitir a definição de limite de financiamento, por um período de seis meses, com vistas a permitir a formação de série histórica necessária[...]

#### 2.7.4.3 Vigilância em Saúde

A vigilância em saúde está definida na Portaria nº 1378, de 09 de janeiro de 2013. Esse bloco é considerado o “bloco de coleta e análise”, pois é através dele que são coletadas todas as questões que envolvem a saúde da população e tem por objetivo a proteção da saúde em geral. Ela é subdividida em dois componentes: Componente da Vigilância em Saúde e Componente da Vigilância Sanitária.

No Art. 15 da Portaria 1378/2013, está definindo legalmente Vigilância em Saúde:

- O Componente de Vigilância em Saúde refere-se aos recursos federais destinados às ações de:
- I - vigilância;
  - II - prevenção e controle de doenças e agravos e dos seus fatores de risco;
  - e

III - promoção.

§ 1º. A aplicação dos recursos oriundos do Componente de Vigilância em Saúde guardará relação com as responsabilidades estabelecidas nesta Portaria, sendo constituído em:

I - Piso Fixo de Vigilância em Saúde (PFVS); e

II - Piso Variável de Vigilância em Saúde (PVVS).

Já o Art. 24 da mesma portaria, está direcionado para a Vigilância Sanitária:

Art. 24. O Componente da Vigilância Sanitária refere-se aos recursos federais destinados às ações de vigilância sanitária, constituído de:

I - Piso Fixo de Vigilância Sanitária – PFVISA: destinados a Estados, Distrito Federal e Municípios, visando o fortalecimento do processo de descentralização, a execução das ações de vigilância sanitária e para a qualificação das análises laboratoriais de interesse para a vigilância sanitária; e II - Piso Variável de Vigilância Sanitária – PVVISA: destinados a Estados, Distrito Federal e Municípios, na forma de incentivos específicos para implementação de estratégias voltadas à Vigilância Sanitária.

#### 2.7.4.4 Assistência Farmacêutica

A assistência farmacêutica está definida na Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007, dos Art. 24 a 27. O bloco acima citado tem em sua composição, os seguintes componentes: Componente Básico da Assistência Farmacêutica, Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica e Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

Esse bloco é considerado muito importante para o Ministério da Saúde, pois é nele que se encontram os recursos do financiamento das ações em assistência farmacêutica, como demonstrado na Portaria 202/20017 em seu artigo 26:

Art. 26. O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica destina-se ao financiamento de ações de assistência farmacêutica dos seguintes programas de saúde estratégicos:

I - controle de endemias, tais como a tuberculose, a hanseníase, a malária, a leishmaniose, a doença de chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional;

II - anti-retrovirais do programa DST/Aids;

III - sangue e hemoderivados; e

IV - imunobiológicos.

#### 2.7.4.5 Gestão do SUS

O sistema de saúde pública, no Brasil, conhecido por Sistema Único de Saúde (SUS) vem sofrendo consequências de falta de verba. Esse sistema que foi reconhecido mundialmente, sendo um dos melhores, vem sendo esquecido por

nossos governantes. No Brasil, O SUS é regido pela Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 que trata em seus artigos:

Art. 1º Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

Art. 4º 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).

A Gestão do SUS está definida na Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007, dos Art. 28 ao Art.31. Esse bloco tem a finalidade de ajudar e promover com organização e eficiência o sistema.

Esse bloco é dividido em dois principais componentes: Componente para a Qualificação da Gestão do SUS e Componente para a Implantação de Ações e Serviços de Saúde.

O Componente para a Qualificação da Gestão do SUS está definido no Art. 30 da Portaria já citada, as seguintes ações que ele apoiará:

- I - Regulação, Controle, Avaliação, Auditoria e Monitoramento;
- II - Planejamento e Orçamento;
- III - Programação;
- IV - Regionalização;
- V - Gestão do Trabalho;
- VI - Educação em Saúde;
- VII - Incentivo à Participação e Controle Social;
- VIII – Informação e Informática em Saúde;
- IX - Estruturação de serviços e organização de ações de assistência farmacêutica; e
- X - outros que vierem a ser instituídos por meio de ato normativo específico.

O Componente para a Implantação de Ações e Serviços de Saúde está definido no Art. 31 da Portaria já citada, as seguintes ações que ele apoiará:

- I - implantação de Centros de Atenção Psicossocial;
- II - qualificação de Centros de Atenção Psicossocial;
- III - implantação de Residências Terapêuticas em Saúde Mental;
- IV - fomento para ações de redução de danos em CAPS AD;
- V - inclusão social pelo trabalho para pessoas portadoras de transtornos mentais e outros transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas;
- VI - implantação de Centros de Especialidades Odontológicas – CEO;
- VII - implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU;
- VIII - reestruturação dos Hospitais Colônias de Hanseníase;
- IX - implantação de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador;
- X - adesão à Contratualização dos Hospitais de Ensino; e
- XI - outros que vierem a ser instituídos por meio de ato normativo para fins de implantação de políticas específicas.

#### 2.7.4.6 Investimentos na Rede de Serviços de Saúde

Os Investimentos na Rede de Serviços de Saúde estão definidos na Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007, no Art. 31. Esse bloco tem transferências de uso exclusivamente para a realização de despesas de capital.

### 2.8 MUDANÇAS NOS BLOCOS DE FINANCIAMENTO

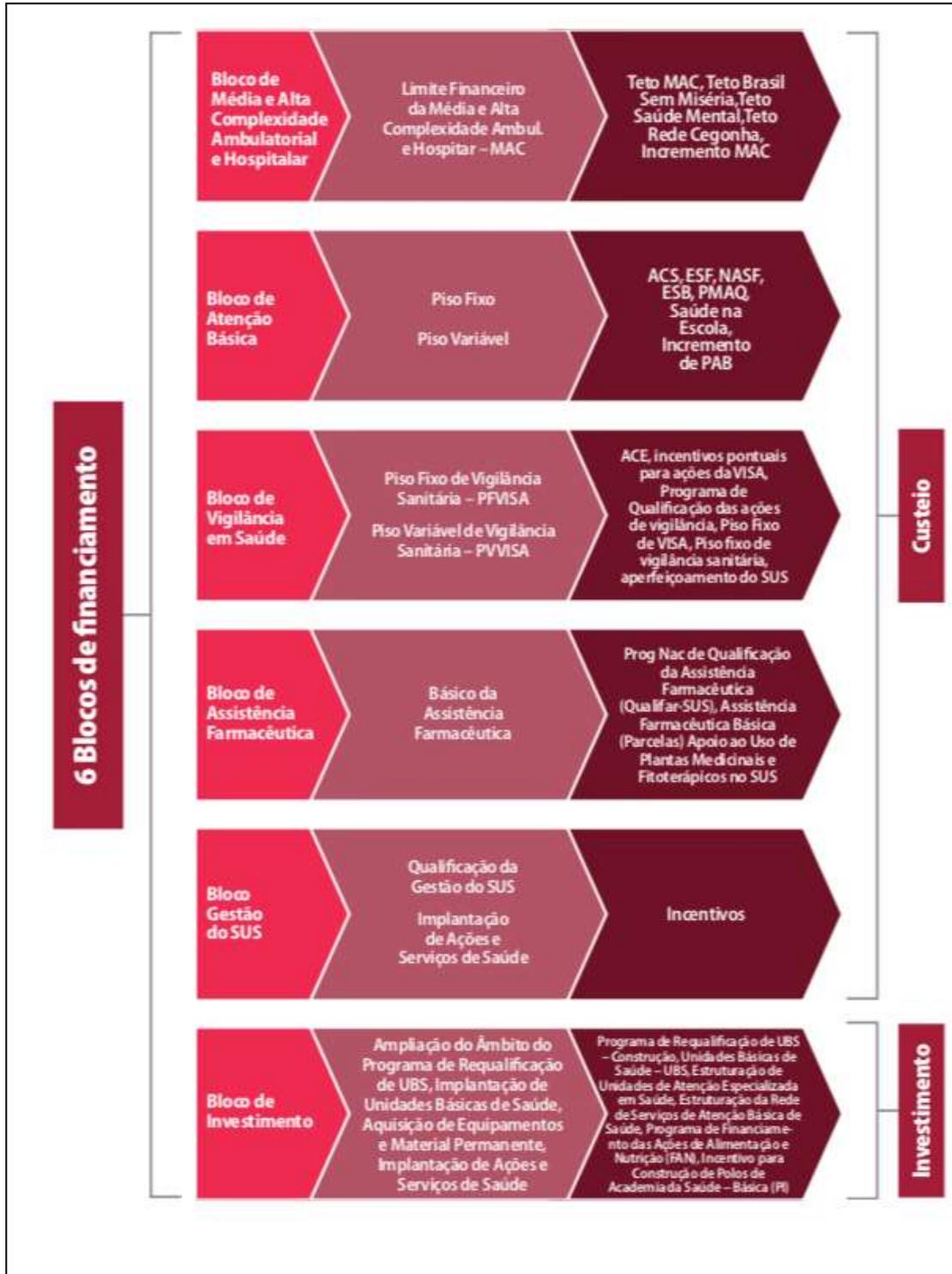
A gestão financeira dos blocos de financiamento do Sistema Único de Saúde sofreu alterações em relação às contas de depósito das transferências de recursos e financiamento repassados pelo Governo Federal para ASPS. Segundo Pacheco et al (2018, pg. 15):

Para a recepção dos recursos federais, o Ministério da Saúde, por meio do Fundo Nacional de Saúde, abria para cada bloco uma conta bancária e, no caso do bloco de investimento, uma conta financeira para cada um dos projetos aprovados com plano de aplicação e prestação de contas específicas, o que muitas vezes poderia ser confundido com a transferência de recursos financeiros realizada por meio do instrumento tipo convênios.

