

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

Arthur Zanchet Riedi

O FINANCIAMENTO DO SUS NO MUNICÍPIO DE MUÇUM – RS, 2013-2020

Porto Alegre

2019

Arthur Zanchet Riedi

O FINANCIAMENTO DO SUS NO MUNICÍPIO DE MUÇUM – RS, 2013-2020

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Clezio Saldanha dos Santos

Porto Alegre

2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Reitor: Prof. Dr. Rui Vicente Oppermann

Vice-reitora: Profa. Dra. Jane Fraga Tutikian

ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO

Diretor: Prof. Dr. Takeyoshi Imasato

Vice-diretor: Prof. Dr. Denis Borenstein

COORDENAÇÃO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE

Coordenador: Prof. Dr. Ronaldo Bordin

Coordenador substituto: Prof. Dr. Guilherme Dornelas Camara

CIP - Catalogação na Publicação

CIP - Catalogação na Publicação

Zanchet Riedi, Arthur
O FINANCIAMENTO DO SUS NO MUNICÍPIO DE MUÇUM - RS,
2013-2020 / Arthur Zanchet Riedi. -- 2019.
51 f.
Orientador: Clezio Saldanha dos Santos.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de
Administração, Gestão em Saúde, Porto Alegre, BR-RS,
2019.

1. gestão em saúde. 2. Recursos financeiros
municipais em saúde. 3. financiamento tripartite. 4.
Financiamento em saúde. I. Saldanha dos Santos,
Clezio, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Escola de Administração da UFRGS

Rua Washington Luiz, 855, Bairro Centro Histórico

CEP: 90010-460 – Porto Alegre – RS

Telefone: 3308-3801

E-mail: eadadm@ufrgs.br

Arthur Zanchet Riedi

ANÁLISE DO FINANCIAMENTO DO SUS NO MUNICÍPIO DE MUÇUM – RS

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Aprovada em _____ de _____ de 2019.

Banca Examinadora

Examinador(a):

Examinador(a):

Orientador(a):

RESUMO

Este trabalho realizou o levantamento e a análise dos dados referentes ao financiamento da saúde pública no município de Muçum-RS, no período de 2013 a 2017, projetando, posteriormente, tais dados para o período de 2018 a 2020. O objetivo deste estudo foi analisar qual o impacto que os gastos com saúde terão sobre o orçamento municipal no futuro, tendo em vista o contingenciamento nos repasses estaduais e federais. Quantificou-se o total de recursos investidos pelo município, juntamente com os transferidos pelas esferas estadual e federal. Os dados foram tabulados e posteriormente realizou-se a análise horizontal e gráfica. Foram utilizados dados extraídos principalmente do Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS), do Fundo Nacional de Saúde (FNS), da Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande Do Sul (SES/RS) e de outros portais de transparência. Os dados obtidos revelaram que as transferências estaduais caíram 52% em 2018 em relação a 2013 e que os valores federais se encontram estabilizados com reajustes abaixo da inflação nos últimos 2 anos e a tendência é que siga assim em virtude da Emenda Constitucional Nº 95/2016. Todo esse contexto indica que até 2020, o município de Muçum terá que investir aproximadamente 30% de suas receitas próprias para custear a saúde de seus cidadãos.

Palavras-chave: Financiamento em saúde, financiamento tripartite, recursos financeiros municipais em saúde, gestão em saúde.

ABSTRACT

This work carried out the raising and analysis of the data related to the financing of public health in the municipality of Muçum-RS, from 2013 to 2017, then projecting such data for the period from 2018 to 2020. The objective of this study was to analyze what impact health spending will have on the municipal budget in the future, considering the contingency in state and federal transfers. The total amount invested by the municipality was quantified along with those transferred by the state and federal spheres. The data were tabulated and later the horizontal and graphical analysis of them. Data extracted mainly from the Public Health Budget Information System (SIOPS), the National Health Fund (FNS), the State Health Secretariat of the State of Rio Grande do Sul (SES/RS) and others transparency sites were used. The data obtained showed that state transfers fell by 52% in 2018 compared to 2013 and that federal values are stabilized with readjustments below inflation in the last 2 years and the trend is that this should continue due to Constitutional Amendment N^o. 95/2016. All this context indicates that by 2020, the municipality of Muçum will have to invest approximately 30% of its own revenues to cover the health of its citizens.

Keywords: Health financing, tripartite funding, public health budget, health management.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Receita total de impostos e transferências constitucionais e legais vinculadas à saúde, 2013-2020.....	34
Tabela 2: Despesa total com ações e serviços públicos de saúde, 2013-2020.....	35
Tabela 3: Repasse federal de recursos correntes para custeio de ações e serviços públicos de saúde, 2013-2020	38
Tabela 4: Repasse estadual de recursos correntes para custeio de ações e serviços públicos de saúde, 2013-2020.....	39
Tabela 5: Gasto com pessoal na área da saúde, 2013-2020.....	41
Tabela 6: Gasto municipal com recurso próprio para custeio de ações e serviços públicos de saúde, 2013-2020.....	42

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Pirâmide Etária de Muçum em 2017.....	14
Gráfico 2: Receita total de impostos e transferências constitucionais e legais vinculadas à saúde e despesa total com ações e serviços públicos de saúde, 2013-2020.....	37
Gráfico 3: Repasse federal e repasse estadual de recursos para custeio de ações e serviços públicos de saúde, 2013-2020.....	40
Gráfico 4: Comparação dos desembolsos municipal, estadual e federal em relação ao gasto total com saúde, 2013-2020.....	43

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Ingressos de recursos financeiros nos cofres público.....	22
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASPS	Ações e Serviços Públicos de Saúde
CF	Constituição Federal de 1988
CPMF	Contribuição Provisória Sobre Movimentação Financeira
FNS	Fundo Nacional de Saúde
IGP-DI	Índice Geral De Preços – Disponibilidade Interna
INPC	Índice Nacional De Preços ao Consumidor
IPCA	Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
IPI	Imposto sobre Produtos Industrializados
IPVA	Imposto do Estado sobre a Propriedade de Veículos Automotores
IPTU	Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana
IRRF	Imposto de Renda Retido na Fonte
ISS	Imposto sobre Serviço de qualquer Natureza
ITBI	Imposto sobre a Transmissão de Bens Imóveis
ITR	Imposto sobre a propriedade Territorial Rural
ICMS	Imposto do Estado sobre Circulação Mercadorias
FPM	Fundo de Participação dos Municípios
MCASP	Manual de Contabilidade Aplicada ao Setor Público
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MS	Ministério da Saúde
NAAB	Núcleo de Apoio a Atenção Básica
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PEC	Proposta de Emenda à Constituição
PIB	Produto Interno Bruto
PSF	Programa Saúde da Família
PPA	Plano Plurianual
SES	Secretaria Estaduais de Saúde

SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SMS	Secretarias Municipais de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCE	Tribunal de Contas do Estado

SUMÁRIO

1	Introdução	13
2	Objetivos	15
2.1	Objetivo Geral	15
2.2	Objetivos Específicos	15
3	Fundamentação Teórica.....	16
3.1	Administração Pública	16
3.2	Planejamento Na Administração Pública	18
3.3	Plano Plurianual	18
3.4	Lei de Diretrizes Orçamentárias	19
3.5	Lei Orçamentária Anual	20
3.6	Receita Pública	21
3.7	Estágios da Receita	22
3.8	Despesa Pública	22
3.9	Estágios da Despesa	23
3.10	Limites Constitucionais Para Gastos dos Recursos Públicos	24
3.11	Das Despesas com Pessoal	24
3.12	Aplicação Mínima em Ações e Serviços Públicos de Saúde – ASPS	25
3.13	Financiamento do SUS	26
4	Metodologia	31
5	Resultados e Discussão	34
6	Considerações Finais	45
7	Referências	47

1 INTRODUÇÃO

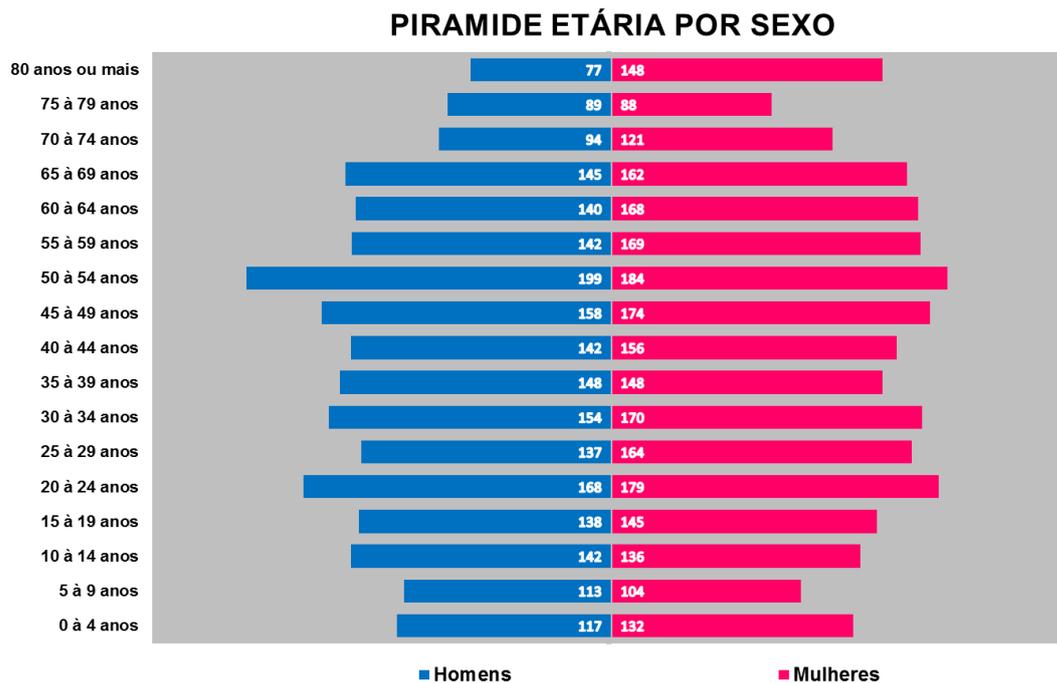
A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), institucionalizado pela Lei 8.080/1990, tem na sua base o objetivo de fornecer um atendimento universalizado e igualitário a população brasileira. Para atingir esse objetivo foi criado um grande projeto social que atua através de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde. Administrativamente, o SUS organiza-se em uma rede regionalizada e hierarquizada, tendo como diretrizes a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade. Com a descentralização dos serviços prevista na Lei 8.080/1990 e inclusive na Constituição Federal, a responsabilidade dos municípios no atendimento e, principalmente no custeio dos serviços, aumenta de forma exponencial (SOUZA, 2010).

