

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA (UESB)
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS (DCSA)
CURSO DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS**

QUÉZIA VITÓRIA ARIFA COSTA

**EVOLUÇÃO DOS GASTOS PÚBLICOS COM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE
VITÓRIA DA CONQUISTA NO PERÍODO DE 2010-2013**

VITÓRIA DA CONQUISTA – BA,

2015

QUÉZIA VITÓRIA ARIFA COSTA

**EVOLUÇÃO DOS GASTOS PÚBLICOS COM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE
VITÓRIA DA CONQUISTA NO PERÍODO DE 2010-2013**

Trabalho monográfico apresentado ao Departamento de Ciências Sociais Aplicadas (DCSA) como requisito para aprovação na matéria Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB).

Área de Concentração: Contabilidade Pública

Orientador: Prof. Dr. Alexssandro Campanha Rocha

VITÓRIA DA CONQUISTA – BA,

2015

C874e Costa, QuéziaVitória Arifa.
Evolução dos gastos públicos com saúde no município
de Vitória da Conquista / Quézia Vitória Arifa Costa, 2015.
58f.: Il.; algumas col.
Orientador (a):Alexssandro Campanha Rocha.
Trabalho de Conclusão de Curso (graduação),
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Vitória da
Conquista, 2015.
Inclui referências.
1. Finanças públicas – Saúde. 2. Saúde pública –
Despesas. Rocha, Alexssandro Campanha. II. Universidade
Estadual Sudoeste da Bahia. III. T.

CDD: 336

QUÉZIA VITÓRIA ARIFA COSTA

**EVOLUÇÃO DOS GASTOS PÚBLICOS COM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE
VITÓRIA DA CONQUISTA NO PERÍODO DE 2010-2013**

Trabalho monográfico apresentado ao Departamento de Ciências Sociais Aplicadas (DCSA) como requisito para aprovação na matéria Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB).

Área de Concentração: Contabilidade Pública

Vitória da Conquista, 23/02/2015.

BANCA EXAMINADORA

Alexssandro Campanha Rocha
Doutor em Educação pela UFBA
Professor Assistente da UESB – Orientador

Luciano Moura Dória
Mestre em Contabilidade pela FVC
Professor Assistente da UESB

Mario Augusto Carvalho Viana
Mestre em Ciências Sociais pela PUC/SP
Professor Assistente da UESB

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, Art. 196).

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por mais uma etapa conquistada e por Sua Presença em toda minha vida.

Agradeço também aos meus queridos pais, Francisca e Mamede, pelos conselhos, dedicação e incentivos que tem me dado nessa longa jornada.

Ao meu avô Hercílio (*in memoriam*) por ter me ajudado a ser quem sou hoje.

Aos meus irmãos Jaciara, Charles, Júnior e Jaqueline pela força, palavras de incentivo e determinação dada.

Aos professores, em especial Alex Campanha, Jorge Fernandes, Paulo Pires, Flávio e os demais por compartilharem seus conhecimentos.

Aos amigos, em especial Mayara, Nilde, Norbelia, José Ferraz e Nicinha.

Aos colegas de curso, em especial Bárbara, Cleide, Mayane, Edinael, Édipo e João Paulo pelo companheirismo, gesto de compreensão, mesmo quando me vinha aquele desânimo e nervosismo.

Aos tios em especial Abelardo, Júlia (*in memoriam*) e Anita.

Aos primos, sobrinhos, cunhado e cunhada por todo apoio. Obrigada a todos por tudo!