Com as mudanças ocorridas, a Portaria 204/2007 foi substituída pela Portaria 3.992/2017, que destaca os dois novos blocos de financiamento.

Segundo a Portaria 204/2007 o recebimento destes recursos era da seguinte forma, como apresentado na figura 1(um) a seguir:

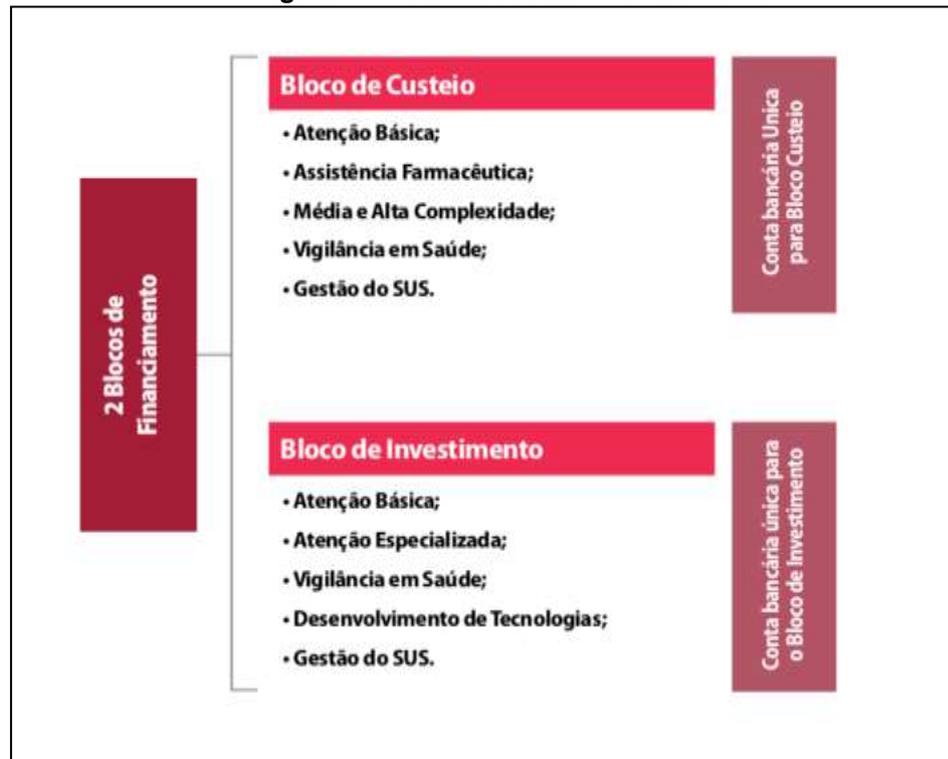
Figura 1 - Seis Blocos de Financiamento



Fonte: Pacheco et al 2018 – pg.18

Com a criação da Portaria 3.992/2017, houve algumas alterações na forma de recebimento desses recursos. Segue como são recebidos e destinados os proventos desde 2018, como apresentada na figura 2 a seguir:

Figura 2 - Dois Blocos de Financiamento



Fonte: Pacheco *et al* 2018 – pg. 19

Devemos sempre levar em consideração, que por mais que, as alterações de contas aconteceram, o valor fixado para financiamento segundo a Legislação deve ser respeitado. Complementando isso, afirma Pacheco et al ( 2018, pg.19):

Apesar das mudanças no modelo de repasse, que possibilitam maior autonomia na utilização dos recursos financeiros durante o exercício financeiro vigente, vale ressaltar a importância de que os recursos federais permaneçam vinculados às normativas que deram origem aos repasses.

## 2.9 SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE – SIOPS

Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) foi criado como instrumento de informação à população com o intuito de que a mesma tenha mais conhecimento e possa acompanhar como é orçado e gasto os recursos destinados à Saúde Pública. Segundo o Ministério da Saúde (2000):

O SIOPS é o sistema informatizado, de alimentação obrigatória e acesso público, operacionalizado pelo Ministério da Saúde, instituído para coleta, recuperação, processamento, armazenamento, organização, e disponibilização de informações referentes às receitas totais e às despesas com saúde dos orçamentos públicos em saúde. O sistema possibilita o acompanhamento e monitoramento da aplicação de recursos

em saúde, no âmbito da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, sem prejuízo das atribuições próprias dos Poderes Legislativos e dos Tribunais de Contas.

Os dados apresentados nessas publicações são de responsabilidade do setor contábil do Município correspondente, sendo assim, as informações são classificadas, geradas e mantidas pelos Estados e Municípios conforme a classificação de receitas e despesas de ordem cronológica.

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Essa determinada pesquisa a ser realizada, vai utilizar técnicas descritivas, pois os dados coletados são analisados e comparados segundo período pré definido. Para Silva e Casarin (2011, pg. 40) a pesquisa descritiva é uma forma de “caracterizar e identificar opiniões, atitudes ou crenças de um determinado grupo ou população.” Crenças essas que a população está acostumada e não fazem mais a diferença nos dias atuais.

As pesquisas descritivas não deixam de ser uma conferência dos resultados encontrados com os resultados analisados, ou seja, ela é uma prova real, no caso do estudo a ser realizado, de verificar se os repasses estão e são coerentes com todas as metodologias apresentadas.

Uma breve compreensão de estudo, é de Filho (2015, pg. 66):

Estudo de caso: quando envolve o estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos de maneira que se permita o seu amplo e detalhado conhecimento. É mais usado na construção de hipóteses e na reformulação de problema. Na maioria das vezes não permite generalização dos resultados. Pode utilizar um conjunto de técnicas diferentes e possibilita o estudo de mais de um caso (multicaso); coloca-se mais ênfase em uma análise contextual completa de poucos fatos, elementos, entidades ou objeto, por meio de fontes múltiplas de informações. Por isso, em estudos de caso são necessárias várias fontes de evidência, porque é um estudo profundo de uma ou poucas unidades de estudo.

Essa pesquisa que será realizada conterà dados numéricos, pois conta com valores em reais dos repasses efetuados para a manutenção e sobrevivência da Saúde Pública da população dos Municípios em estudo. Como será quantitativa e qualitativa, os autores Silva e Cassin (2011, pg. 32 e 36), as definição defendidas por eles:

A pesquisa qualitativa explora uma metodologia predominantemente descritiva deixando em segundo plano modelos matemáticos e estatísticos. A pesquisa quantitativa, como o próprio nome indica , tem como objetivo principal quantificar ou mensurar uma ou mais variáveis estudadas.

Já para Filho (2015, pg. 63 e 64), a definição de quantitativa e qualitativa é:

a) Pesquisa quantitativa: forma de estudo que parte de uma visão quantificável, o que significa traduzir em números opiniões e informações para classificá-las e analisá-las. Geralmente se utilizam recursos e técnicas estatísticas (percentagem, média, moda, mediana, desvio-padrão, coeficiente de correlação, análise de regressão etc.).

b) Pesquisa qualitativa: parte de uma visão em que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o pesquisador, entre o mundo objetivo e a subjetividade de quem observa, que não pode ser traduzida em números. A interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicas nos processos da pesquisa qualitativa.

Realizada as coletas e as análises dos temas dispostos acima, será fundamentado um resultado de clareza sobre os dados coletados. Podemos analisar ainda, que até o momento, tudo que foi citado e explicado, está condizendo com o tema escolhido.

### 3.2 PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

A coleta de dados será feita através do site do IBGE (2018) para obter os Municípios a serem avaliados, portal da transparência (2011) dos Municípios que serão avaliados e site do TCE - RS, responsável pelas publicações obrigatórias das demonstrações. Após coletar as informações, serão feitas as análises e lançadas em uma planilha eletrônica.