De acordo com Solla et. al. (2007), a participação dos municípios financiamento da saúde tem ocorrido de forma progressiva desde a Constituição Federal de 1988, através da municipalização da saúde. Entretanto, os incentivos financeiros que devem estimular a descentralização dos serviços de saúde não cobrem em sua totalidade os gastos da oferta dos programas federais e estaduais, o que exige uma contrapartida dos municípios, oriunda de recursos próprios.

O município de Muçum tem uma população de 4.989 habitantes e abrange uma área territorial de 111,23 km². Localizado no Vale do Taquari, a 160 km de Porto Alegre, este município gaúcho apresentou, em 2014, um Produto Interno Bruto (PIB) de R\$ 215.595.930,00, e um PIB per capita de R\$ 43.292,35, bem acima do PIB per capita brasileiro que foi de R\$ 28.498,00 (BRASIL, 2019). Outro fator a destacar é a alta dependência dos repasses federais e estaduais já que em 2015, 83,8% da receita do poder público municipal veio dessas fontes externas (BRASIL, 2019).

Demograficamente a população muçunense apresenta uma expectativa de vida de 75,38 anos, uma proporção de idosos na população de 24,61%, 9,30% de crianças e 11,21% de adolescentes (MUÇUM, 2019). Sua pirâmide etária apresenta características de envelhecimento, fato que impacta no sistema de saúde municipal com o aumento de dispêndio de recursos.

Gráfico 1: Pirâmide Etária de Muçum em 2017



* Fonte: SMS-Muçum

Para fomentar a qualificação da gestão e demonstrar a realidade do financiamento da saúde no município de Muçum no período de 2013 a 2017, o presente trabalho busca analisar os investimentos da cidade com saúde, seu impacto no orçamento e a representatividade dos repasses estaduais e federais perante estas despesas. Pretende-se responder ao final do trabalho a seguinte questão: quais as implicações que o cenário, orçamentário e legal, atual e futuro terão sobre o financiamento municipal e sobre a prestação dos serviços na área da saúde nos próximos 3 anos?

Tendo em vista a situação atual e a falta de expectativa de mudanças a curto prazo, principalmente em virtude da EC 95/2016, este estudo analisou quais as implicações que o cenário, orçamentário e legal, atual e futuro terão sobre o financiamento municipal e sobre a prestação dos serviços na área da saúde nos próximos 3 anos no município de Muçum.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Descrever as implicações que o cenário orçamentário 2013 a 2017 terão sobre o financiamento municipal e sobre a prestação dos serviços na área da saúde para 2018-2020.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar o comportamento das receitas e despesas em saúde do Município de Muçum/RS no período de 2013 a 2017.
- Elencar o comportamento dos repasses federais e estaduais para custear as ações em saúde no município no período de 2013 a 2017.
- Realizar a análise horizontal e vertical das receitas e despesas no período de 2013 a 2017.
- Estimar o crescimento vegetativo da despesa para 2018-2020 na área da saúde.
- Estimar o crescimento da receita para 2018-2020 na área da saúde.
- Examinar determinantes demográfica, sociais e econômicas que podem afetar a demanda pelo serviço público de saúde nos próximos 3 anos.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Administração Pública

A administração pública é a forma como estão organizados os agentes, serviços e órgãos do Estado destinados à prestação de serviços à comunidade e a execução de políticas de um governo (LOURENÇO, 2016). Kohama (2012) complementa que por meio deste conjunto de órgãos o Estado desempenha as atividades que lhe são cabidas para satisfação de interesse público.

No Brasil, a administração pública compreende toda a estrutura estatal nas esferas federal, estadual (distrital) e municipal, da mesma forma nos poderes executivo, legislativo e judiciário (BRUDEKI; BERNARDI, 2013, texto digital).

Atualmente o modelo gerencial de administração pública, que encontra-se em vigor desde meados da década de 1990. Seguindo a tendência internacional da *New Public Management*, são propósitos deste modelo, segundo Lourenço (2016, p. 35) “a descentralização das decisões e das funções do Estado, a autonomia na gestão dos recursos humanos, materiais e financeiros e a ênfase na qualidade e na produtividade do serviço público”. A administração pública gerencial deve reduzir custos e tornar mais eficiente a administração dos serviços oferecidos pelo Estado.

A atuação da administração pública se dá por meio da administração direta ou centralizada e a administração indireta ou descentralizada. Isto está determinado no Decreto-Lei nº 200 de 25 de fevereiro de 1967, que dispõe sobre a Organização da Administração Federal em seu artigo 4º, incisos I e II. Segundo Kohama (2012) a administração direta ou centralizada compreende a estrutura administrativa da Presidência da República e dos Ministérios, do Gabinete do Governador e das secretarias estaduais, assim como do Gabinete do Prefeito e das secretarias municipais, ou seja, a administração direta é relacionada ao chefe do Poder Executivo.

A administração indireta ou descentralizada, segundo Kohama (2012) é a execução das atividades administrativas, serviço público ou de interesse público, por entidades criadas pelo Estado ou cuja sua criação tenha sido por ele autorizada. Essas entidades são pessoas jurídicas de direito público ou privado e podem ser, conforme o Decreto-lei nº 200/67, art. 4º, inciso II: a) autarquias; b) empresas públicas; c) sociedades de economia mista; d) fundações públicas.

Conforme Lourenço (2016) para que o Estado desempenhe suas funções em favor dos interesses públicos, através da administração pública, esta deve seguir o disposto no Art. 37º da Constituição Federal, observando os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência.

Sobre os princípios constitucionais da administração pública, Lourenço (2016) afirma que é importante estudarmos cada um separadamente. O princípio da legalidade significa que o administrador público somente pode praticar o que está permitido por lei, sob pena de praticar ato inválido.

O princípio da impessoalidade conforme Meirelles (1995) impõe ao administrador público que só pratique o ato para seu fim legal. O administrador deve praticar seus atos tendo em vista a finalidade pública e os fins legais de forma imparcial (LOURENÇO, 2016).

Conforme Lourenço (2016) o princípio da moralidade diz respeito à necessidade de o administrador público não apenas cumprir a lei formalmente, mas cumpri-la substancialmente com ética e moral. O princípio da moralidade indica ao administrador que ele, não somente cumpra a lei, mas que o faça respeitando os preceitos éticos de razoabilidade e justiça.

O princípio da publicidade dispõe sobre a divulgação dos atos administrativos, preconizando a transparência. Esta pode ser feita pelo Diário Oficial, Editais afixados em local apropriado, pela internet em sites oficiais. Salvo algumas exceções dispostas no art. 5º da Constituição Federal de 1988 (CF) (BRASIL, 1988), relacionadas à segurança nacional, certas investigações policiais e segredos de justiça (LOURENÇO, 2016).

Por fim o princípio da eficiência, acrescentado aos princípios constitucionais da administração pública pela Emenda Constitucional nº 19, de 04 de junho de 1998. Para Moraes (2008) a inclusão deste princípio segue uma tendência de leis internacionais e seu objetivo é garantir qualidade nas atividades e prestação de serviços públicos. Este princípio propõe que a administração pública seja eficiente na prestação de serviços à sociedade, com os recursos disponíveis, beneficiando a qualidade no seu desempenho.

Pelo exposto verifica-se a importância de toda pessoa que faz parte de uma administração pública ter como base, em obediência à Constituição Federal, seu art. 37, seguindo com veemência os princípios constitucionais da administração pública.

3.2 Planejamento na Administração Pública

Nos últimos anos vêm se introduzindo elementos característicos da administração privada na administração pública, nessa nova realidade o planejamento é um instrumento de gestão fundamental para as instituições do setor público.

O processo de planejamento é indispensável tanto para as organizações privadas quanto para as públicas. Através do planejamento são definidos os objetivos da organização e como se pretende atingi-los (QUINTANA et al, 2011).

Segundo Kohama (2012) o governo utiliza a técnica de planejamento e programação de ações de maneira integrada para cumprir com o seu dever de oferecer bem-estar à população. Países subdesenvolvidos trabalham com recursos escassos frente às necessidades da sociedade, por isso o Sistema de Planejamento Integrado tem por objetivo a eleição de prioridades para a otimização dos recursos existentes.

Em seu artigo 1º, § 1º, a Lei de Responsabilidade Fiscal, de 4 de maio de 2000, diz: “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”, logo está claramente disposto em lei a obrigação do uso de planejamento no setor público.

3.3 Plano Plurianual

O Plano Plurianual, PPA, é o primeiro instrumento de planejamento da entidade pública e servirá de base para elaboração da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e da Lei Orçamentária Anual (LOA), sendo assim o PPA é o instrumento de maior relevância (QUINTANA et al., 2011).

A elaboração do PPA é de responsabilidade do poder executivo e sua aprovação do poder legislativo. No primeiro ano de governo, o chefe do poder executivo encaminha o projeto de lei do Plano Plurianual ao legislativo para sua apreciação e aprovação. Sendo aprovado será válido até o fim do primeiro ano do governo seguinte (QUINTANA et al., 2011).

É notável a responsabilidade pela elaboração do PPA por parte do chefe do poder executivo e sua aprovação pelos entes do poder legislativo, tendo em vista que

o instrumento é base para elaboração de leis que afetam diretamente os interesses dos cidadãos.

No PPA estão elencadas as ações do governo que resultarão no alcance de objetivos e metas fixadas para um período de quatro anos em todos os níveis de governo, federal, estadual e municipal (KOHAMA, 2012).

Conforme Catapan (2013) as diretrizes gerais do governo, constantes no plano, devem ser definidas estrategicamente focando as principais necessidades que deverão ser supridas naquele período de tempo. É evidente a importância do PPA como instrumento de planejamento para que a administração pública defina seus objetivos, metas e prioridades, conheça seus potenciais e trabalhe as dificuldades sempre com o propósito de promover o bem-estar social.