RESUMO

Gastos públicos são valores utilizados pelo governo para custear os serviços públicos prestados à população. Na saúde, são constantes tais gastos, os quais são empregados em ações e serviços a ela relacionados. Considerando isso, o presente trabalho teve como objetivo avaliar a evolução dos gastos públicos na saúde no município de Vitória da Conquista no período de 2010 a 2013. Esse estudo utiliza-se do levantamento de dados obtidos do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), incluindo fontes bibliográficas. Na pesquisa empregou-se a abordagem quantitativa, com algumas características qualitativas, a qual foi analisada de forma descritiva. Ao longo da pesquisa, acreditou-se que os gastos com saúde em Vitória da Conquista seriam proporcionais ao crescimento da população e, que haveria também um aumento devido à multiplicação de centros de assistência e desenvolvimento tecnológico. No entanto, após o levantamento, concluiu-se que os gastos com a saúde pública de Vitória da Conquista não seguiram em linha proporcional à população e, que o crescimento populacional, apresentou uma pequena variação do ano de 2013 em relação a 2010. Mas, em relação ao gasto per capita e por subfunção da saúde, o valor vem crescendo consideravelmente ano após ano, fato que pode ser gerado pela diminuição da taxa de fertilidades oriundos também dos avanços da medicina e tecnologia, pela ampliação de centros de assistência e informatização das farmácias da rede saúde.

Palavras-chave: Gasto Público. Saúde Pública. Financiamento. Sistema Único Saúde (SUS).

ABSTRACT

Public expenditures are values used by the government to fund public services to the population. In health, are constants such expenses, which are employed in activities and services related to it. Considering this, the present study was to evaluate the evolution of public spending on the health of Vitória da Conquista municipality in the period 2010 to 2013. This study makes use of the survey data obtained from the National Public Health Budget Information (SIOPS), the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE), including literature sources. In the research was used the quantitative approach, with some qualitative characteristics, which was analyzed descriptively. During the research, it was believed that health spending in Vitória da Conquista would be proportional to population growth, and that there would be an increase due to the multiplication of service centers and technological development. However, after the survey, it was concluded that spending on public health Vitória da Conquista did not follow in line proportional to the population and that population growth, showed a small change in the year 2013 compared to 2010. However, in relation to per capita spending and Sub health, the value is considerably grown year after year, which may be generated by the decrease in fertility rate derived also from advances in medicine and technology, the expansion of service centers and computerization of health network pharmacies.

Keywords: Public Spending. Public Health. Financing. Single Health System (SUS).

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Taxa de evolução dos Gastos Públicos com Saúde em relação ao crescimento da População (em %)	46
Gráfico 2 – Gasto com Saúde per Capita em Vitória da Conquista	47
Gráfico 3 – Gastos Públicos Correntes x Capital com Saúde em Vitória da Conquista	48
Gráfico 4 – Receitas Realizadas com Saúde em Vitória da Conquista (%)	51

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Estado da Arte sobre evolução dos gastos públicos com saúde no Município de Vitória da Conquista no período de 2010-2013	20
Quadro 2 – População de Vitória da Conquista	44
Quadro 3 – Evolução dos Gastos Públicos com Saúde em Vitória da Conquista.....	45
Quadro 4 – Gastos Públicos Correntes x Capital com Saúde em Vitória da Conquista.....	48
Quadro 5 – Gasto Público Total com Saúde no Município de Vitória da Conquista, segundo subfunção – 2010/2011/2012/2013	49
Quadro 6 - Receitas Realizadas com Saúde em Vitória da Conquista	51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADCT	Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
CAPS	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CF	Constituição da República Federativa do Brasil
CFM	Conselho Federal de Medicina
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
EC	Emenda Constitucional
FAINOR	Faculdade Independente do Nordeste
FPM	Fundo de Participação dos Municípios
IAP's	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS	Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços
IESS	Instituto de Estudos de Saúde Suplementar
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPI	Imposto sobre Produtos Industrializados
IPTU	Imposto Predial e Territorial Urbana
IPVA	Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores
ISSQN	Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza
ITBI	Imposto sobre Transmissão de Bens Imóveis Intervivos
LC	Lei Complementar
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MOG	Ministério do Orçamento de Gestão
MS	Ministério da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PPA	Plano Plurianual
SESP	Serviço de Saúde Pública
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SOF	Secretaria de Orçamento de Federal