Após a conclusão das análises, serão elaborados gráficos para que se obtenha uma melhor visualização das análises obtidas. As informações coletadas nos portais dos Municípios em comparação com a legislação vigente serão a base, observando sempre a quantidade de recursos que foram integrados pelos Municípios. A avaliação final terá como objetivo, demonstrar os repasses obrigatórios dos recursos necessários para a sustentação do SUS.

## 4 REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Os dados coletados se referem a três anos 2016, 2017 e 2018 e serão apresentados os valores e percentuais pela média de todos.

### 4.1 APRESENTAÇÃO DOS MUNICÍPIOS

Os Municípios abaixo apresentados no quadro 1 (um) estão por ordem de população e são 100% da faixa habitacional selecionada.

**Quadro 1 - Municípios Estudados**

MUNICÍPIO	COLOCAÇÃO DO MUNICÍPIO NO RS PELO IBGE	POPULAÇÃO	HOSPITAIS	UPA	UBS
GUAÍBA	20º	98.043	Possui um hospital regional, conhecido como Hospital Regional de Guaíba, com capacidade de 250 leitos. Esse hospital é completamente da rede pública	Possui uma unidade 24h de pronto atendimento	Possui nove Unidades Básicas de Saúde espalhadas por seu território
IJUÍ	21º	83.173	Possui três hospitais, sendo o principal, Hospital de Caridade de Ijuí (HCI), é conhecido como hospital macroregional e atende usuários do SUS e conveniados	Possui um amplo e bem equipado pronto atendimento 24h	Possui cinco Unidades Básicas de Saúde espalhadas por seu território
ESTEIO	22º	83.121	Possui um hospital conhecido como Hospital São Camilo. Esse hospital é completamente da rede pública	-	Possui onze Unidades Básicas de Saúde espalhadas por seu território

LAJEADO	23º	82.951	Possui quatro hospitais, sendo o principal Hospital Bruno Born, ele atende usuários do SUS e conveniados	Possui uma unidade 24h de pronto atendimento	Possui uma Unidade Básica de Saúde
CACHOEIRA DO SUL	24º	82.547	Possui três hospitais, o mais conhecido é o Hospital de Caridade e Beneficência (HCB), com capacidade de 186 leitos. Esse hospital é completamente da rede pública e atende populações vizinhas por ser considerado macroregional	Possui uma unidade 24h de pronto atendimento	Possui dez Unidade Básica de Saúde na zona rural e oito na zona urbana
SAPIRANGA	25º	81.198	Possui um hospital, sendo conhecido como Hospital de Sapiiranga, ele atende usuários do SUS e conveniados	Possui uma unidade 24h de pronto atendimento	Possui nove Unidade Básica de Saúde

Fonte: Elaborado pela autora.

#### 4.2 REALIZAÇÃO DA RECEITA ARRECADADA, POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS E RECEITA PER CAPITA LÍQUIDA.

A realização da Receita Arrecadada em cada Município está prevista em legislação, podendo variar conforme a necessidade de cada um. Outro fator que pode alterar a aplicação da receita é a não arrecadação.

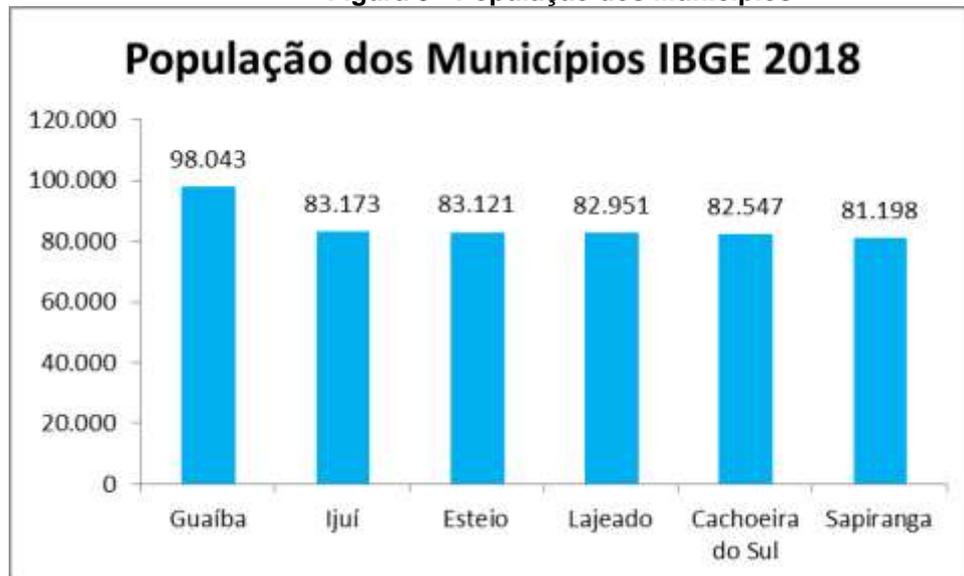
A tabela um (1) apresenta as médias das receitas líquidas arrecadadas no período de 2016, 2017 e 2018, conforme apêndices propostos.

**Tabela 1 - Média das Receitas Líquidas Arrecadadas**

Município	RECEITA ARRECADADA (MÉDIA)
Guaíba	R\$173.184.851,02
Ijuí	R\$143.161.630,76
Esteio	R\$161.242.859,51
Lajeado	R\$169.664.621,62
Cachoeira do Sul	R\$123.004.802,95
Sapiranga	R\$107.152.992,90

Fonte: Elaborada pela autora com base no TCE - RS.

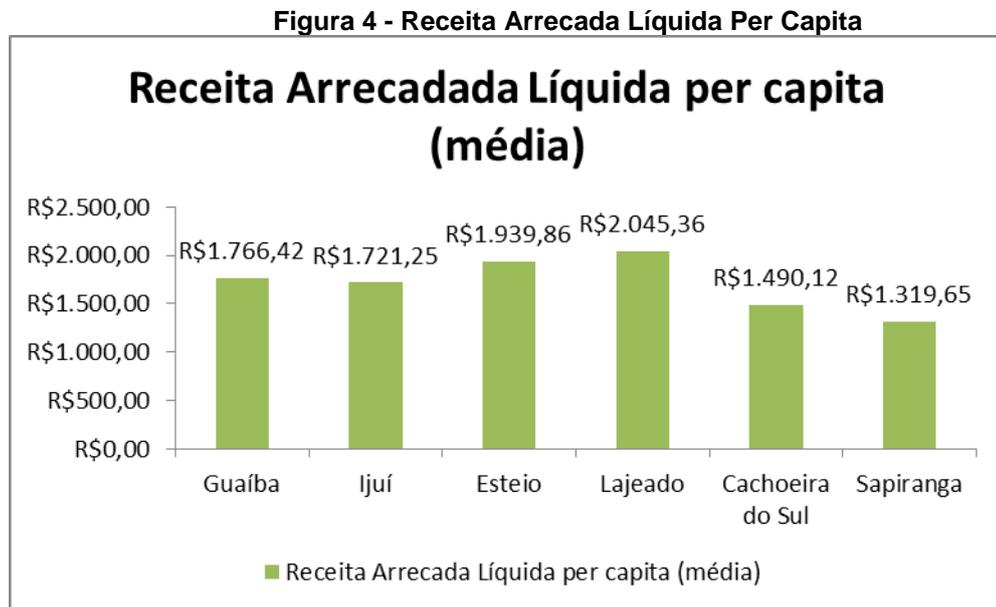
Observa-se na tabela acima, que os Municípios estão ordenados por número populacional e os valores em reais dos anos 2016 e 2017, atualizados pelo Índice Geral de Preços - Disponibilidade Interna (IGP-DI) para a data de 31 de dezembro de 2018. Em uma breve análise, pode-se identificar que o Município de Ijuí arrecadou uma média de 18% menos que em comparação a Guaíba. Já Lajeado arrecadou cerca de 5% a mais em comparação a Esteio. Na figura 3 tem-se a comparação da população de cada Município.

**Figura 3 - População dos Municípios**

Fonte: Elaborada pela autora com base no IBGE (2018)

A população dos Municípios está dentro da faixa habitacional escolhida e estão ordenados do maior para o menor. A quantidade da população influencia na hora do recebimento das verbas, pois elas são transferidas para cada Município “*per capita*”. Para chegar ao valor da receita *per capita* que será demonstrado na próxima figura, utiliza-se os valores apresentados na tabela Média das Receitas Líquidas Arrecadadas e divididas pela quantidade habitacional apresentada na figura

três População dos Municípios. Na Figura 4 verifica-se o valor per capita de cada Município:



Fonte: Elaborada pela autora.

Com a apresentação da figura e tabela acima, temos por evidente que cada Município tem um valor de receita per capita, ou seja, o valor que cada pessoa tem em sua disponibilidade anualmente. Como a renda per capita tem influência direta com a quantidade de população podemos verificar que, Lajeado pode ter uma população menor, mas sua receita líquida per capita é maior que Guaíba que tem uma população maior em aproximadamente 14%. Isso já não acontece com o Município de Sapiranga em comparação ao Município de Esteio. Nesse último exemplo, Sapiranga tem uma receita líquida per capita 31% menor que Esteio.