3.4 Lei de Diretrizes Orçamentárias

A LDO é a lei que orienta a estruturação dos orçamentos anuais, são eles: o orçamento fiscal; o orçamento de investimentos; e o orçamento da seguridade social; conforme as diretrizes, objetivos e metas da administração pública, definidos no PPA (KOHAMA, 2012). Conforme consta no § 2º, do art. 165, da CF, a LDO compreende ainda as metas e prioridades da administração pública, incluindo as despesas de capital para o exercício subsequente, orienta a elaboração da lei orçamentária anual, dispõe sobre as alterações na legislação tributária e estabelece a política de aplicação das agências financeiras oficiais de fomento.

Em seu art. 4º, § 1º, a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) (BRASIL, 2000) traz ainda que o projeto de lei de diretrizes orçamentárias deve conter o Anexo de Metas Fiscais e neste são 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.

O § 2º da lei acima referida determina que o Anexo contenha ainda a avaliação do cumprimento das metas relativas ao ano anterior; demonstrativo das metas anuais, instruído com memória e metodologia de cálculo que justifiquem os resultados pretendidos, comparando-as com as fixadas nos três exercícios anteriores, e evidenciando a consistência delas com as premissas e os objetivos da política econômica nacional; evolução do patrimônio líquido, também nos últimos três

exercícios, destacando a origem e a aplicação dos recursos obtidos com a alienação de ativos; avaliação da situação financeira e atuarial dos regimes geral de previdência social e próprio dos servidores públicos e do Fundo de Amparo ao Trabalhador e dos demais fundos públicos e programas estatais de natureza atuarial; e por fim demonstrativo da estimativa e compensação da renúncia de receita e da margem de expansão das despesas obrigatórias de caráter continuado.

A Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) dispõe em seu § 3º, do art. 4º, que a LDO também é composta do Anexo de Riscos Fiscais. Neste Anexo são avaliados os passivos contingentes e outros riscos capazes de afetar as contas públicas, informando as providências a serem tomadas, caso se concretizem.

Segundo Kohama (2012), no Anexo de Riscos Fiscais ficam evidenciados os passivos contingentes e outros riscos que possam acarretar em endividamento, como por exemplo, queda na arrecadação ou na atividade econômica, entre outros capazes de comprometer as contas públicas.

3.5 Lei Orçamentária Anual

A LOA é uma lei também elaborada pelo Poder Executivo e enviada para aprovação do Poder Legislativo. Segundo Quintana et al (2011, p. 23) “o orçamento anual existe para viabilizar o alcance dos objetivos e metas propostos no PPA, em conformidade com as diretrizes fixadas pela LDO”. Sobre a LOA, Kohama (2012, p. 46) diz que “a lei dos orçamentos anuais é o instrumento utilizado para a consequente materialização do conjunto de ações e objetivos que foram planejados visando ao melhor atendimento e bem-estar da coletividade”.

A Lei Orçamentária Anual, assim como os demais instrumentos de planejamento da administração pública, geram impactos diretos na vida de todos os cidadãos, pois neles estão traçados o destino dos recursos provenientes da arrecadação de tributos que tanto oneram o orçamento dos brasileiros.

3.6 Receita Pública

Na área pública a receita é o elemento fundamental para a manutenção dos serviços prestados pela administração pública, e está relacionada ao ingresso e à arrecadação aos cofres públicos (QUINTANA et al., 2011).

O Manual de Contabilidade Aplicada ao Setor Público (MCASP, 2017, p. 34) diz que a receita “representa o fluxo previsto de ingressos e de aplicações de recursos em determinado período”. É o instrumento por meio do qual se viabiliza a execução das políticas públicas.

Segundo Kohama (2012) a receita pública é proveniente do recolhimento feito aos cofres públicos seja de numerários ou de bens representativos de valores que o Estado tem direito de arrecadar por força de leis, contratos ou quaisquer outros títulos que derivem direitos a favor do mesmo.

Para Kohama (2012) existe uma ambivalência no conceito de receitas públicas amparada ou originada nos artigos, acima citados, da Lei nº 4.320/64. O fato de considerar como receita pública todo e qualquer recolhimento feito aos cofres públicos, inclui, também, aquelas em que o governo é apenas depositário do valor, se constitui de simples entradas compensatórias financeiras que não devem ser consideradas na Lei de Orçamento. Em sentido amplo, os ingressos de recursos financeiros nos cofres do Estado denominam-se receitas públicas, registradas como receitas orçamentárias, se representam disponibilidades de recursos financeiros para o erário, ou ingressos extraorçamentários, se representam apenas entradas compensatórias. No Quadro 1 é possível visualizar a classificação das Receitas Públicas:

Quadro 1: Ingressos de recursos financeiros nos cofres públicos

Ingressos de Recursos Financeiros nos Cofres Públicos (Receitas Públicas em sentido amplo)	
Ingressos Extraorçamentários	Receitas Orçamentárias (Receitas Públicas em sentido estrito)
Representam entradas compensatórias	Representam disponibilidades de recursos

Fonte: MCASP (2017, p. 35), adaptado pelo autor.

Os ingressos extraorçamentários são recursos dos quais o Estado é simples depositário, são constituídos por ativos e passivos exigíveis, não têm reflexo no

Patrimônio Líquido da entidade e não constam na LOA. As Receitas Orçamentárias são disponibilidades de recursos financeiros que aumentam o saldo financeiro da entidade. Estas receitas pertencem ao Estado e estão previstas na Lei Orçamentária Anual.

3.7 Estágios da Receita

As receitas orçamentárias passam por algumas etapas, segundo o MCASP (2017) são elas: previsão, lançamento, arrecadação e recolhimento. Previsão: conforme consta no MCASP (2017, p. 57) “compreende a previsão de arrecadação da receita orçamentária constante da LOA, resultante de metodologias de projeção usualmente adotadas, observadas as disposições constantes na LRF”. É o estágio em que se estima quanto se espera arrecadar naquele exercício financeiro.

Lançamento: conforme o art. 53 da Lei nº 4.320/1964 é o “ato da repartição competente, que verifica a procedência do crédito fiscal e a pessoa que lhe é devedora e inscreve o débito desta”. É o ato administrativo por meio do qual se verifica a ocorrência do fato gerador, o contribuinte ou devedor, os valores e vencimentos da obrigação (KOHAMA, 2012).

Arrecadação e Recolhimento: Kohama (2012) entende que as fases de arrecadação e recolhimento se complementam, uma vez que a arrecadação ocorre através da efetuação do pagamento dos tributos ao agente arrecadador. Agentes arrecadadores são as repartições competentes tais como: delegacias fiscais, alfândegas, tesourarias e outras constantes na forma da lei. Por sua vez, o recolhimento é a transferência dos valores arrecadados pelos agentes arrecadadores à conta do Tesouro em conformidade com o art. 56 da Lei 4.320/1964, “O recolhimento de todas as receitas far-se-á em estrita observância ao princípio de unidade de tesouraria, vedada qualquer fragmentação para criação de caixas especiais”.

3.8 Despesa Pública

Conforme o MCASP (2017, p. 69) “A despesa orçamentária pública é o conjunto de dispêndios realizados pelos entes públicos para o funcionamento e manutenção dos serviços públicos prestados a sociedade”. Reiterando a importância do Orçamento como instrumento de planejamento para entidades públicas e privadas, é na Lei de

Orçamentos Anuais que está fixada a despesa pública autorizada para o exercício financeiro.

Kohama (2012, p. 98) conceitua despesa pública como “os gastos fixados na lei orçamentária ou em leis especiais e destinados à execução dos serviços públicos e dos aumentos patrimoniais”. Estas, no momento que fixadas em lei orçamentária, as despesas não podem ultrapassar o limite de valor fixado para o exercício financeiro.

Lima e Castro (2003) complementam o conceito de despesa como parte do orçamento, o que compreende autorizações para a aplicação das receitas para a manutenção dos diversos setores e serviços da administração pública. Entende-se que a despesa pública é a aplicação das receitas no que se refere ao custeamento da administração pública e de todos os serviços por ela prestados.

Conforme o MCASP (2017), assim como as receitas, as despesas são classificadas em orçamentárias e extraorçamentárias. Na definição de Angélico (1995) as despesas orçamentárias são aquelas cuja realização depende de autorização legislativa e que não podem ser executadas sem crédito correspondente. Dessa forma as despesas orçamentárias requerem dotação orçamentária para serem efetivadas.

As despesas extraorçamentárias correspondem as receitas extraorçamentárias. Sua realização não está obrigada a autorização legislativa, pois correspondem a restituições de valores recebidos a título de recursos transitórios, tais como cauções, depósitos, consignações e outros (KOHAMA, 2012). Conforme Lima e Castro (2003), após promulgada a Lei Orçamentária Anual, observando as normas de execução orçamentária e de programação financeira, poderão ser utilizados os créditos considerando a execução das despesas.

3.9 Estágios da Despesa

A execução da despesa pública se dá em três estágios conforme disposto na Lei nº 4.320/1964: empenho, liquidação e pagamento. Empenho: segundo o art. 58 da referida Lei, “é o ato emanado de autoridade competente que cria para o Estado obrigação de pagamento pendente ou não de implemento de condição”. Por meio do empenho se reserva a dotação orçamentária para determinado fim. Sua formalização se dá através de um documento chamado Nota de Empenho e nele devem constar

nome e especificação do credor, valor empenhado e demais dados necessários ao controle da execução orçamentária (MCASP, 2017).

A liquidação, conforme o art. 63 da Lei nº 4.320/1964, “consiste na verificação do direito adquirido pelo credor tendo por base os títulos e documentos comprobatórios do respectivo crédito”. De acordo com Lima e Castro (2003) a liquidação é a comprovação do fornecimento do bem ou serviço por parte do credor. No estágio de liquidação deve-se observar a origem e o objeto do que se deve pagar; a importância exata a pagar; a quem se deve pagar a importância, para extinguir a obrigação. Já a liquidação da despesa por fornecimentos feitos ou serviços prestados tem por base: o contrato, ajuste ou acordo respectivo; a nota de empenho; os comprovantes da entrega de material ou da prestação de efetiva do serviço.