STN	Secretaria do Tesouro Nacional
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 TEMA	16
1.1.1 Situação Problema.....	16
1.2 PROBLEMATIZAÇÃO	16
1.2.1 Questão – Problema	17
1.2.2 Questões Secundárias.....	17
1.3 OBJETIVOS.....	17
1.3.1 Objetivo Geral.....	17
1.3.2 Objetivos Específicos.....	17
1.4 HIPÓTESE DE PESQUISA.....	17
1.5 JUSTIFICATIVA	18
1.6 RESUMO METODOLÓGICO	18
1.7 VISÃO GERAL.....	18
2 REFERENCIAL TEÓRICO	19
2.1 ESTADO DA ARTE	19
2.2 MARCO CONCEITUAL	21
2.2.1 Da Administração Pública	21
2.2.2 Do Planejamento Governamental	23
2.2.3 Dos Gastos Públicos.....	25
2.2.4 Dos Serviços Públicos	27
2.2.5 Das Despesas Públicas e sua Classificação	30
2.3 MARCO TEÓRICO	33
2.3.1 Da Saúde Pública no Brasil: Antecedentes Históricos	33
2.3.2 Do Financiamento da Saúde	36
2.3.3 Dos Gastos Públicos com Saúde	38
3 METODOLOGIA.....	41
4 ANÁLISE DE DADOS.....	43
4.1 INFORMAÇÕES SOBRE O MUNICÍPIO ESTUDADO.....	43
4.2 EVOLUÇÃO DOS GASTOS COM A FUNÇÃO SAÚDE EM VITÓRIA DA CONQUISTA	44
4.3 FONTES DE RECURSOS PARA FINANCIAMENTO DA SAÚDE DE VITÓRIA DA CONQUISTA .	50

5 CONCLUSÃO.....	53
REFERÊNCIAS.....	55

1 INTRODUÇÃO

Gastos públicos são valores utilizados pelo governo em forma de serviços e investimentos prestados à população. Eles constituem a principal peça de atuação governamental e são responsáveis pela manutenção e aprimoramento da máquina pública. Dessa forma, é em função da realização desses gastos que o poder público estabelece uma série de metas e prioridades a fim de atender as necessidades e demandas da sociedade na área de educação, saúde, segurança, e assim por diante.

Quando se trata da saúde os gastos públicos são empregados em ações e serviços que incluem a atenção básica, vigilância sanitária, assistência médica hospitalar, dentre outros. Vale ressaltar que o aumento da aplicação de recursos nessa área só se deu após a aprovação da Emenda Constitucional nº 29/2000 a qual estabeleceu a vinculação de recursos das três esferas de governo para financiamento da saúde pública. A EC também estabeleceu uma vinculação para os municípios de no mínimo 15% da arrecadação dos impostos e das transferências constitucionais obrigatórias da União e dos Estados.

O serviço de saúde é importante, pois atinge diretamente a qualidade de vida da população. Uma pessoa saudável goza de bem-estar físico, mental, social e econômico. Porém, para que a sociedade se beneficie do serviço de saúde pública é necessário que o gestor desembolse recursos a fim de financiar esses serviços e que a população pague seus tributos. No entanto, nem sempre a arrecadação é suficiente para atender as necessidades da sociedade ou as demandas não são bem atendidas devido à má aplicação desses recursos.

Neste contexto, encontra-se o gasto público utilizado para a manutenção e investimento no Sistema Único de Saúde (SUS), que foi criado pela Constituição Federal de 1988, e regulamentado pela Lei n.º 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e pela Lei nº 8.142/90, o qual tem como premissa o atendimento médico-hospitalar à população, sem nenhuma cobrança de dinheiro.

No Brasil, de acordo o Balanço do Setor Público Nacional no exercício de 2013, os gastos públicos com saúde atingiram cerca de 217,9 bilhões de reais no total das despesas das três esferas de governo, o qual equivale a quase 8,3% dos gastos totais e representa o 4º maior dispêndio do setor público. O mesmo caso acontece no município de Vitória da Conquista, considerado a capital regional do Sudoeste da Bahia, com a quinta economia do Estado. A maioria dos gastos públicos desse município, nos anos de 2011 a 2013 conforme a Lei Orçamentária Anual (LOA) concentrou principalmente nos setores públicos de saúde, educação e infraestrutura. Como centro da regional o município recebe cerca de 80 municípios da

região além de 16 municípios do norte de Minas Gerais. O serviço local de saúde pública é representado pelo SUS que é financiado com recursos da União, Estado e do próprio município, o qual dirige na sua circunscrição territorial ações e serviços municipalizados de saúde.