Existe uma influência direta na quantidade populacional de cada Município, além de ser um fator relevante para dados do IBEG, a população tem um direito legislativo dos valores arrecadados em cada um na área da Saúde.

#### 4.3 APLICAÇÃO DA RECEITA ARRECADADA EM ASPS

A Constituição Federal Brasileira, determina que cada Município tem o dever de investir, no mínimo, 15% de sua receita arrecadada líquida em saúde. Esse investimento é conhecido com Aplicação em ASPS (Ações e Serviços Públicos de Saúde), conforme apêndices apresentados no final do trabalho. A Tabela 2 aborda a aplicação em ASPS.

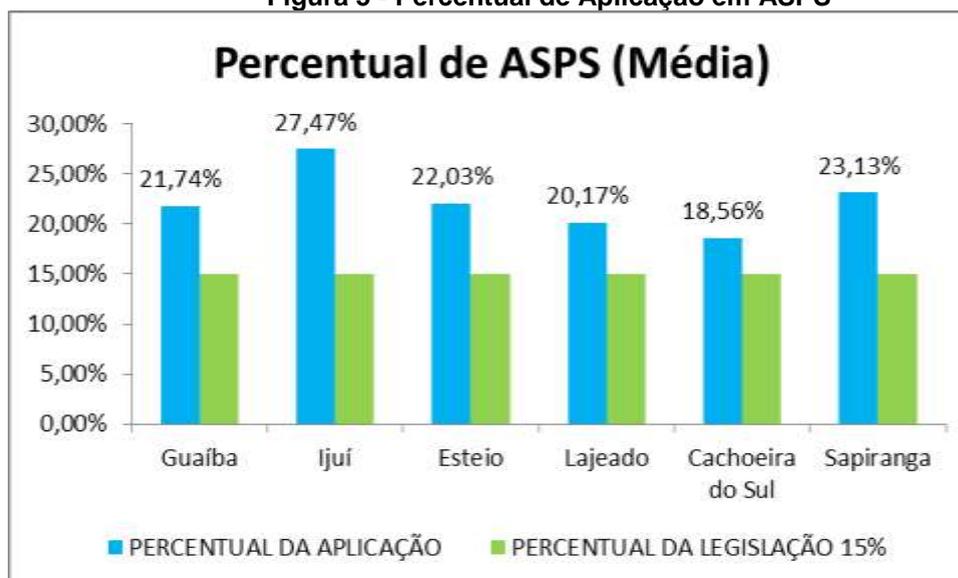
**Tabela 2 - Aplicação em ASPS**

Município	RECEITA LÍQUIDA (MÉDIA)	PERCENTUAL DA APLICAÇÃO (MÉDIO)
Guaíba	R\$37.629.573,66	21,74%
Ijuí	R\$39.386.428,13	27,47%
Esteio	R\$35.551.759,06	22,03%
Lajeado	R\$34.256.472,55	20,17%
Cachoeira do Sul	R\$22.883.019,95	18,56%
Sapiranga	R\$24.768.514,70	23,13%

Fonte: Elaborada pela autora com dados do TCE- RS.

A tabela acima demonstra quanto (média) cada Município investiu em ASPS nos três anos estudados em valores e percentuais. O Município que mais transferiu recursos foi Ijuí, com uma média de mais de 12% acima previsto na legislação. Esse investimento não tem relação com a população de cada Município e sim com o total de Receita Líquida arrecada por cada um deles.

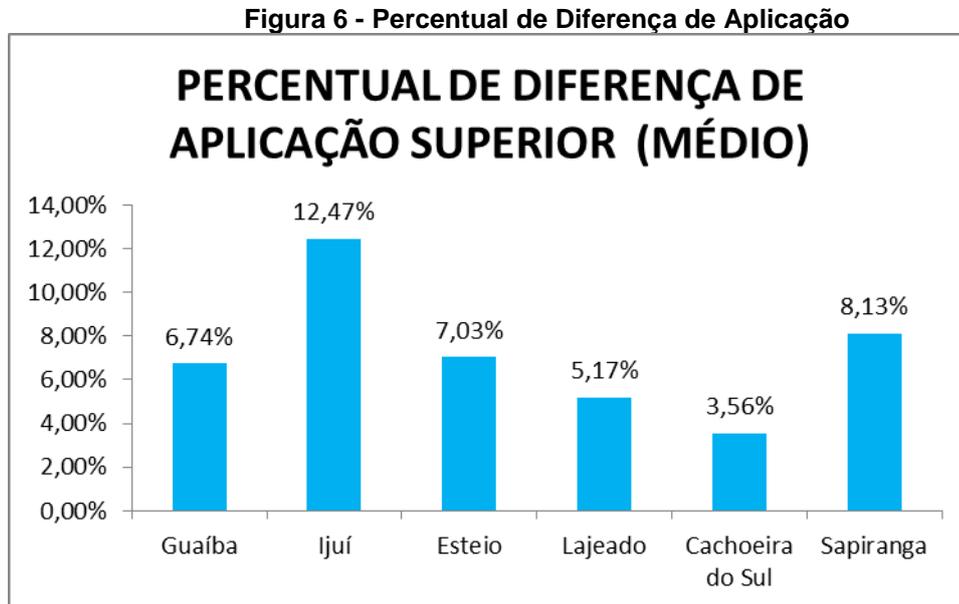
Essa transferência de maior valor é um futuro problema financeiro para o Município, pois ele gastou mais de um quarto de toda sua receita somente na Saúde. Já Cachoeira do Sul foi o Município que teve menos valor em ASPS recebido. Ele recebeu uma média de R\$ 1.885.494,75 menos que Sapiranga. O Município de Cachoeira do Sul possui um hospital regional, que atende, não somente sua população, mas muitas pessoas vindas de regiões próximas. Na figura 5 demonstra o percentual de aplicação em ASPS versus percentual da legislação.

**Figura 5 - Percentual de Aplicação em ASPS**

Fonte: Elaborado pela autora.

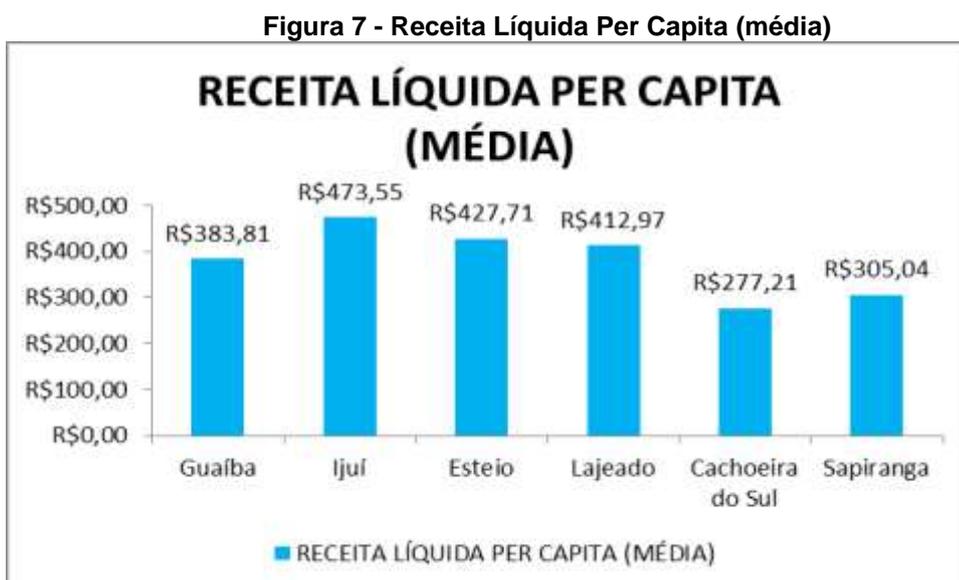
Uma observação relevante é que todos os Municípios gastaram mais do que é previsto em Lei, podendo ser esse um dos motivos da insuficiência financeira de

fluxo de caixa de cada Município. A média de aplicação superior à legislação entre todos os Municípios é 7,18% conforme figura abaixo.



Fonte: Elaborada pela autora.

Outro ponto importante e não menos influenciador na hora da comparação do gasto com a Saúde Pública com a quantidade habitacional, é o total de receita aplicada em ASPS per capita. Na figura abaixo estão apresentados esses valores em média dos três anos estudados que cada indivíduo tem em valor real disponível, por ano, se utilizar a rede pública de saúde.



Fonte: Elaborada pela autora.