3.10 Limites Constitucionais Para Gastos dos Recursos Públicos

O direito ao acesso aos serviços públicos de qualidade é garantido constitucionalmente aos cidadãos, contudo a má gestão dos recursos públicos compromete este direito. Para Prates (2015) a Lei de Responsabilidade Fiscal estabelece limites às ações dos governantes, responsabilizando-os pelo mau uso dos recursos públicos com o objetivo de preservar as finanças públicas e garantir que a sociedade tenha acesso aos serviços públicos eficazes.

A Constituição Federal dispõe sobre limites para gastos com pessoal (Art. 169), sobre o financiamento da saúde (Art. 198) e investimento em educação (Art. 212). Leis Complementares definem os limites para gastos com pessoal e os percentuais mínimos para aplicação em saúde e educação.

3.11 Das Despesas com Pessoal

A LRF define despesas com pessoal em seu art. 18 como:

[...] o somatório dos gastos do ente da Federação com os ativos, os inativos e os pensionistas, relativos a mandatos eletivos, cargos, funções ou empregos, civis, militares e de membros de Poder, com quaisquer espécies remuneratórias, tais como vencimentos e vantagens, fixas e variáveis, subsídios, proventos da aposentadoria, reformas e pensões, inclusive adicionais, gratificações, horas extras e vantagens pessoais de qualquer natureza, bem como encargos sociais e contribuições recolhidas pelo ente às entidades de previdência.

De acordo com o disposto no art. 19, da LRF, os entes da Federação não podem exceder os percentuais da receita corrente líquida, em cada período de apuração: I – União: 50%; II – Estados: 60%; III – Municípios: 60%. O art. 20 da LRF trata sobre a repartição dos limites globais acima referidos, na esfera federal: 2,5% (dois inteiros e cinco décimos por cento) para o Legislativo, incluído o Tribunal de Contas da União; 6% (seis por cento) para o Judiciário; 40,9% (quarenta inteiros e nove décimos por cento) para o Executivo, 0,6% (seis décimos por cento) para o Ministério Público da União; na esfera estadual: 3% (três por cento) para o Legislativo, incluído o Tribunal de Contas do Estado; 6% (seis por cento) para o Judiciário; 49% (quarenta e nove por cento) para o Executivo; 2% (dois por cento) para o Ministério Público dos Estados; na esfera municipal: 6% (seis por cento) para o Legislativo, incluído o Tribunal de Contas do Município, quando houver; 54% (cinquenta e quatro por cento) para o Executivo.

Os gastos com pessoal compõem parte importante na contabilização dos custos dos serviços públicos prestados e para atender os dispositivos legais é imprescindível observar os limites.

3.12 Aplicação Mínima em Ações e Serviços Públicos de Saúde – ASPS

São consideradas despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), aquelas direcionadas a promoção, proteção e recuperação da Saúde (BRASIL, 2019, texto digital). A Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente, pelas três esferas do governo. Considerando que este estudo se realiza na esfera municipal, é definido em lei, art. 7º que 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 (BRASIL, 2012).

Os impostos a que se refere o art. 156, da CF, são aqueles que competem aos municípios, são eles: a) Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana (IPTU); b) Imposto sobre a Transmissão de Bens Imóveis “inter vivos” (ITBI); e c) Imposto Sobre Serviço de qualquer Natureza (ISS).

Os recursos de que trata o art. 158 da CF são provenientes de impostos de competência da União ou do Estado, mas que têm sua receita tributária repartida com

os municípios, são eles: a) Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF), sobre rendimentos pagos pelo próprio município; b) 50% do produto da arrecadação do Imposto sobre a propriedade Territorial Rural (ITR), relativa aos imóveis situados no município; c) 50% do produto da arrecadação do Imposto do Estado sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA) licenciados no município; d) 25% do produto da arrecadação do Imposto do Estado sobre Operações relativas à Circulação de Mercadorias (ICMS).

Os recursos de que tratam a alínea “b” do inciso I do caput e o § 3º do art. 159, são os provenientes de transferências da União e do Estado aos Municípios, são eles: a) transferências da União: cota parte do Fundo de Participação dos Municípios (FPM); b) transferências do Estado: cota parte do produto da arrecadação do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI).

Conforme disposto na Lei Complementar nº 141/2012, a comprovação da aplicação de 15% em ASPS das receitas acima citadas pelos municípios, se dá através do preenchimento do Sistema de Informação sobre o Orçamento Público em Saúde – SIOPS. Este Sistema deve ser informado pelos municípios bimestralmente em até 30 dias após o término do bimestre. O percentual mínimo de aplicação de 15% deve ser atingido ao fim do sexto bimestre.

3.13 Financiamento do SUS

Desde a proclamação da Constituição Federal em 5 de outubro de 1988, onde consta em seu artigo 196 a célebre frase: “*A saúde é direito de todos e dever do Estado...*”, os gestores das mais diversas esferas que compõem o Estado buscam formas de organizar e custear o sistema para que seja possível cumprir a lei na prática como fora escrito.

Talvez um dos pontos mais cruciais e que menos evolui nesses mais de 30 anos da atual Carta Magna tenha sido o financiamento da saúde pública. Para se ter uma ideia, em 2015 o Brasil gastou US\$ 594,90 per capita em saúde com recurso público enquanto o Reino Unido, que possui um sistema de saúde pública universal semelhante ao brasileiro, gastou US\$ 3.330,30 (OMS, 2018).

O Brasil apresenta um gasto público em saúde em torno de 4% do PIB enquanto o nível praticado pelos países com saúde de acesso universal tem sido de 7%,

minimamente (SANTOS, 2018). Este baixo investimento do país em saúde acaba jogando a conta em cima dos cidadãos, sendo que desde a instituição do Sistema Único De Saúde (SUS) em 1990 o gasto público em saúde nunca ultrapassou o gasto privado. Em 2015 por exemplo, do valor total gasto com saúde no país, o governo arcou com apenas 45,1% enquanto as famílias brasileiras tiveram que custear, com recursos próprios, 53,6% desse valor (IBGE, 2017).

Evidências internacionais sugerem que a universalização dos sistemas de saúde implica gastos públicos iguais ou superiores a 70% de tudo que é gasto com saúde no país, somando-se o público e o privado, e o Brasil tem gasto menos de 50% nos últimos anos (REIS et al. 2016). Ou seja, não bastasse o quadro de subfinanciamento na saúde pública brasileira, a forma como união, estados e municípios dividem os custos e as responsabilidades também tem gerado divergências nos últimos anos. A Constituição Brasileira em seu artigo 198 inciso I e conseqüentemente a Lei 8080/90 em seu artigo 7º inciso IX preveem a descentralização político-administrativa como princípio do SUS, ou seja, a gestão do sistema não seria mais feita de forma centralizada a nível federal como era anteriormente, ela deveria ser compartilhada com os estados e municípios que passariam a ter poder de decisão sobre o uso dos recursos, sobre políticas locais em saúde e participação na formulação de políticas nacionais.

O fato é que a transição de um sistema centralizado para um sistema descentralizado em um país do tamanho e com as diferenças regionais como o Brasil não seria nada fácil. Uma grande gama de leis, normas, portarias entre outros regulamentos foi produzida com o intuito de viabilizar tal mudança, entretanto estas regras foram produzidas a nível federal causando assim um desequilíbrio no financiamento tripartite de tal forma que a conta do sistema público de saúde vem sendo cada vez mais custeada com recursos próprios do orçamento dos municípios.

A primeira norma que impactou de forma relevante nos orçamentos municipais foi a Norma Operacional Básica do SUS de 1996, (NOB/96). Ela tinha o objetivo de reestruturar e reordenar o modelo de atenção à saúde, priorizando a atenção básica (primária) com o objetivo de que os municípios assumissem seus respectivos papéis de gestores do SUS, imputando a estes a responsabilidade direta e imediata pela saúde de sua população com a implementação do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa Saúde da Família (PSF). Na prática houve um aumento substancial

do gasto em saúde pelos municípios que tiveram que contratar profissionais para compor estes programas (BRASIL, 1996).

Outro resultado prático da NOB/96 foi a transferência gradual de grande parcela das unidades assistenciais das SES (Secretaria Estaduais de Saúde) às SMS (Secretarias Municipais de Saúde), principalmente as de atenção básica e de média complexidade, sendo que a contrapartida financeira não foi proporcional. A execução das ações e serviços de Saúde, bem como a contratação, o controle, a avaliação e auditoria dos serviços foram transferidos do MS (Ministério da Saúde) para as SES e destas, progressivamente, para as SMS, consolidando assim o processo de descentralização da saúde e onerando desproporcionalmente os municípios.

Neste contexto, é importante salientar a NOAS/2001 (Norma Operacional da Assistência à Saúde) que teve como princípio promover modificações importantes na relação entre os gestores do SUS estaduais e municipais, dando ênfase na regionalização e no aumento da equidade. Buscando assim, a organização dos sistemas de saúde funcionais entre os níveis de atenção, enfatizando a média e alta complexidade neste processo e qualificando os determinantes das políticas de saúde com o uso de incentivo financeiro para este fim (BRASIL, 2001).

Em 2002, o Ministério da Saúde instituiu a NOAS-SUS 01/2002 que basicamente trazia dois principais objetivos, primeiro o reforço das ações para regionalização da saúde que segundo esta norma deveria dar: “acesso dos cidadãos, o mais próximo possível de sua residência”; de serviços de atenção básica e média complexidade, e, segundo, ampliava a responsabilidade dos municípios na Atenção Básica, pois a partir desta eles deveriam atuar com ênfase no controle da tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes mellitus, ações de saúde bucal, ações de saúde da criança e ações de saúde da mulher, além de acrescentar uma vasta gama de procedimentos de média complexidade que os municípios deveriam dispor aos seus cidadãos (BRASIL, 2002).

Em contrapartida, o Ministério da Saúde criou o Piso da Atenção Básica (PAB) Ampliado, que se somaria ao PAB Fixo para os municípios que cumprissem as condições da NOAS-SUS 01/2002. Apesar disso, mais uma vez o valor repassado pelo MS foi desproporcional às obrigações que o município teve que arcar aumentando assim mais uma vez o gasto das prefeituras com saúde.