1.1 TEMA

Gastos na saúde pública municipal.

1.1.1 Situação Problema

Com o crescimento da população e aumento dos casos de doenças houve a necessidade de investimentos em inovações tecnológicas na área de saúde. Desse modo, os gastos públicos com a saúde se tornam cada vez mais crescentes. Esse contexto mostra que o grande desafio da administração pública é o de dar suporte a todo esse público em busca de garantir eficiência e qualidade nos serviços de saúde.

Em termos práticos, quando se fala em saúde pública, muitos são os problemas enfrentados pela sociedade, dentre eles a falta de médicos, de medicamentos, equipamentos apropriados, dificuldades de acesso a alguns tipos de tratamentos e cirurgias, hospitais com emergências lotadas. Em vista disso, os gastos públicos com saúde se mostram cada vez mais insuficientes e os recursos limitados.

Para que diminuam parte desses problemas o planejamento e um bom controle dos recursos públicos tornam-se uma ferramenta essencial para uma boa gestão das entidades públicas. Assim, um planejamento bem definido pelo governo estabelecerá os rumos dos gastos públicos em busca a satisfazer as necessidades da população.

Esse trabalho monográfico busca acompanhar e demonstrar o que foi gasto em saúde pública pela Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista durante os anos 2010 a 2013. Esse tipo de acompanhamento do gasto público poderá visualizar as metas estabelecidas pelo governo e sua execução na estrutura do município estudado.

1.2 PROBLEMATIZAÇÃO

Nesta seção busca-se apresentar a questão problema e as questões secundárias.

1.2.1 Questão – Problema

Como ocorreu a evolução dos gastos públicos na saúde pública de Vitória da Conquista durante os anos de 2010 a 2013?

1.2.2 Questões Secundárias

- Qual a variação dos gastos na saúde pública no município durante os quatro anos estudados?
- Quais as fontes de recursos para o financiamento da saúde em Vitória da Conquista?

1.3 OBJETIVOS

Nessa seção serão relatados o objetivo geral e os objetivos específicos.

1.3.1 Objetivo Geral

Avaliar a evolução dos gastos relacionados à saúde pública de Vitória da Conquista durante os anos de 2010 a 2013.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Comparar a variação dos gastos públicos na saúde do município durante os anos de 2010 a 2013.
- Avaliar as fontes de recursos para o financiamento da saúde em Vitória da Conquista.

1.4 HIPÓTESE DE PESQUISA

Acredita-se que os gastos com saúde em Vitória da Conquista têm crescido proporcionalmente ao crescimento da população residente e devido à multiplicação de centros de assistência e desenvolvimento tecnológico.

1.5 JUSTIFICATIVA

Localizado no sudoeste da Bahia, o município Vitória da Conquista possui uma população estimada de 340.199 habitantes (IBGE, 2014), além de recepcionar cerca de 80 municípios da Bahia e 16 do norte de Minas Gerais, e tem a quinta economia do estado. No ano de 2014, após um estudo feito pela consultoria *Delta Economics & Finance* para a revista *América Economia Brasil*, ele se posicionou entre os 100 maiores e melhores municípios brasileiros para se viver devido o desenvolvimento em saúde, educação e geração de emprego e renda.

Para que acompanhasse esse desenvolvimento foi necessário que o município ampliasse seus serviços, incluindo os de saúde, com vistas a evitar o deslocamento de pacientes para outras cidades em busca de acesso a procedimentos médico-hospitalares. Dessa forma, mostrou a importância da realização de tal pesquisa, pois contribuirá para o acompanhamento dos gastos públicos em saúde na cidade de Vitória da Conquista. Funcionará também como subsídio de pesquisa para profissionais e estudantes interessados em algum tipo de especialização na área pública e também contribuirá como meio de pesquisa para a população em geral com vistas a compreender sobre os gastos relacionados à saúde do município estudado.

Assim, levando em consideração a Ciência Contábil, esse estudo visa conhecer e aprimorar o entendimento de todos os gastos públicos referentes à saúde. Dessa forma, mostra-se a importância do tema a ser estudado e a necessidade de se levar adiante tal empreendimento.