Em uma breve observação da figura acima, por mais que o Município de Sapiranga tenha uma população inferior que o Município de Cachoeira do Sul, ele

tem uma disponibilidade financeira em torno de 10% maior que o Município em comparação. Isso ocorre também com os Municípios de Ijuí e Guaíba, mas a variação real é de R\$ 89,74. Esteio e Lajeado já ficam dentro das expectativas que com mais habitantes, mas recurso cada pessoa tem em seu dispor.

#### 4.4 BLOCOS DE FINANCIAMENTO DO SUS

Os recursos oriundos dos blocos que serão apresentados são de responsabilidade da União (15%) e do Estado (12%) em relação a Receita Corrente Líquida (RCL). Como demonstrado acima, os blocos de financiamento sofreram alteração no ano de 2018, mas para o presente estudo, serão feitas as análises através do método aplicado até 2018. No quadro a seguir estão demonstrados os seis blocos de financiamento.

**Quadro 2 - Blocos de Financiamento**

<b>BLOCOS DE FINANCIAMENTO</b>	<b>UTILIZAÇÃO</b>
BLOCO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	CUSTEIO
BLOCO DE ATENÇÃO BÁSICA	CUSTEIO
BLOCO DE INVESTIMENTOS	INVESTIMENTO
BLOCO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITAL	CUSTEIO
BLOCO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE	CUSTEIO
BLOCO GESTÃO DO SUS	CUSTEIO

Fonte: Elaborado pela autora.

Cada um dos blocos acima recebe transferências de recursos para utilização na área da saúde. Esses valores são transferidos para contas específicas em cada Município e são utilizados conforme orientação de custo ou investimento. O grupo de investimentos é utilizado para modernização na rede pública. Já o grupo de custo é utilizado para custear toda a mão de obra, compra de medicamentos, sustentação financeira, gestão do SUS, rede de postos de saúde, UPA's e hospitais públicos.

No quadro 3 (três) a seguir, tem-se em valores monetários médios recebidos por bloco no período dos três anos.

**Quadro 3 - Valores Recebidos nos Blocos de Financiamento**

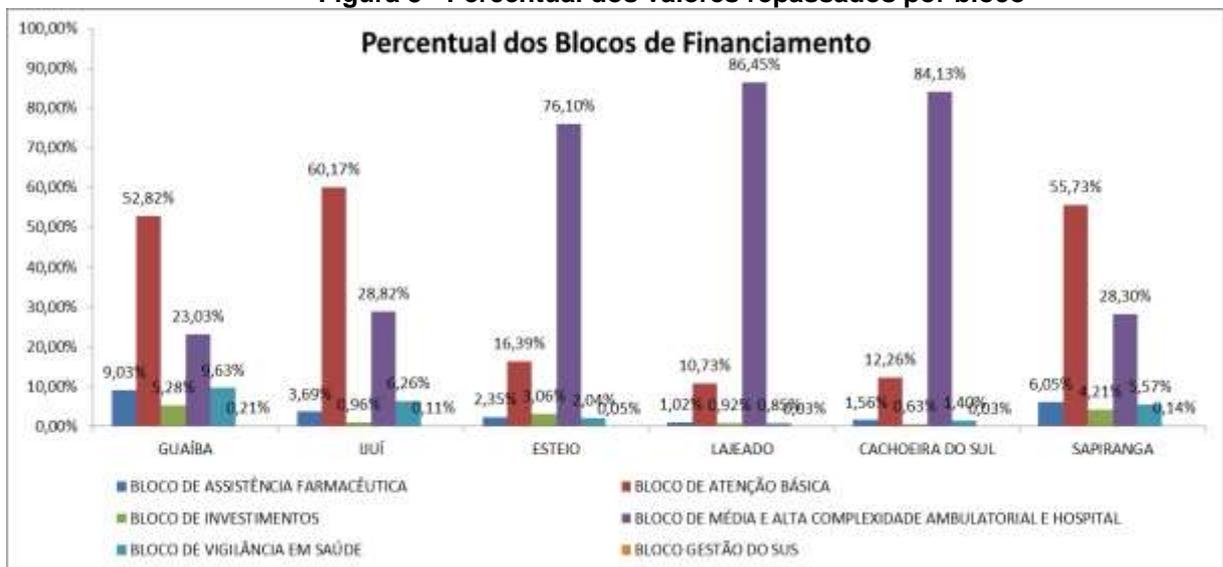
<b>BLOCOS DE FINANCIAMENTO</b>	<b>GUAÍBA</b>
BLOCO DE ASSISTÊNCIA FARNACÊUTICA	R\$1.684.107,41
BLOCO DE ATENÇÃO BÁSICA	R\$9.849.765,25
BLOCO DE INVESTIMENTOS	R\$984.797,87
BLOCO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITAL	R\$4.294.966,82
BLOCO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE	R\$1.796.643,16
BLOCO GESTÃO DO SUS	R\$39.106,22
<b>TOTAL</b>	<b>R\$18.649.386,73</b>
<b>BLOCOS DE FINANCIAMENTO</b>	<b>IJUÍ</b>
BLOCO DE ASSISTÊNCIA FARNACÊUTICA	R\$1.440.790,99
BLOCO DE ATENÇÃO BÁSICA	R\$23.499.667,77
BLOCO DE INVESTIMENTOS	R\$374.630,04
BLOCO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITAL	R\$11.255.357,64
BLOCO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE	R\$2.444.436,96
BLOCO GESTÃO DO SUS	R\$41.106,22
<b>TOTAL</b>	<b>R\$39.055.989,62</b>
<b>BLOCOS DE FINANCIAMENTO</b>	<b>ESTEIO</b>
BLOCO DE ASSISTÊNCIA FARNACÊUTICA	R\$1.728.346,41
BLOCO DE ATENÇÃO BÁSICA	R\$12.057.939,46
BLOCO DE INVESTIMENTOS	R\$2.254.954,72
BLOCO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITAL	R\$56.003.631,84
BLOCO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE	R\$1.503.022,38
BLOCO GESTÃO DO SUS	R\$40.106,22
<b>TOTAL</b>	<b>R\$73.588.001,03</b>
<b>BLOCOS DE FINANCIAMENTO</b>	<b>LAJEADO</b>
BLOCO DE ASSISTÊNCIA FARNACÊUTICA	R\$1.527.675,13
BLOCO DE ATENÇÃO BÁSICA	R\$16.016.686,19
BLOCO DE INVESTIMENTOS	R\$1.368.162,80
BLOCO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITAL	R\$129.018.107,99
BLOCO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE	R\$1.268.620,35
BLOCO GESTÃO DO SUS	R\$40.106,22
<b>TOTAL</b>	<b>R\$149.239.358,68</b>
<b>BLOCOS DE FINANCIAMENTO</b>	<b>CACHOEIRA DO SUL</b>
BLOCO DE ASSISTÊNCIA FARNACÊUTICA	R\$1.527.381,74
BLOCO DE ATENÇÃO BÁSICA	R\$11.982.065,87
BLOCO DE INVESTIMENTOS	R\$612.869,87
BLOCO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITAL	R\$82.232.423,97
BLOCO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE	R\$1.368.286,60
BLOCO GESTÃO DO SUS	R\$27.106,22
<b>TOTAL</b>	<b>R\$97.750.134,27</b>
<b>BLOCOS DE FINANCIAMENTO</b>	<b>SAPIRANGA</b>
BLOCO DE ASSISTÊNCIA FARNACÊUTICA	R\$1.642.577,42
BLOCO DE ATENÇÃO BÁSICA	R\$15.134.249,33
BLOCO DE INVESTIMENTOS	R\$1.142.521,93
BLOCO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITAL	R\$7.685.210,89
BLOCO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE	R\$1.513.017,45
BLOCO GESTÃO DO SUS	R\$39.106,22
<b>TOTAL</b>	<b>R\$27.156.683,24</b>

Fonte: Elaborada pela autora com base no site do FNS.

Com base nos dados coletados acima, podemos verificar que os Municípios receberam diferentes valores, por mais que essa transferência seja em um valor em percentual estipulado e não por quantidade habitacional. Aos Municípios com maior complexidade de média para alta, são ainda os que receberam mais verbas. Esses são os que têm hospitais regionais que atendem as populações vizinhas que não tem determinadas especificações.

Na figura seguinte, temos os valores em percentual (apêndices propostos em valor de moeda).

**Figura 8 - Percentual dos valores repassados por bloco**



Fonte: Elaborada pela autora com base nos dados do FNS.