Além de arcar com os novos custos trazidos pelas normas operacionais do Ministério Da Saúde, os municípios e o SUS como um todo sofreram muito durante os anos 90 com as flutuações que o orçamento da saúde apresentava a nível nacional (PIOLA, 2012). Em 1993 as contribuições previdenciárias deixaram de ser consideradas solidárias ao financiamento da saúde e, com isso a situação de instabilidade do financiamento ficou agravada, fato este atenuado em 1996 com a criação da Contribuição Provisória Sobre Movimentação Financeira (CPMF). Com o intuito de acabar com os problemas orçamentários do SUS foi criada a Emenda Constitucional Nº 29/2000 (BRASIL, 2000) que assegurou recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Esta emenda obrigava União, Estados e municípios a investirem um percentual mínimo de seus orçamentos no SUS (PIOLA, 2012).

Na prática a Emenda Constitucional Nº 29/2000 representou um incremento expressivo de recursos no SUS, entretanto esse aumento veio da ampliação da participação dos Estados e municípios no financiamento do sistema público de saúde (PIOLA, 2012). Em 2000 quando a emenda começou a vigorar, a União respondia por 60% do total de recurso público aplicado em saúde, dez anos depois em 2010 esse valor passou para 45% (PIOLA, 2012).

A regulamentação da Emenda Constitucional Nº 29 veio com a Lei Complementar 141/2012 (BRASIL, 2012), que definiu percentuais mínimos para serem aplicados por cada ente da federação.

Já para a União, ao contrário dos Estados e municípios, não foi fixado um percentual mínimo sobre a receita, mas sim um cálculo que levava em conta o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido de no mínimo o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual, não sendo reduzido no caso de variação negativa (BRASIL, 2012).

Esta forma de cálculo instituída pela Lei Complementar 141/2012 aumentou ainda mais, ao longo dos anos, a defasagem do investimento da União na saúde proporcionalmente ao que era investido por Estados e principalmente por municípios (RIO GRANDE DO SUL, 2017).

A desproporcionalidade entre os entes federativos no financiamento do sistema público de saúde está tão agravada que segundo o relatório final da Comissão Especial

Sobre A Sustentabilidade Financeira do SUS e a Participação dos Entes Federados da Assembleia Legislativa do RS (RIO GRANDE DO SUL, 2017), o SUS vem sofrendo um desabastecimento financeiro, causado, entre outras questões, pela forma como o financiamento esta constituído hoje, ao mesmo tempo que os municípios, que vem cobrindo esse déficit com recursos próprios, já não tem mais aporte financeiro para sustentar o sistema.

Este mesmo relatório cita também a Emenda Constitucional 95/2016 (BRASIL, 2016) como outro risco ao sistema único de saúde. Segundo o documento, a EC 95/2016 (BRASIL, 2016), que trata sobre o Novo Regime Fiscal da União, congela, e, conseqüentemente com o passar dos anos, reduzirá na prática a despesa per capita do gasto com saúde no período compreendido entre 2018 a 2036.

4 METODOLOGIA

O presente trabalho baseia-se em uma pesquisa quali-quantitativa e documental. Segundo Birochi (2015), a pesquisa quali-quantitativa procura combinar os procedimentos metodológicos da pesquisa quantitativa e qualitativa para a coleta e a interpretação de dados. Esse tipo de pesquisa inicia com a coleta de dados estatísticos (quantitativos) e posteriormente sua compreensão é aprofundada através da coleta e análise de dados qualitativos.

Já a pesquisa documental é uma estratégia de pesquisa que restringe seu processo de coleta de dados à utilização de documentos, escritos ou não escritos (fotografias, mapas etc.), podendo eles serem separados em fontes primárias, quando produzidos por pessoas que vivenciaram diretamente o evento que está sendo estudado, e fontes secundárias, quando coletados por pessoas que não estavam presentes por ocasião da sua ocorrência (BIROCHI, 2015).

Foi realizada através da coleta de dados, a partir de fontes secundárias de dados, como: o SIOPS (Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde), o TCE-RS (Tribunal de Contas do Estado do Rio Grande Do Sul), o FNS (Fundo Nacional da Saúde) e o Portal da Transparência do Município de Muçum. Os dados coletados refletem a realidade do Município De Muçum e são referentes ao período de 2013-2017.

Esse estudo não se caracteriza como uma pesquisa com seres humanos, portanto, não está sujeito à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional De Saúde. Desta forma, não foi necessária a aprovação de um comitê de ética em pesquisa em seres humanos já que não integram a pesquisa nenhum método de entrevista e/ou questionário com indivíduos, sendo analisado apenas bancos de dados de natureza orçamentária e financeira de consulta pública livre.

Quanto a análise e interpretação dos dados, os dados foram correspondentes ao período de 2013-2017 tabulados de forma descritiva que segundo Piccoli (2006), tem como finalidade observar, registrar, analisar e correlacionar fatos ou fenômenos, sem manipulá-los, para assim descrever, classificar e interpretar estes dados com o propósito de conhecer a sua natureza.

Para projetar os dados orçamentários relevantes à esta pesquisa, referentes ao período de 2018-2020, utilizou-se o Método de Indicadores, que consiste em um

modelo incremental utilizado pela Secretaria do Orçamento Federal (SOF) como base para a previsão das receitas. A metodologia pode ser traduzida pela seguinte fórmula:

$$P_m(t) = A_m(T-1) * (1+E_p) * (1+E_q) * (1+E_L)$$

$P_m(t)$: Previsão da receita mensal ou anual - significa o valor a ser projetado de certa receita, podendo ser mensal para atender à execução orçamentária, cuja programação é feita mensalmente.

$A_m(T-1)$: Arrecadação mensal ou anual do período anterior - é obtida por meio da série histórica de arrecadação da receita, sem as atipicidades, e, dependerá do seu comportamento mensal. Dessa forma, a base de cálculo pode ser:

- a arrecadação de cada mês (arrecadação mensal) do ano anterior;
- a média de arrecadação mensal do ano anterior (arrecadação anual do ano anterior dividido por doze);
- a média de arrecadação mensal dos últimos doze meses ou média móvel dos últimos doze meses (arrecadação total dos últimos doze meses dividido por doze).

$(1 + E_p)$: Variação de Preços - fornece a variação média dos preços de uma determinada cesta de produtos, como o IGP-DI, o INPC, o IPCA, a variação cambial, a taxa de juros, a variação da taxa de juros, dentre outros.

$(1 + E_q)$: Variação de Quantidade - está relacionado à variação física de um determinado fator de produção, fornecendo a variação média na quantidade de bens de um determinado seguimento da economia. Nesse caso, destacam-se: o Produto Interno Bruto (PIB) do Brasil, PIB do estado ou PIB do município.

$(1 + E_L)$: Efeito Legislação - trata de possíveis mudanças na alíquota ou na base de cálculo de alguma receita. Normalmente, tarifas públicas e receitas tributárias sofrem influência de ajustes na legislação ou nos contratos públicos que devem ser levados em consideração.

Os dados referentes a indicadores como o IPCA, crescimento do PIB, taxa de juros entre outros foram extraídos do Relatório FOCUS¹ lançado em 01 de fevereiro de 2019, data em que iniciaram-se os cálculos e projeções dos valores relacionados ao estudo. Através de gráficos e tabelas montadas em Excel, para análises horizontais e

¹ O Relatório Focus é emitido pelo Banco Central do Brasil e resume as previsões para estatísticas como índices de preços, atividade econômica, câmbio, taxa Selic, entre outros calculados considerando as expectativas de mercado coletadas até a sexta-feira anterior à sua divulgação (BRASIL, 2019).

verticais dos dados referentes às receitas e despesas do Município de Muçum para afim de alcançar o objetivo desta pesquisa. Esta forma de análise evidencia a evolução de itens de demonstrações financeiras ao longo do tempo. Através dela é possível evidenciar uma tendência de crescimento ou queda das receitas e/ou despesas (BAZZI, 2016).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Afim de atingir os objetivos desta pesquisa, foram empregados diversos dados referentes ao orçamento, a receita e a despesa relacionadas ao Município de Muçum relativos à área da saúde. As principais fontes de dados utilizadas foram o sitio SIOPS (Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde), o sítio do FNS (Fundo Nacional da Saúde), e o sítio da SES-RS (Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul). Através desta análise encontraram-se os resultados apresentados a seguir.

Primeiramente analisou-se a Receita Total de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais Vinculadas à Saúde do período de 2013 a 2017 e projetada, através do Método de Indicadores a respectiva receita para 2018 a 2020. O resultado foi apresentado na tabela a seguir:

Tabela 1: Receita total de impostos e transferências constitucionais e legais vinculadas à saúde, 2013-2020 (em milhares de R\$)

Ano	Valor	Variação
2013	10.091	-
2014	10.817	7%
2015	11.038	9%
2016	12.959	28%
2017	12.945	28%
2018*	14.329	42%
2019*	15.565	54%
2020*	16.924	68%

Fonte: SIOPS, 2011-2017, *Projetado

Com os dados obtidos através do SIOPS até 2017 e a projeção realizada até 2020 estima-se que a receita total líquida vinculada à saúde aumente 68% em relação à receita arrecada em 2013. Para fins de comparação, a mesma fonte de dados mostra que a receita da União equivalente à municipal tem uma estimativa de aumento de 45% no mesmo período.

Após a análise dos dados referentes a Receita, foi realizada a análise dos valores relacionados à despesa total dos serviços de saúde. Da mesma forma que a receita, os dados de 2013-2017 foram obtidos no SIOPS e para o período de 2018-

2020, os valores foram projetados pela média histórica de aumento da despesa. Em virtude da irregularidade apresentada pelas despesas de capital, considerou-se para este trabalho apenas as despesas correntes.