1.6 RESUMO METODOLÓGICO

Esta pesquisa terá uma abordagem quantitativa, construída em base dedutiva, posto que tenha cunho descritivo. Como eixo principal de procedimentos trata-se de uma pesquisa bibliográfica e documental que utilizará como instrumentos de coleta de dados os documentos públicos *online* do Sistema de Informações de Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), esses documentos referem-se ao período de 2010 a 2013.

1.7 VISÃO GERAL

O trabalho elaborado contém cinco capítulos, sendo o primeiro referente à Introdução, o segundo contendo o Referencial Teórico o qual é dividido em Estado da arte, Marco

conceitual e Marco Teórico. O terceiro capítulo apresenta a Metodologia da pesquisa, o quarto capítulo demonstra a Análise de Dados e o quinto, e último, descreve as Conclusões da pesquisa.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo serão apresentados o Estado da Arte, o Marco Conceitual e o Marco Teórico no qual consiste o embasamento teórico do tema que será desenvolvido. E também investiga sobre os acontecimentos a respeito deste.

2.1 ESTADO DA ARTE

O estado da arte serve para relatar as principais pesquisas que já foram feitas, seus autores, nível de profundidade das pesquisas e resume as principais conclusões deste trabalho. Logo, não existe estado da arte para produções inéditas, porém, não é o caso desta investigação.

Quadro 1 – Estado da Arte sobre evolução dos gastos públicos com saúde no Município de Vitória da Conquista no período de 2010-2013

TIPO	TÍTULO	AUTORES	ANO	NÍVEL	INSTITUIÇÃO	IDEIA E CONCLUSÕES PRINCIPAIS	LINK / LUGAR	DATA DE ACESSO
Monografia	Evolução do gasto público da saúde com perspectiva na seguridade social	Lucas Souza Costa	2011	Graduação	Universidade de Brasília	Este trabalho é uma análise de dados secundários obtidos através do Sistema SIGA do Senado Federal e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) com a finalidade de identificar a evolução do gasto público sob perspectiva de uma área específica, a Saúde.	socialhttp://bdm.unb.br/bitstream/10483/2031/1/2011_LucasSouzaCosta.pdf	dez 2014
Livro	O Financiamento da Saúde	Conselho Nacional de Secretários de Saúde	2011	-	CONASS	Este livro relata sobre os financiamentos na área de saúde no Brasil.	Biblioteca UESB-362104252F529f	5 de abril 2014
Artigo	Financiamento, gasto público e gestão dos recursos em saúde: o cenário de um estado brasileiro.	Valéria Rodrigues Leite; Kenio Costa Lima; Cipriano Maia de Vasconcelos	2011	Graduação	Universidade Federal do Rio grande do Norte	Esse artigo aborda a temática do financiamento e o processo de descentralização tendo como objetivo examinar a composição, a direção e a gestão dos recursos na área da saúde.	http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000700024&lang=pt	28 out.2013
Artigo	Estudo e análise dos gastos públicos com saúde em municípios mineiros.	Adriano Antonio Nuintin Leandro Rivelli Teixeira Nogueira Maria Aparecida Curi Wesllay Carlos Ribeiro	2010	-	Universidade Federal de Alfenas – Campus Varginha UNIFAL-MG	Este trabalho teve como objetivo analisar os gastos públicos realizados com saúde relacionados com a população dos municípios de abrangência da Gerencia Regional de Saúde de Varginha.	<http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=8569	Acesso em jun 2014

Fonte: Elaboração Própria (2014).

O Quadro 1 foi construído com informações de algumas pesquisas que relatam sobre o assunto pesquisado. As referências utilizadas tiveram como período temporal os últimos cinco anos. Logo só foram escolhidos trabalhos, os quais foram considerados mais relevantes e que se assemelham com o assunto a ser tratado.