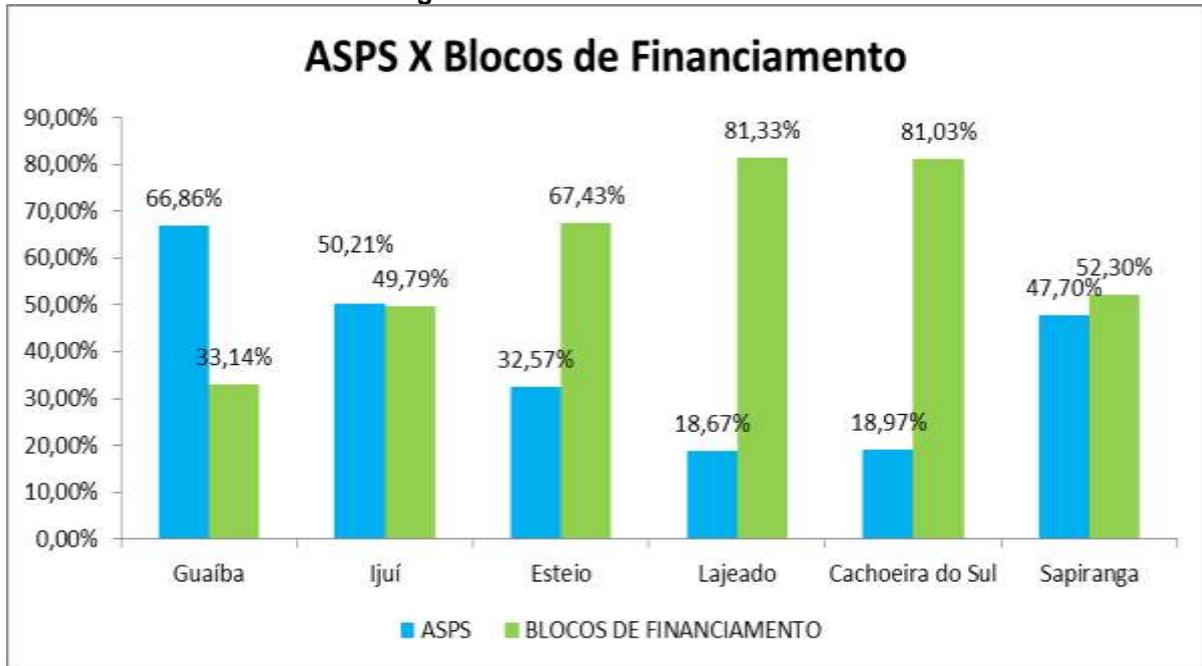
O bloco da gestão do SUS é o que recebe menos valor em todos os Municípios, e na figura fica quase impossível visualizá-los. Já os demais blocos recebem valores consideráveis, principalmente os blocos de Média e Alta complexidade e atenção básica.

#### 4.5 COMPARAÇÃO DOS DADOS COLETADOS

A legislação vigente no País estipula que cada Município deve gastar com saúde 15% (ASPS), no mínimo, de sua receita líquida e que os Estados e a União devem repassar 15% e 12% (Blocos de Financiamento) em sequência, no mínimo, de sua RCL. Em todas as demonstrações anteriores temos gráficos e tabelas que comprovam que isso está sendo feito. Na próxima figura pode-se verificar que, em

quatro dos seis Municípios, a União e o Estado investem mais recursos que os próprios Municípios.

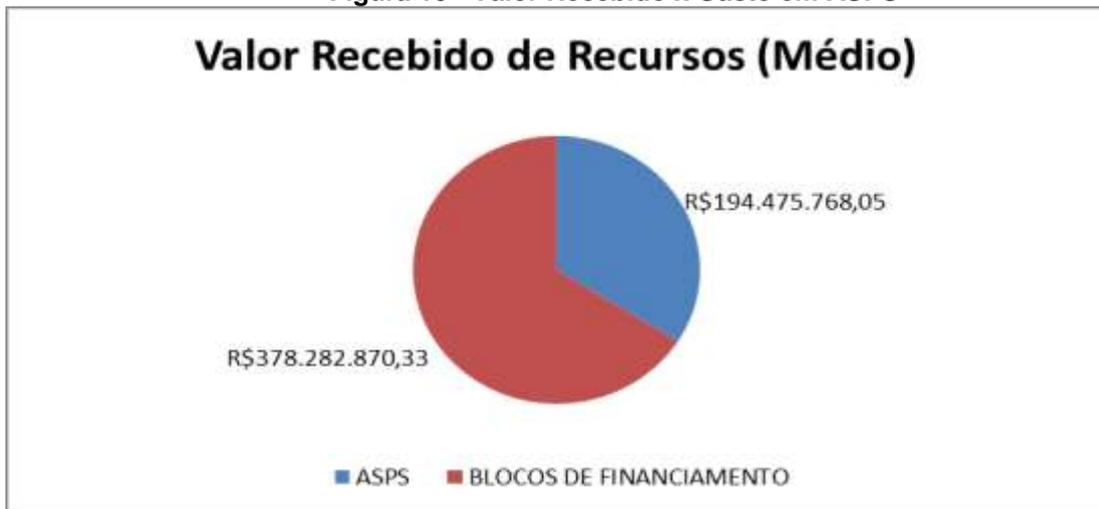
**Figura 9 - ASPS X Blocos de Financiamento**



Fonte: Elaborado pela autora.

No gráfico acima, podemos observar a relevância da diferença entre o ASPS e os Blocos de Financiamento nos Municípios de Lajeado e Cachoeira do Sul. Os Municípios mencionados são os que mais receberam verbas da União e do Estado e são os que menos gastam os recursos próprios em saúde, isso pode demonstrar uma queda na arrecadação e um empobrecimento dos Municípios. Já o Município de Guaíba gasta com saúde aproximadamente R\$ 18.980.186,93 mais do que recebe em transferência da União e do Estado. Já em Esteio é o contrário de Guaíba, o Município recebe de transferência por blocos o valor aproximado de R\$ 38.036.241,97 mais que gasta com ASPS, conforme figura 10 (dez) a seguir:

Figura 10 - Valor Recebido x Gasto em ASPS



Fonte: Elaborada pela autora.

Sendo assim, comprovamos na figura acima, que os repasses recebidos da União e Estados através dos blocos, continuam sendo maior que o gasto em ASPS pelos Municípios. Por mais que dois dos seis Municípios gastem mais em ASPS que de recursos recebidos pelos Blocos, o valor médio entre todos eles ainda superam as transferem recursos recebidas.

## 5 CONCLUSÃO

Com o passar do tempo a sociedade brasileira vem demonstrando mais interesse sobre os recursos públicos e como estes estão sendo destinados para a população em geral. No presente estudo, foram coletadas e analisadas, essas fontes destinadas à saúde pública em seis Municípios do Estado do Rio Grande do Sul com população de 80 a 100 mil habitantes.

Considera-se que foi atingido o objetivo a que se propôs no início do estudo desse trabalho, tendo em vista que os dados apresentados permitiram identificar e evidenciar, os gastos com saúde, os repasses recebidos e as receitas arrecadas de impostos pelos Municípios escolhidos. Outro fator importante foi a escolha dos Municípios, feita através de algumas pesquisas prévias sobre a situação da saúde pública deles.

Para a análise de veracidade das hipóteses apresentadas, foram desenvolvidos tabelas, gráficos e quadros, onde comprovam que o percentual de gasto em ASPS vem aumentando com o passar dos anos e que esse percentual chega a ser mais de 10% em alguns Municípios, sendo superior do que está definido na legislação. Já não se pode afirmar com a mesma convicção sobre os repasses da União e do Estado, que estão dentro do percentual previsto em legislação, mas não acompanham o crescimento populacional.

Com os dados coletados e organizados nas planilhas eletrônicas, pode-se ter uma noção maior que pelos Municípios terem maior proximidade com a sociedade, eles gastam mais de seus recursos e assim ficam com finanças engessadas para praticar suas outras obrigações como agricultura, educação, infraestrutura, entre outros. Outro fato que contribui com o enfraquecimento dos Municípios é a questão dos repasses.

Esses repasses previstos na legislação em vigor em nosso País estão sendo feitos na proporcionalidade correta, mas não suficientes para que o Sistema de Saúde Pública consiga se manter e proporcionar um tranquilo e eficiente serviço a sua população. Recursos esses que não vem aumentando significativamente com o passar do tempo como podemos ver nos apêndices do presente estudo. Sendo assim, verificou-se que na hipótese proposta foi comprovado que não houve um grande aumento nos repasses. Mesmo assim esses repasses de parte da União e Estado ainda são maior que o gasto que os Municípios vêm efetuando através do

ASPS como demonstra a figura nove do presente estudo, onde apenas o Município de Guaíba ainda gasta mais em saúde uma média de 33,72% em ASPS superior aos repasses.

Os Municípios são dependentes das transferências de recursos intergovernamentais para a realização de seus compromissos, tendo em vista que, por mais precária que seja a situação atual da saúde pública, ela ainda está disponível para a população.

A aplicação em gasto de ASPS feita pelos Municípios é estabelecida, por lei, que seja feita *per capita*, ou seja, cada indivíduo tem direito de gastar em saúde um valor médio de R\$ 380,00 por ano no SUS nos Municípios estudados conforme figura sete do presente estudo. Tendo em vista que uma parcela da população de cada Município não utiliza o SUS por ter planos de saúde particulares, como por exemplo, Unimed (Confederação Nacional das Cooperativas Médicas). Porém Municípios considerados de alta e média complexidade absorvem populações vizinhas e não recebem mais por isso.