Tabela 2: Despesa total com ações e serviços públicos de saúde, 2013-2020 (em milhares de R\$)

Ano	Valor	Variação
2013	3.094	-
2014	3.800	23%
2015	3.743	21%
2016	4.136	34%
2017	4.618	49%
2018*	5.101	65%
2019*	5.764	86%
2020*	6.513	111%

Fonte: SIOPS, 2011-2017, *Projetado

Através dos dados obtidos através do SIOPS, que apresentam informações existentes até o ano de 2017 e com projeção realizada até o ano de 2020, estima-se que a Despesa Total com Ações e Serviços Públicos de Saúde aumente 111% em relação à despesa de 2013. Este forte aumento na despesa total em saúde ocorre em virtude de diversos fatores como segue. A assunção da gestão plena pelo Município de Muçum em 2015: esse movimento administrativo fez com que o Estado repassasse ao município a responsabilidade pela gestão, contratualização e pagamento de todos os serviços de média complexidade² prestados aos cidadãos muçunense como fisioterapias, exames de análises clínicas e atendimento hospitalar. Além disso, diversos estabelecimentos da cidade fiscalizados pelo Estado ou que o município não tinha o dever de fiscalizar passaram a ser responsabilidade da vigilância sanitária municipal que em virtude disso demandou investimentos na contratação e manutenção de pessoal e despesas de custeio. A crise fiscal do Estado do Rio Grande do Sul: em virtude da falta de pagamento por parte do Estado, diversas referências regionais que

² A média complexidade o conjunto de “ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e terapêutico” (BRASIL/MS, 2004).

atendem o Município de Muçum e região, ameaçaram interromper a prestação dos serviços, em virtude disso, os municípios se uniram em um consórcio, CONSISA (Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Rio Taquari) para poder custear essas despesas que nem sequer estavam planejadas. Dentre os principais serviços que tiveram de ser acudidos pelos municípios elenca-se o SAMU, o Centro Regional de Oftalmologia e o Hospital referência para partos da região. Esse fato impactou no orçamento municipal de forma considerável já que no período de 2013 a 2017 o custo destes serviços via consórcio aumentou 322% de acordo com dados extraídos do TCE/RS.

A dispersão de referências pelo Estado: nos últimos anos as referências de média e alta complexidade contratualizadas com o SUS e que atendem ao município de Muçum e região tem se espalhado pelo território do RS em virtude de decisões administrativas do governo estadual. Hoje o Município de Muçum possui referências que atendem pelo Sistema Único de Saúde nas seguintes cidades: Encantado, Roca Sales, Arroio do Meio, Lajeado, Estrela, Teutônia, Santa Cruz do Sul, Canoas e Porto Alegre. Além disso, em virtude da escassez de leitos de UTI (Unidade de Tratamento Intensivo) na rede pública já fez com que a Central de Leitos do RS³ referenciasse pacientes de Muçum para cidades como Rio Grande, Alegrete e Passo Fundo. Tal quadro culminou em um grande aumento na necessidade do transporte sanitário fornecido pelo município aumentando assim a despesa com esse serviço em torno de 150% no período de 2013-2018 segundo dados da secretaria municipal da saúde.

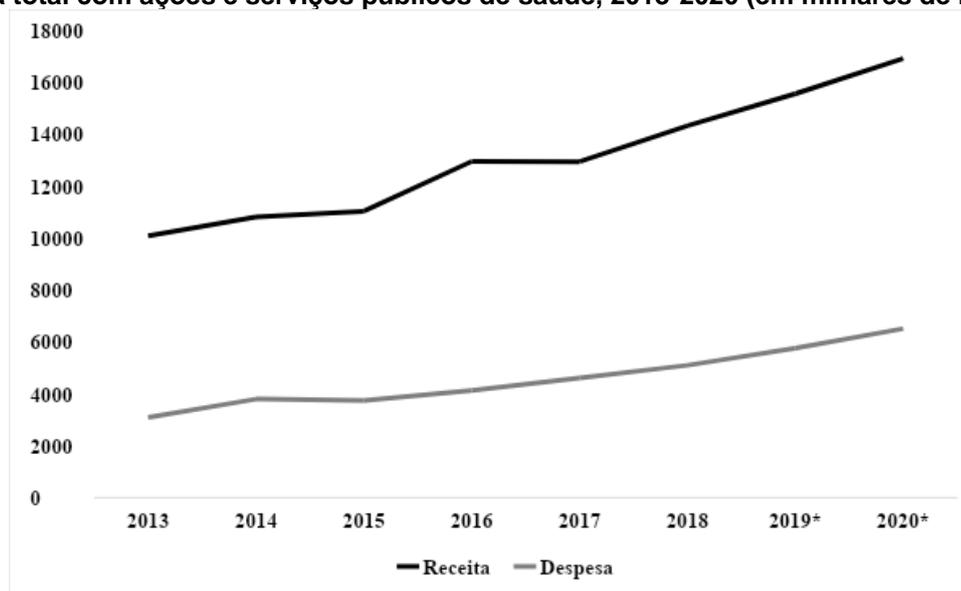
Introdução de novos programas na atenção básica: analisando as despesas do município de Muçum identificou-se ao longo do período estudado, novos gastos que surgiram em virtude de alguns programas de atenção básica implantados pelo poder público municipal. Dentre eles cita-se o NASF⁴ (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) que tem uma contrapartida mensal da união no valor de R\$ 8.000,00 (oito mil reais), mas custa, segundo dados do portal da transparência municipal, em média R\$ 9.270,00 (nove mil duzentos e setenta reais) só com folha de pagamento. O programa Mais

³ Serviço Estadual que tem o objetivo de controlar os leitos de UTI disponíveis na rede pública de saúde alocando os pacientes que os necessitem conforme a demanda surge.

⁴ Implementado em janeiro de 2018, o programa conta com uma fisioterapeuta com carga horária de 30 horas, uma fonoaudióloga com carga horária de 20 horas e uma assistente social com carga horária de 30 horas.

Médicos acrescentou ao município uma despesa mensal de R\$ 2.200,00 (dois mil e duzentos reais) (RIO GRANDE DO SUL, 2019). Esses programas, dentre outros em que o município está habilitado, em virtude de seus objetivos demandam um gasto considerável com salários, horas extras, deslocamento e exames, contribuindo assim para o aumento da despesa. Confrontando os dados da Receita com a Despesa, obtive-se o seguinte gráfico:

Gráfico 2: Receita total de impostos e transferências constitucionais e legais vinculadas à saúde e despesa total com ações e serviços públicos de saúde, 2013-2020 (em milhares de R\$)



Fonte: Elaboração Própria

Os próximos dados levantados para esta pesquisa foram referentes aos repasses federais na área da saúde recebidos pelo Município de Muçum no período de 2013-2017. Para projetar os valores para 2018-2020 a pesquisa utilizou os parâmetros definidos na Emenda Constitucional Nº 95/2016⁵ e na evolução histórica dos valores repassados.

⁵ A Emenda Constitucional Nº 95/2016 determina em seu Inciso II do §1º do Art. 1º, que a União terá seus gastos limitados ao “valor referente ao exercício imediatamente anterior, corrigido pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA”. Com isso os reajustes nos repasses aos municípios devem ficar em valores abaixo da inflação ou até mesmo sem reajuste (BRASIL, 2016).

Tabela 3 – Repasse federal de recursos correntes para custeio de ações e serviços públicos de saúde, 2013-2020 (em milhares de R\$)

Ano	Valor	Variação
2013	650	-
2014	542	-17%
2015	751	16%
2016	1.301	100%
2017	1.314	102%
2018	1.332	105%
2019*	1.365	110%
2020*	1.399	115%

Fonte: FNS, 2011-2018, *Projetado

Apesar de os recursos de origem federal terem apresentado um aumento de 115% na projeção para 2020 em relação ao valor repassado em 2013, deve-se destacar que esse aumento deu-se em virtude da assunção da Gestão Plena por parte do município de Muçum em 2015 o que representou um aumento em torno de 84% entre 2015-2016 no repasse de recursos federais, mas em contra partida houve também um aumento proporcional na despesa.

Destaca-se que após o início dos repasses referentes a gestão plena, há uma variação de apenas 2% de aumento nos repasses (2016-2017), valor este que deve se manter nos próximos anos ou na melhor das hipóteses acompanhar a inflação em virtude das razões já discutidas.

Conforme Vasquez (2011), no período em que o governo federal busca a adesão dos municípios aos seus programas, normalmente os incentivos financeiros são melhores e cobrem uma parcela significativa dos custos, estimulando os municípios a aderirem aos programas. Porém nos anos seguintes, os valores repassados pelo governo federal não sofrem as necessárias correções, causando a estagnação da receita proveniente desta fonte com a consequente redução da participação da União no financiamento da saúde como um todo. Nesse contexto, os gestores municipais se veem em uma situação difícil pois se de um lado eles acabam tendo que desembolsar mais recurso municipal para financiar os programas federais, de outro a pressão social e a adesão da população dificultam em muito o cancelamento de qualquer serviço.

Os dados estaduais do período de estudo demonstraram duas características relevantes: inconstância nos repasses, e forte redução no valor repassado em 2018 em

relação a 2013. Tal desempenho já era esperado em virtude da crise fiscal do Estado do Rio Grande Do Sul⁶. Devido a inconstância nos repasses, a projeção para 2019 e 2020 foi feita pela média aritmética dos últimos 4 anos, período em que a oscilação foi menor.