Dessa maneira, o trabalho produzido por Lucas Souza Costa e que trata da evolução do gasto público da saúde com perspectiva na seguridade social contribuiu de forma relevante para no desenvolvimento do trabalho apresentado tanto na sua fundamentação teórica, quanto na parte metodológica. O segundo, produzido pelo Conselho Nacional de Saúde e o terceiro escrito por Valéria Leite, Kenio Lima e Cipriano Vasconcelos foi utilizado para ampliação dos conhecimentos sobre os gastos públicos em Saúde e seu financiamento. Já o último trabalho, produzido por Adriano Nuintin, Leandro Nogueira, Maria Curi e Weslley Ribeiro contribuiu de forma a dar suporte teórico e embasamento das análises dos dados sobre gastos em saúde, pois o mesmo, utilizou também do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) para apuração dos gastos em saúde.

2.2 MARCO CONCEITUAL

2.2.1 Da Administração Pública

Administração Pública é “todo o aparelhamento do Estado, preordenado à realização de seus serviços, visando à satisfação das necessidades coletivas” (MEIRELLES, 1992, p. 61). O aparelhamento do Estado pode ser entendido como uma estrutura governamental voltada para atendimento das tarefas essenciais que visa o bem comum da comunidade. Ele se organiza nos poderes executivo, legislativo e judiciário.

Em outras palavras Di Pietro (2012, p. 50) destaca que a Administração Pública pode ser compreendida em sentido subjetivo, objetivo, amplo e restrito:

- a) em sentido subjetivo, formal ou orgânico, ela designa os entes que exercem a atividade administrativa; compreende pessoas jurídicas, órgãos e agentes públicos incumbidos de exercer uma das funções em que se triparte a atividade estatal: a função administrativa;
- b) em sentido objetivo, material ou funcional, ela designa a natureza da atividade exercida pelos referidos entes; nesse sentido, a Administração Pública é a própria função administrativa que incumbe, predominantemente, ao Poder Executivo;
- c) em sentido amplo, a Administração Pública, subjetivamente considerada, compreende tanto os órgãos governamentais, supremos, constitucionais (Governo), aos quais incumbe traçar os planos de ação, dirigir, comandar, como também os órgãos administrativos, subordinados, dependentes (Administração Pública, em sentido estrito), aos quais incumbe executar os planos governamentais; ainda em

sentido amplo, porém objetivamente considerada, a Administração Pública compreende a função política, que traça as diretrizes governamentais e a função administrativa, que as executa;

d) em sentido restrito, a Administração Pública compreende, sob o aspecto subjetivo, apenas os órgãos administrativos e, sob o aspecto objetivo, apenas a função administrativa, excluídos, no primeiro caso, os órgãos governamentais e, no segundo, a função política (DI PIETRO, 2012, p. 50).

É importante destacar ainda que essa administração pode ser direta ou centralizada e indireta ou descentralizada. Para melhor compreensão da administração direta Sérgio Jund (2006, p. 29) descreve que ela “constitui o conjunto dos órgãos integrados na estrutura central de cada poder das pessoas jurídicas de direito público com capacidade política, sendo, portanto, a gestão dos serviços públicos realizada pelas próprias pessoas políticas por intermédio dos seus órgãos”. Já a administração indireta, segundo o mesmo autor, “constitui o conjunto dos entes que, vinculados a um órgão da administração direta, prestam serviços públicos ou de interesse público e proporcionarão ao Estado a satisfação de seus fins administrativos” (JUND, 2006, p. 29). A administração indireta é representada pelas autarquias, empresas públicas, sociedades de economia mista e fundações públicas.

A autarquia é considerada uma pessoa jurídica de direito público com atividades próprias e típicas do Estado. O art. 37, XIX, CF/88 especifica a sua criação e sua extinção. Seu patrimônio é público e seus bens são impenhoráveis, no entanto ela não está sujeita a falência.

A empresa pública é uma pessoa jurídica de direito privado, com atividades gerais “de caráter econômico” ou prestação de serviço público, conforme o art. 173, CF/88. Sua criação se dá a partir da inscrição do ato constitutivo ou do estatuto no registro civil e pode ser extinta por autorização, mas seu patrimônio é penhorável e prescritível, pois são bens privados, vale ressaltar que não está sujeita a falência se for prestadora de serviço público.

A sociedade de economia mista constitui uma pessoa jurídica de direito privado, com atividades gerais “de caráter econômico” ou prestação de serviço público, e suas características também estão discriminadas no o art. 173, CF/88. A lei autoriza sua criação, todavia possui patrimônio público e privado, sendo que o controle acionário é do Estado com maioria absoluta. O seu patrimônio é penhorável e prescritível, pois são bens privados e não está sujeita a falência quando não estiver prestando serviço público.