Em uma conclusão, pode se afirmar que, cada vez mais os Municípios vão gastar em saúde enquanto o Estado e a União cumpriram apenas sua obrigação constitucional e dar auxílio, se assim lhes for solicitado. Cada Entidade Federativa tem por sua característica o recolhimento de diferentes impostos e taxas, esses que por sua vez, são feitas as destinações. Diante do presente estudo, espera-se que o mesmo possa ser de grande valia para o auxílio no controle das finanças públicas e despertar o interesse sobre a área da saúde pública incentivando o aprofundamento na coleta de mais dados de outros Municípios do Estado do RS. Seja com populações maiores e menores, ainda demonstrando para a população onde e como são gastos tais recursos oriundos de pagamentos dos impostos e taxas.

## REFERÊNCIAS

ARRUDA, Daniel e ARAUJO, Inaldo **Contabilidade Pública da Teoria à prática** São Paulo, Editora Saraiva, 2003.

ARRUDA, Daniel Gomes , ARAÚJO, Inaldo da Paixão Santos e BARRETO, Pedro Humberto Teixeira **O Essencial da Contabilidade Pública** São Paulo, Editora Saraiva, 2009.

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil Brasília**, Secretaria de Edições e Publicações, 2014

BRASIL, Decreto Nº 3964 de 10 de Outubro de 2001 disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/2001/D3964.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2001/D3964.htm) Acesso em 15 de novembro de 2018

BRASIL, Lei 4320/64 disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L4320.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L4320.htm) Acesso em 02 de outubro de 2018.

BRASIL, Lei complementar 101 de 4 de Maio de 2000 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 02 de novembro de 2018

BRASIL, Lei complementar 141 de 13 de Janeiro de 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 em 02 de novembro de 2018

BRASIL, Lei de transparencia disponível em <https://www.governodigital.gov.br/documentos-e-arquivos/lei12.52718%20de%20novembro%20de%202011.pdf/view> Acessado em 24 de setembro de 2018.

BRASIL, Lei do SUS disponível em [http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080\\_190990.htm](http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm) Acessado em 24 de setembro de 2018.

BRASIL, Manual de Despesa Nacional disponível em [http://www.cjf.jus.br/cjf/orcamento-e-financas/manuais/Manual\\_Despesa\\_Nacional.pdf/view](http://www.cjf.jus.br/cjf/orcamento-e-financas/manuais/Manual_Despesa_Nacional.pdf/view) Avesso em 12 de outubro de 2018.

BRASIL, Portaria nº 1378 de 09 de Janeiro de 2013 disponível em <http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/portaria-no-1378-de-09-de-julho-de-2013>

BRASIL, Portaria nº 204 de 29 de Janeiro de 2007 disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204\\_29\\_01\\_2007\\_comp.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html) Acesso em 15 de novembro de 2018

BRASIL, Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), disponível em <http://portalsms.saude.gov.br/repasses-financeiros/siops>. Acesso em 20/03/2019

COSSÍO, Fernando Andrés Blanco. **Disparidades econômicas inter-regionais, capacidade de obtenção de recursos tributários, esforço fiscal e gasto público no federalismo brasileiro**. 21º Prêmio BNDES de Economia. Rio de Janeiro. 1998. Disponível em: [http://www.bndes.gov.br/SiteBNDES/export/sites/default/bndes\\_pt/Galerias/Arquivos/conhecimento/premio/pr211.pdf](http://www.bndes.gov.br/SiteBNDES/export/sites/default/bndes_pt/Galerias/Arquivos/conhecimento/premio/pr211.pdf) Acesso em 10 de Setembro de 2018.

CREPALDI, Silvio Aparecido e CREPALDI, Guilherme Simões **Orçamento Público** São Paulo, Editora Saraiva, 2013.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito administrativo**. São Paulo, 24ª edição, Editora Atlas, 2011.

FARIAS FILHO, Milton Cordeiro e ARRUDA FILHO, Emílio J.M. **Planejamento da Pesquisa Científica** São Paulo, 2ª edição, Editora Atlas, 2015

IBGE, População estimada em 2018, disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/panorama>

KOHAMA, Heilio, **Contabilidade pública: teoria e prática** São Paulo, 15ª edição, Editora Atlas, 2016.

Lei 9.755/98 , Publicações Públicas na internet disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L9755.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9755.htm) Acesso em 21 de outubro de 2018.

LIMA Diana Vaz de e CASTRO Róbison Gonçalves de – **Contabilidade Pública** São Paulo, Editora Atlas, 2000

Manual de Contabilidade Aplicado ao Setor Público disponível em <http://www.tesouro.fazenda.gov.br/documents/10180/563508/MCASP+7%C2%AA%20edi%C3%A7%C3%A3o+Vers%C3%A3o+Republica%C3%A7%C3%A3o+2017+06+02.pdf/3f79f96f-113e-40cf-bbf3-541b033b92f6> Acesso em 02 de novembro de 2018

MAZZA, Alexandre **Manual de Direito Administrativo** São Paulo, 7ª edição, Editora Saraiva, 2017

MEIRELLES Hely Lopes . **Direito Administrativo Brasileira**. São Paulo, Editora Atlas, 2014.

PACHECO, Luciane Guimarães et al. **Mudanças no Financiamento da Saúde** Brasília 2018

PISCITELLI, Roberto Bocaccio e TIMBÓ Maria Zulene Farias **Contabilidade Pública** São Paulo, Editora Atlas, 2014.

QUINTANA, Alexandre Costa et al **Contabilidade Pública** São Paulo, Editora Atlas, 2011.

ROSA, Maria Berenice, **Contabilidade do Setor Público** São Paulo, Editora Atlas, 2011.

RUBINSTEIN, Flavio **Receitas Públicas de Recursos Naturais no Direito Financeiro Brasileiro**, disponível em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2133/tde-27082013-113220/> Acesso em 12 de outubro de 2018.

SILVA, Helen de Castro; CASARIN, Samuel José. **Pesquisa científica : da teoria à prática**. Curitiba, Editora Ibpex, 2011

SILVA, Lino Martins da. **Contabilidade governamental** São Paulo, Editora Atlas, 2011.

SLOMSKI Valmor – **MANUAL DE CONTABILIDADE PÚBLICA UM ENFOQUE NA CONTABILIDADE MUNICIPAL** – São Paulo, Editora Atlas, 2001.

SOARES, Laura Letsch **Transparência em Compras Públicas: Proposta de um Índice da Transparência na Gestão de Compras Públicas Aplicado aos Websites de Municípios Brasileiros com mais de 100 mil habitantes**, disponível em <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/107559> Acesso em 20 de outubro de 2018

## LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A - Dados Financeiros do Município de Guaíba.....	67
APÊNDICE B - Dados Financeiros do Município de Ijuí.....	68
APÊNDICE C - Dados Financeiros do Município de Esteio .....	69
APÊNDICE D - Dados Financeiros do Município de Lajeado.....	70
APÊNDICE E - Dados Financeiros do Município de Cachoeira do Sul.....	71
APÊNDICE F - Dados Financeiros do Município de Sapiranga .....	72

## APÊNDICE A – DADOS FINANCEIROS DO MUNICÍPIO DE GUAÍBA

<b>FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE GUAIBA - VALOR CORRIGIDO PELO IGPM (MÉDIO)</b>			
<b>BLOCOS</b>			<b>VALOR LÍQUIDO</b>
GESTÃO DO SUS			R\$39.106,22
INVESTIMENTOS			R\$984.797,87
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA			R\$1.684.107,41
VIGILÂNCIA EM SAÚDE			R\$1.796.643,16
MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITAL			R\$4.294.966,82
ATENÇÃO BÁSICA			R\$9.849.765,25
<b>TOTAL</b>			<b>R\$18.649.386,73</b>
<b>TOTAL DA APLICAÇÃO EM ASPs</b>			
<b>ANO</b>	<b>VALOR LÍQUIDO</b>	<b>ÍNDICE DE APLICAÇÃO EM ASPs</b>	
2016	R\$35.842.625,90	20,26%	
2017	R\$39.822.790,80	23,10%	
2018	R\$37.223.304,28	21,86%	
TOTAL	R\$112.888.720,98	65,22%	
<b>TOTAL (MÉDIA)</b>	<b>R\$37.629.573,66</b>	<b>21,74%</b>	
<b>RECEITA LÍQUIDA DE IMPOSTOS E TRANSFERÊNCIAS ( AJUSTADAS)</b>			
<b>ANO</b>	<b>VALOR LÍQUIDO</b>		
2016	R\$176.895.383,30		
2017	R\$172.373.727,70		
2018	R\$170.285.442,07		
TOTAL	R\$519.554.553,07		
<b>TOTAL (MÉDIA)</b>	<b>R\$173.184.851,02</b>		

Fonte: Elaborado pela autora.