Tabela 4: Repasse estadual de recursos correntes para custeio de ações e serviços públicos de saúde, 2013-2020 (em milhares de R\$)

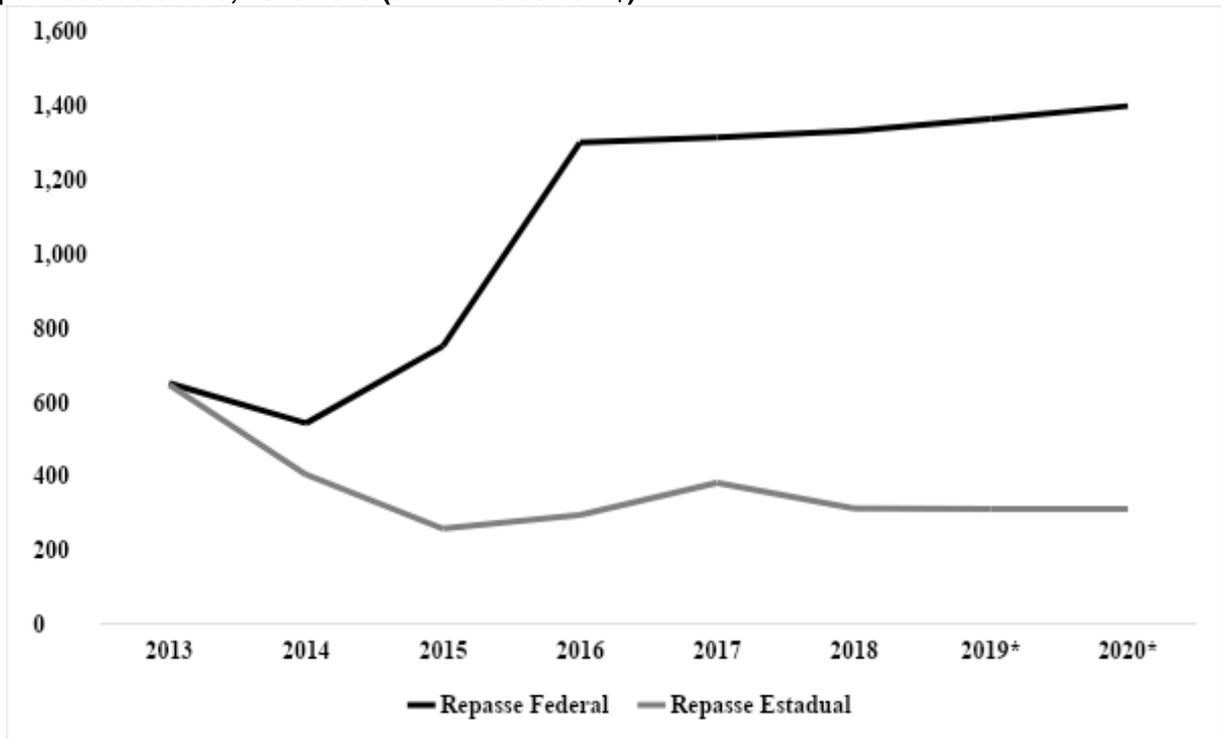
Ano	Valor	Variação
2013	646	-
2014	403	-38%
2015	257	-60%
2016	294	-54%
2017	381	-41%
2018	312	-52%
2019*	311	-52%
2020*	311	-52%

Fonte: SES, 2011-2018, *Projetado

De acordo com os dados levantados junto ao portal da Secretaria Estadual da Saúde do RS, o repasse de recursos ao município de Muçum caiu 52% em 2018 em relação à 2013, assim como houve queda em todos os anos anteriores.

⁶ Para o ano de 2019, o Orçamento Estadual prevê um déficit de R\$ 7,39 bilhões nas contas do RS (RIO GRANDE DOS SUL, 2019).

Gráfico 3: Repasse federal e repasse estadual de recursos para custeio de ações e serviços públicos de saúde, 2013-2020 (em milhares de R\$)



Fonte: Elaboração Própria

Quando comparadas em um gráfico, nota-se que no início do período de estudo (2013), os repasses estaduais e federais tinham o mesmo peso no financiamento da saúde pública do município de Muçum, entretanto ao longo do período houve um grande distanciamento entre os recursos da fonte federal e estadual, que deve-se a duas causas principais, primeiro a assunção da gestão plena pelo município de Muçum em 2015, que consequentemente aumentou os repasses federais, e a queda dos repasses estaduais causada principalmente pela crise fiscal do Estado do Rio Grande Do Sul.

Tabela 5: Gasto com pessoal na área da saúde, 2013-2020 (em milhares de R\$)

Ano	Valor	Variação
2013	1.286	-
2014	1.406	9%
2015	1.645	28%
2016	1.736	35%
2017	1.950	52%
2018*	2.229	73%
2019*	2.454	91%
2020*	2.708	111%

Fonte: SIOPS, 2011-2017, *Projetado

O gasto com pessoal na área da saúde crescerá até 2020, segundo projeção, 111% em relação ao valor dispendido para o mesmo fim em 2013, tendo assim um desempenho muito semelhante ao do gasto total com saúde. No final de 2018, o CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) da Unidade Básica Do Município juntamente com o da Secretaria Municipal da Saúde apresentava 48 (quarenta e oito) funcionários no total, sendo que destes, 31 (trinta e um) possuem estabilidade no cargo em virtude de concurso público ou processo seletivo e 9 (nove) deles estão diretamente ligados a programas como NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), NAAB (Núcleo de Apoio a Atenção Básica) e as Oficinas Terapêuticas Na Atenção Básica.

Este desenho dos recursos humanos mostra que em caso de dificuldades financeiras no futuro, a administração municipal terá pouco espaço de manobra no que se refere a redução de gastos com pessoal, já que 64,5% dos funcionários possuem estabilidade, 18,75% estão ligados a programas que possuem contrapartida federal e estadual e dos 16,75% restantes mais da metade estão ligados a equipe mínima do ESF⁷ (Estratégia de Saúde da Família) e a falta deles, ou redução, culmina na diminuição do repasse federal para Atenção Básica.

Após a coleta e a projeção dos valores da despesa total com saúde do Município de Muçum e dos repasses da União e do Estado calculou-se quanto o município deverá

⁷ A Estratégia de Saúde da Família é um programa elaborado a nível federal e que se baseia os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades. Sua equipe mínima é composta por, no mínimo: (I) médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; (II) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; (III) auxiliar ou técnico de enfermagem; e (IV) agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2019).

desembolsar, em recursos próprios, até 2020 para fazer frente aos gastos projetados chegando a seguinte tabela:

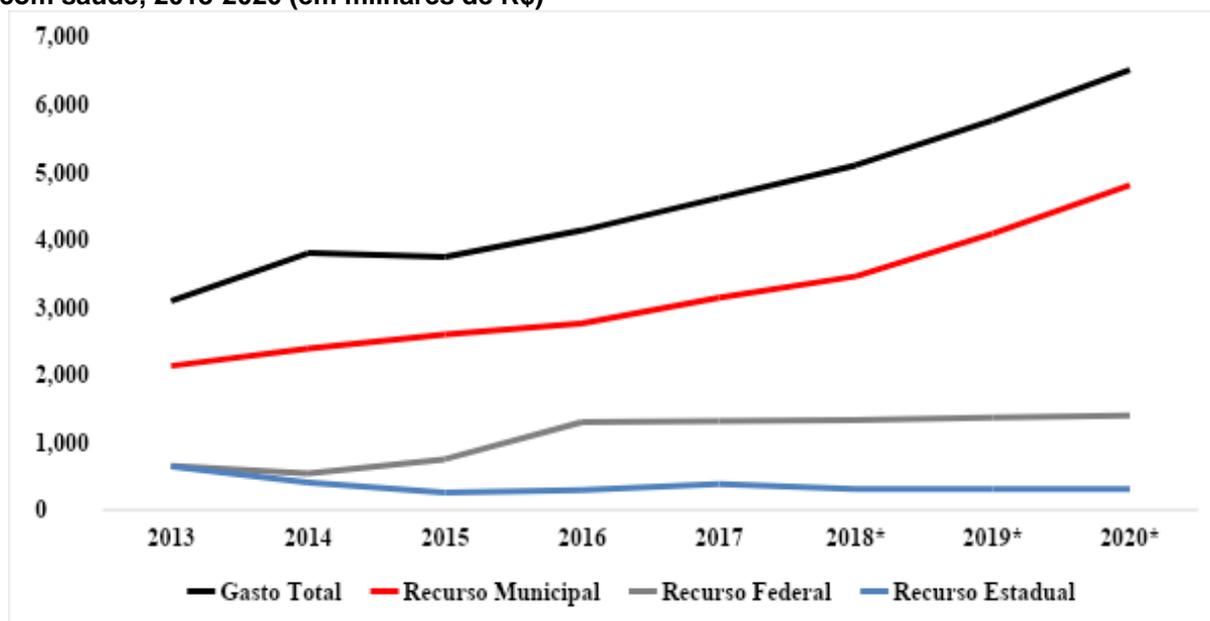
Tabela 6: Gasto municipal com recurso próprio para custeio de ações e serviços públicos de saúde, 2013-2020 (em milhares de R\$)

Ano	Valor	Variação
2013	2.130	-
2014	2.385	12%
2015	2.594	22%
2016	2.758	29%
2017	3.140	47%
2018*	3.457	62%
2019*	4.088	92%
2020*	4.803	125%

Fonte: SIOPS, 2011-2017, *Projetado

Na análise horizontal apresentada na Tabela 5, projeta-se que o Município De Muçum desembolsará em 2020, 125% a mais em recursos próprios do valor desembolsado em 2013, ao passo que, como mostra a Tabela 1, a receita corrente líquida aumentará apenas 68%. Tal aumento no dispêndio municipal deve-se ao crescimento constante da despesa nos últimos anos ao passo que os repasses estaduais e federais estão estagnados e tendem a se manter desta forma, como mostra o gráfico a seguir que compara as tendências dos gastos totais em saúde e dos recursos municipais, estaduais e federais ao longo do tempo:

Gráfico 4: Comparação dos desembolsos municipal, estadual e federal em relação ao gasto total com saúde, 2013-2020 (em milhares de R\$)



Fonte: Elaboração Própria

O Gráfico acima deixa mais clara a tendência de aumento considerável do gasto com recurso municipal na saúde em virtude da estabilização no valor dos repasses estaduais e federais, de tal forma que a expectativa, de acordo com os dados levantados, é que em 2020, o Município de Muçum utilizará 28,38% de sua Receita Corrente Líquida para cobrir os gastos com a área da saúde, equivalente a quase o dobro do mínimo determinado pela Lei Complementar Nº 141/2012 que é de 15% para municípios (BRASIL, 2012).

No plano legal, existem alguns movimentos políticos a nível federal que podem representar no médio prazo algum alívio para as contas municipais. A PEC nº 54/2019⁸ esta dentre os mais relevantes, busca revogar a Proposta de Emenda à Constituição (PEC) nº 95/2016 que congelou os gastos do governo por 20 anos, caso ela seja aprovada, vai permitir ao governo federal incrementar o orçamento do Ministério da Saúde para que dessa forma possa haver aumentos significativos nos repasses federais aos municípios.

⁸ Proposta de Emenda à Constituição (PEC) nº 54/2019 – Esta proposta nasceu através da Sugestão nº 31/2018 feita por meio da participação popular e convertida em proposta pela Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa em 10 de abril de 2019.

Na seara das reformas estruturantes que estão sendo propostas pelo novo governo, a reforma da previdência e a reforma tributária podem representar no médio prazo um aumento de receita para o investimento em saúde.