A fundação pública é uma pessoa jurídica de direito público ou privado e não integra a estrutura administrativa do estado, suas atividades tem caráter social. A lei autoriza sua criação e também a criação de suas subsidiárias, ela possui patrimônio público.

2.2.2 Do Planejamento Governamental

O planejamento é uma forma de determinar anteriormente os objetivos que devem ser atingidos e como se deve fazer para alcançá-los. Portanto, mostra-se a importância da delimitação do planejamento governamental, pois é através dele que o governo estabelecerá o possível destino dos gastos a serem concretizados pelo setor público. Dessa maneira, Matias Pereira (1999, p. 127) explica que o:

Planejamento governamental deve ser entendido como um processo contínuo de negociação entre o estado e a sociedade, considerando que é da negociação, em que estão presentes os conflitos sociais, que se tem um avanço do exercício da cidadania, e, em última instância, da própria democracia.

Na entidade pública o planejamento vem se apresentando como um conjunto de diretrizes, objetivos e metas da qual são implantadas e controladas por vários órgãos e instituições independentes. Portanto, observa-se que a ação de planejar do Estado vai além da simples produção econômica, mas também do bem estar social. Para Lopes (1990 apud SOUZA, 2011, p. 15) existem três modelos de planejamento governamental:

1. o modelo socialista soviético, onde o planejamento permeia todo o sistema econômico, utilizando-se de minuciosa explicitação de todo o processo produtivo (trata-se de um modelo relativamente em desuso, após o colapso dos regimes socialistas, à exceção da China e Cuba, que assim mesmo fazem concessões à economia de mercado).
2. o modelo adotado pelos países de terceiro mundo, que adota o planejamento como processo ideal nos esforços de industrialização rápida, com o objetivo de aumentar a renda per capita. Neste rol se incluem os planos brasileiros até a década de 70.
3. o modelo utilizado nos países de economia de mercado, que utiliza o planejamento indicativo onde, ao invés da substituição do mercado e mecanismo de formação de preços, busca-se garantir maior eficiência do setor econômico através da redução do nível de incerteza.

Todavia, no âmbito governamental, o mesmo autor explica que o planejamento pode ainda ser classificado em nacional, regional, urbano, setorial e estadual, como é o caso do Brasil. O nacional é aquele que define metas e diretrizes para o país; o regional limita-se a determinadas regiões e têm certas peculiaridades econômicas e sociais; já o urbano baseia no ambiente da cidade e preocupa-se com aspectos ligados com seu crescimento e o planejamento setorial está ligado a determinados setores, tais como educação, transportes, saúde, etc. E no Brasil existe também o planejamento de âmbito estadual o qual é dividido por microrregiões dentro do estado.

Quanto aos instrumentos de planejamento governamental eles podem ser categorizados em dois níveis distintos: o planejamento estratégico e o tático-operacional.

O planejamento estratégico é representado pelo Plano Plurianual (PPA) que é projetado para quatro anos e é chamado de planejamento de longo prazo, o qual se preocupa em atingir os objetivos em nível mais abrangente. Nesse sentido, Slomski (2005, p. 44) descreve que o:

PPA é o programa governo, aquele, dito no calor da campanha eleitoral, agora expresso em programa, com objetivos, com a definição do órgão responsável por sua execução e eventuais parcerias, com valores propostos para quadriênio, indicando-se a fonte de recursos e as categorias econômicas das despesas que fará frente ao atendimento daquele programa, com metas a serem alcançadas e indicadores para aferição do atingimento da meta.

O PPA está previsto no art. 165 da Constituição Federal e destina-se a organizar e viabilizar a ação pública além de ter como objetivo cumprir os fundamentos e os objetivos do governo. Por meio dele são determinadas as políticas públicas do governo para um período de quatro anos. Esse modelo de planejamento apresenta a visão do futuro para o país, estado ou município e “permite também, que a sociedade tenha um maior controle sobre as ações concluídas pelo governo” (BRASIL, 2014).