## APÊNDICE B – DADOS FINANCEIROS DO MUNICÍPIO DE IJUÍ

<b>FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IJUI - VALOR CORRIGIDO PELO IGPM (MÉDIO)</b>		
<b>BLOCOS</b>		<b>VALOR LÍQUIDO</b>
GESTÃO DO SUS		R\$41.106,22
INVESTIMENTOS		R\$374.630,04
ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA		R\$1.440.790,99
VIGILÂNCIA EM SAÚDE		R\$2.444.436,96
MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITAL		R\$11.255.357,64
ATENÇÃO BÁSICA		R\$23.499.667,77
<b>TOTAL</b>		<b>R\$39.055.989,61</b>
<b>TOTAL DA APLICAÇÃO EM ASPs</b>		
<b>ANO</b>	<b>VALOR LÍQUIDO</b>	<b>ÍNDICE DE APLICAÇÃO EM ASPs</b>
2016	R\$35.077.678,92	25,75%
2017	R\$41.389.375,75	28,58%
2018	R\$41.692.229,72	28,09%
TOTAL	R\$118.159.284,38	82,42%
<b>TOTAL (MÉDIA)</b>	<b>R\$39.386.428,13</b>	<b>27,47%</b>
<b>RECEITA LÍQUIDA DE IMPOSTOS E TRANSFERÊNCIAS ( AJUSTADAS)</b>		
<b>ANO</b>		<b>VALOR LÍQUIDO</b>
2016		R\$136.225.128,97
2017		R\$144.821.470,83
2018		R\$148.438.292,49
	TOTAL	R\$429.484.892,29
	<b>TOTAL (MÉDIA)</b>	<b>R\$143.161.630,76</b>

Fonte: Elaborado pela autora.

## APÊNDICE C- DADOS FINANCEIROS DO MUNICÍPIO DE ESTEIO

<b>FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ESTEIO - VALOR CORRIGIDO PELO (MÉDIO)</b>		
<b>BLOCOS</b>		<b>VALOR LÍQUIDO</b>
GESTÃO DO SUS		R\$40.106,22
VIGILÂNCIA EM SAÚDE		R\$1.503.022,38
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA		R\$1.728.346,41
INVESTIMENTOS		R\$2.254.954,72
ATENÇÃO BÁSICA		R\$12.057.939,46
MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITAL		R\$56.003.631,84
<b>TOTAL</b>		<b>R\$73.588.001,03</b>
<b>TOTAL DA APLICAÇÃO EM ASPs</b>		
<b>ANO</b>	<b>VALOR LÍQUIDO</b>	<b>ÍNDICE DE APLICAÇÃO EM ASPs</b>
2016	R\$33.157.669,72	21,43%
2017	R\$35.159.209,85	21,54%
2018	R\$38.338.397,61	23,13%
<b>TOTAL</b>	<b>R\$106.655.277,18</b>	<b>66,10%</b>
<b>TOTAL (MÉDIA)</b>	<b>R\$35.551.759,06</b>	<b>22,03%</b>
<b>RECEITA LÍQUIDA DE IMPOSTOS E TRANSFERÊNCIAS ( AJUSTADAS)</b>		
<b>ANO</b>		<b>VALOR LÍQUIDO</b>
2016		R\$154.736.218,27
2017		R\$163.214.448,22
2018		R\$165.777.912,04
	<b>TOTAL</b>	<b>R\$483.728.578,53</b>
	<b>TOTAL (MÉDIA)</b>	<b>R\$161.242.859,51</b>

Fonte: Elaborado pela autora.

## APÊNDICE D- DADOS FINANCEIROS DO MUNICÍPIO DE LAJEADO

<b>FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LAJEADO - VALOR CORRIGIDO PELO IGPM (MÉDIO)</b>		
<b>BLOCOS</b>	<b>VALOR LÍQUIDO</b>	
GESTÃO DO SUS		R\$40.106,22
VIGILÂNCIA EM SAÚDE		R\$1.268.620,35
INVESTIMENTOS		R\$1.368.162,80
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA		R\$1.527.675,13
ATENÇÃO BÁSICA		R\$16.016.686,19
MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITAL		R\$129.018.107,99
<b>TOTAL</b>		<b>R\$149.239.358,68</b>
<b>TOTAL DA APLICAÇÃO EM ASPs</b>		
<b>ANO</b>	<b>VALOR LÍQUIDO</b>	<b>ÍNDICE DE APLICAÇÃO EM ASPs</b>
2016	R\$31.187.026,26	19,81%
2017	R\$35.491.930,15	20,39%
2018	R\$36.090.461,24	20,32%
	TOTAL	R\$102.769.417,65
	<b>TOTAL (MÉDIA)</b>	<b>R\$34.256.472,55</b>
		<b>20,17%</b>
<b>RECEITA LÍQUIDA DE IMPOSTOS E TRANSFERÊNCIAS ( AJUSTADAS)</b>		
<b>ANO</b>	<b>VALOR LÍQUIDO</b>	
2016		R\$157.393.665,56
2017		R\$174.022.929,72
2018		R\$177.577.269,59
	TOTAL	R\$508.993.864,87
	<b>TOTAL (MÉDIA)</b>	<b>R\$169.664.621,62</b>

Fonte: Elaborado pela autora.

## APÊNDICE E – DADOS FINANCEIROS DO MUNICÍPIO DE CACHOEIRA DO SUL

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CACHOEIRA DO SUL - VALOR CORRIGIDO PELO IGPM (MÉDIO)		
BLOCOS		VALOR LÍQUIDO
GESTÃO DO SUS		R\$27.106,22
INVESTIMENTOS		R\$612.869,87
VIGILÂNCIA EM SAÚDE		R\$1.368.286,60
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA		R\$1.527.381,74
ATENÇÃO BÁSICA		R\$11.982.065,87
MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITAL		R\$82.232.423,97
<b>TOTAL</b>		<b>R\$97.750.134,27</b>
TOTAL DA APLICAÇÃO EM ASPs		
ANO	VALOR LÍQUIDO	ÍNDICE DE APLICAÇÃO EM ASPs
2016	R\$19.449.291,20	16,54%
2017	R\$25.896.489,56	20,63%
2018	R\$23.303.279,08	18,51%
	TOTAL	55,68%
	<b>TOTAL (MÉDIA)</b>	<b>18,56%</b>
RECEITA LÍQUIDA DE IMPOSTOS E TRANSFERÊNCIAS ( AJUSTADAS)		
ANO	VALOR LÍQUIDO	
2016	R\$117.608.881,80	
2017	R\$125.533.234,85	
2018	R\$125.872.292,19	
	<b>TOTAL</b>	R\$369.014.408,84
	<b>TOTAL (MÉDIA)</b>	<b>R\$123.004.802,95</b>

Fonte: Elaboro pela autora.

## APÊNDICE F – DADOS FINANCEIROS DO MUNICÍPIO DE SAPIRANGA

<b>FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SAPIRANGA - VALOR CORRIGIDO PELO IGPM (MÉDIO)</b>		
<b>BLOCOS</b>	<b>VALOR LÍQUIDO</b>	
GESTÃO DO SUS		R\$39.106,22
INVESTIMENTOS		R\$1.142.521,93
VIGILÂNCIA EM SAÚDE		R\$1.513.017,45
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA		R\$1.642.577,42
MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITAL		R\$7.685.210,89
ATENÇÃO BÁSICA		R\$15.134.249,33
<b>TOTAL</b>		<b>R\$27.156.683,24</b>
<hr/>		
<b>TOTAL DA APLICAÇÃO EM ASPS</b>		
<b>ANO</b>	<b>VALOR LÍQUIDO</b>	<b>ÍNDICE DE APLICAÇÃO EM ASPS</b>
2016	R\$23.792.867,20	23,61%
2017	R\$26.760.540,45	24,26%
2018	R\$23.752.136,44	21,52%
TOTAL	R\$74.305.544,09	69,39%
<b>TOTAL (MÉDIA)</b>	<b>R\$24.768.514,70</b>	<b>23,13%</b>
<hr/>		
<b>RECEITA LÍQUIDA DE IMPOSTOS E TRANSFERÊNCIAS ( AJUSTADAS)</b>		
<b>ANO</b>	<b>VALOR LÍQUIDO</b>	
2016	R\$100.795.590,63	
2017	R\$110.289.502,31	
2018	R\$110.373.885,77	
	TOTAL	R\$321.458.978,71
	<b>TOTAL (MÉDIA)</b>	<b>R\$107.152.992,90</b>

Fonte: Elaborado pela autora.