A reforma da previdência, que no momento é o principal foco do governo, permitirá, segundo o mesmo, uma diminuição do déficit previdenciário ao mesmo tempo que liberará mais recursos para serem usados em outras áreas, como a da saúde por exemplo.

Quanto a reforma tributária que poderia redistribuir a receita dos impostos de forma mais igualitária entre os entes federativos, não há avanços significativos desde que a proposta iniciada ainda no governo de Michel Temer acabou não avançando no Congresso. Apesar de o novo governo comprometer-se durante a campanha eleitoral em realizar uma reforma tributária, seus efeitos ainda são imprevisíveis bem como o tempo que irá levar para ser criada e aprovada.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho demonstrou que o investimento municipal em saúde tem crescido consideravelmente desde 2013, já os repasses federais e estaduais tem diminuído e/ou estabilizado ao longo do período. De acordo com os dados levantados, estimasse que a receita do município de Muçum aumente em torno de 68% até o ano de 2020, em relação a auferida em 2013, enquanto a despesa com saúde deverá crescer em torno de 111% no mesmo período.

A comparação entre as projeções de receita e despesa indicam uma forte tendência de aumento nos aportes municipais, o que indica que o município de Muçum terá que desembolsar quase um terço de sua receita, aproximadamente 28,38%, para custear a saúde pública até 2020, podendo assim comprometer outros serviços.

Quanto aos repasses estaduais e federais que são considerados fundamentais para o equilíbrio financeiro entre a receita e a despesa em saúde, os números apontam para um quadro preocupante no curto e médio prazo. Os repasses federais apesar da expectativa de fecharem com uma expectativa de aumento de 115% no valor repassado em 2020 em relação ao valor de 2013. Destaca-se que entre 2016 a 2018 a média de reajuste é de 2,5% ao ano, ficando bem abaixo da média de aumento da despesa total em saúde do município de Muçum que foi de 15,5% ao ano no mesmo período.

Já em relação aos repasses estaduais a preocupação é ainda maior pois os resultados levantados apontam para uma diminuição de 52% no valor repassado pelo Estado do Rio Grande do Sul ao município de Muçum em 2020 em relação ao valor recebido em 2013. Além disso, a irregularidade nos repasses também prejudica o planejamento municipal em relação ao custeio das despesas com saúde.

Como demonstrado durante o estudo, a administração municipal tem poucas opções caso seja necessário equalizar o orçamento da saúde, já que a maioria dos funcionários possuem estabilidade no cargo e o cancelamento de programas ou diminuição na oferta de serviços pode causar pressão popular e política sobre o gestor. Com isso uma gestão cada vez mais eficiente dos recursos e a necessidade de uma repactuação no financiamento tripartite apresentam-se como as principais soluções para manter o atendimento à saúde da população.

Durante a realização do estudo foi possível observar que outros questionamentos podem ser respondidos através de novas pesquisas na área. Sugere-

se a aplicação de outros métodos de previsão de receita e despesa que possibilitem a comparação sobre qual método melhor atende as peculiaridades do setor público; a extensão deste tipo de estudo para outros municípios da região que possibilitem verificar se a realidade financeira do Município de Muçum, na área da saúde, se aplicada a mais municípios e o uso de indicadores que permitam avaliar a eficiência e o resultado econômico dos serviços de saúde prestados pelo setor público auxiliando assim a tomada de decisão dos gestores.

REFERÊNCIAS

ANGÉLICO, João. **Contabilidade Pública**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 1995.

BAZZI, Samir. **Análise Das Demonstrações Contábeis**. São Paulo: Pearson Education Do Brasil, 2016.

BRASIL. Constituição Federal (1988). **Constituição: República Federativa do Brasil**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 19 set. 2018.

BRASIL. Constituição Federal (1988). **Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000**. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm>. Acesso em: 19 set. 2018.

BRASIL. Constituição Federal (1988). **Emenda Constitucional nº 95, de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm>. Acesso em: 19 set. 2018.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967**. Dispõe sobre a Organização Da Administração Federal, Estabelece Diretrizes para a Reforma Administrativa e dá Outras Providências. Brasília, 1967. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del0200.htm>. Acesso em: 28 mar. 2019.

BRASIL. IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Dados demográficos de Muçum, 2010 – 2017**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?codmun=431260>>. Acesso em: 26 jun. 2018.

BRASIL. **Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000**. Estabelece Normas De Finanças Públicas Voltadas para a Responsabilidade na Gestão Fiscal e dá Outras Providências. Brasília, 2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm>. Acesso em: 10 abr. 2019.

BRASIL. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.

Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm>. Acesso em: 19 set. 2018.

BRASIL. **Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011**. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei no 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei no 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei no 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm>. Acesso em: 19 set. 2018.

BRASIL. **Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964**. Institui Normas Gerais De Direito Financeiro Para Elaboração E Controle Dos Orçamentos E Balanços Da União, Dos Estados, Dos Municípios e Do Distrito Federal. Brasília, 1964. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l4320.htm>. Acesso em: 11 abr. 2019.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 19 set. 2018.

BRASIL. Ministério Da Transparência Fiscalização e Controle. **Portal Da Transparência**. Disponível em: <<http://www.portaltransparencia.gov.br/PortalFuncoes.asp?Exercicio=2016&Ordem=3>>. Acesso em: 29 mai. 2018.

BRASIL. Ministério Da Saúde. **Portal Da Saúde**, 2019. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&layout=edit&id=21001#preench05>. Acesso em: 18 abr. 2019.

BRASIL. Ministério Da Saúde. **Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html>. Acesso em: 19 set. 2018.

BRASIL. Ministério Da Saúde. **Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007.html>. Acesso em: 19 set. 2018.

BRASIL. Ministério Da Saúde. **Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html>. Acesso em: 19 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SUS de A à Z**. Brasília: Ministério da Saúde/CONASEMS, 2004. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/>> Acesso em: 20 mar. 2019.

BRUDEKI, Nelson M.; BERNARDI, Jorge. **Gestão de Serviços Públicos Municipais**. 1. Ed. Curitiba: InterSaber, 2013.

CATAPAN, Anderson; BERNARDONI, Doralice L.; CRUZ, June A. W. **Planejamento e Orçamento Na Administração Pública**. 2. ed. Curitiba: InterSaberes, 2013.

FEIJÓ, Carmem Aparecida. VALENTE, Elvio. CARVALHO, Paulo G. Mibielli de. Além do PIB: uma visão crítica sobre os avanços metodológicos na mensuração do desenvolvimento sócio econômico e o debate no Brasil contemporâneo. **Estatística e Sociedade**, Porto Alegre, n.2, p.42-56, nov. 2012.

KOHAMA, Heilio. **Contabilidade Pública: teoria e prática**. 12. ed. São Paulo: Atlas, 2012.

LIMA, Diana V. de; CASTRO, Róbison G. de. **Contabilidade Pública: Integrando União, Estados e Municípios (SIAFI e SIAFEM)**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LOURENÇO, Nivaldo V. **Administração Pública: modelos, conceitos, reformas, e avanços para uma nova gestão**. 1. ed. Curitiba: InterSaberes, 2016.

MANUAL DE CONTABILIDADE APLICADA AO SETOR PÚBLICO - MCASP. 7. ed. [S.L.], 2017. Disponível em: <<http://www.tesouro.fazenda.gov.br/documents/10180/456785/MCASP+7%C2%AA%20edi%C3%A7%C3%A3o+Vers%C3%A3o+Final.pdf/6e874adb-44d7-490c-8967-b0acd3923f6d>>. Acesso em: 11 abr. 2019.

MEIRELLES, Hely L. **Direito Administrativo Brasileiro**. 20. ed. São Paulo: Malheiros, 1995.

MENDES, Jussara Maria Rosa; *et. al.* Gestão Na Saúde: Da Reforma Sanitária às Ameaças de Desmonte do SUS. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 10, n. 2, p. 331 - 344, ago./dez. 2011. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/9912/7337>>. Acesso em: 20 mar. 2019.

MIRANDA, Marta. **O Financiamento Do SUS nos Municípios de Pequeno Porte da Região 25**. Vinhedos e Basalto/RS. Universidade Federal Do Rio Grande Do Sul. Porto Alegre, 2015.

MORAES, Alexandre de. **Direito Constitucional**. 23. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

QUINTANA, Alexandre C.; MACHADO, Daiane P.; QUARESMA, Jozi C. da C; MENDES, Roselaine da C. **Contabilidade Pública: de acordo com as novas Normas Brasileiras de Contabilidade aplicadas ao setor público e a Lei de Responsabilidade Fiscal**. São Paulo: Atlas, 2011.

REIS, Ademar Arthur Chioro; SÓTER, Ana Paula Menezes; FURTADO, Lumena Almeida Castro; PEREIRA, Silvana Souza da Silva. Tudo a Temer: Financiamento, Relação Público e Privado e o Futuro do SUS. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. especial, p. 122-135, dez. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40nspe/0103-1104-sdeb-40-spe-0122.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2019.

REIS, Denizi Oliveira; ARAÚJO, Eliane Cardoso De; CECÍLIO, Luiz Carlos De Oliveira. **Políticas Públicas De Saúde No Brasil: SUS e Pactos pela Saúde**. Especialização em Saúde da Família. Módulo Político Gestor. Unidade 4. UNASUS. São Paulo, 2015.

RIO GRANDE DO SUL (Estado). **Relatório Final. Comissão Especial Sobre a Sustentabilidade Financeira do Sus e a Participação dos Entes Federados**. Porto Alegre/RS, 2017.

RIO GRANDE DO SUL (Estado). **Mapa da Transparência do Estado do Rio Grande do Sul**. Disponível em: <<http://www.mapa.rs.gov.br/gastos?ano=2016&periodo=acumulado&mes=12>>. Acesso em: 29 mai. 2018.

SOLLA, Jorge José Santos Pereira, et. al. Mudanças recentes no financiamento federal do Sistema Único de Saúde: atenção básica à saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 7, n. 4, p. 495-502, out./dez. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v7n4/a18v7n4.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2019.

SOUZA, Georgia Costa de Araújo; COSTA, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 Anos: Reflexões num Contexto de Mudanças. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.19, n.3, p. 509-517, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n3/04.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2019.

VAZQUEZ, Daniel Arias. Efeitos da regulação federal sobre o financiamento da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 1201-1212, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n6/17.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2019.