Já o planejamento tático-operacional na administração pública é representado pela Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e pela Lei Orçamentária Anual (LOA).

A LDO é projetada para médio prazo e está discriminada no art. 165 § 2º da Constituição Federal na qual estabelece as metas e prioridades da administração pública, incluindo as despesas de capital para o exercício subsequente. Essa lei também orienta a elaboração da LOA e dispõe sobre a política tributária.

A LOA é um planejamento feito para cada tarefa ou atividade é projetada para o curto prazo e preocupa-se com o alcance de metas específicas. Ela é “uma lei autorizativa e não impositiva, uma vez que o gestor de cada orçamento tem a faculdade de realizar ou não as despesas nela contidas” (ANDRADE, 2010, p. 144). Como peça legal, a LOA prevê todas as receitas e fixa todas as despesas do governo e conforme o art. 165, § 5º da CF/88:

Ela compreenderá o orçamento fiscal referente aos poderes da União, seus órgãos e entidades da administração direta e indireta, inclusive fundações instituídas e mantidas pelo poder público, o orçamento de investimento das empresas em que a União, direta ou indiretamente, detenha a maioria do capital social com direito a voto, o orçamento da seguridade social, abrangendo todas as entidades e órgãos a ela vinculados, da administração direta e indireta, bem como os fundos e fundações instituídos e mantidos pelo poder público.

Em sua constituição, a LOA “não conterà dispositivo estranho à previsão da receita e à fixação da despesa, não se incluindo na proibição a autorização para a abertura de créditos

suplementares e contratação de operações de crédito, ainda que por antecipação de receita”. (BRASIL, 1988). Nela é proibida a vinculação de receita de impostos a órgão, fundo ou despesa, a não serem as vinculações constitucionais. Ao longo dessa lei deverá especificar uma Reserva de Contingência, cujo regramento deve estar na LDO. Jund (2006, p. 66) reforça que “a inovação constitucional, que determinou a elaboração LDO como novo instrumento do processo de planejamento dos gastos públicos constantes da lei orçamentária, possibilitou à realização de uma conexão entre o PPA e LOA”.

É importante destacar também que antes da Constituição de 1988, os instrumentos de planejamento governamental não cumpriam totalmente a sua finalidade e serviam apenas de peças de ficção elaboradas para cumprir a legislação. Entretanto, o quadro foi modificado com algumas determinações trazidas pela Lei de Responsabilidade Fiscal nº 101/2000 na qual foram estabelecidas as diretrizes e normas voltadas à gestão fiscal do ente público.

2.2.3 Dos Gastos Públicos

A expansão dos gastos públicos pode ser constatada desde muito tempo. Neste âmbito, mostra-se a importante contribuição de Adolph Wagner (1892) que se baseou no histórico da época e na análise das tendências e enunciou a chamada “Lei de Wagner”, a qual compreendia que o desenvolvimento econômico, experimentado pelas modernas economias, provocaria pressões crescentes para o crescimento do gasto público. De modo que:

à medida que cresce o nível de renda em países industrializados, o setor público cresce sempre as taxas mais elevadas, de tal forma que a participação relativa do governo na economia cresce com o próprio ritmo de crescimento econômico do país (WAGNER, 1892 apud MATIAS PEREIRA, 1999, p. 86).

O estudo considerou que o aumento dos gastos públicos se deu após a industrialização. O aumento do custo de alguns serviços também se elevou consideravelmente graças ao avanço tecnológico. Houve também uma mudança na estrutura dos gastos após o final das guerras e crises políticas.

No Brasil essa mudança foi verificada após a Segunda Guerra Mundial em que as despesas governamentais dobraram e a população cresceu tremendamente, entretanto não houve aumento da renda per capita nessa época. Por outro lado, observou-se também a grande dificuldade de financiamento dos gastos públicos, em função dos empréstimos estrangeiros.

Esse quadro contribui para impulsionar o governo federal a continuar com o ajuste em suas contas e acelerar o processo de reorganização institucional das finanças públicas.

Nas palavras de Giacomoni (2000, p. 28) “o intervencionismo do Estado na economia brasileira foi responsável pelo aumento dessas despesas, resultando assim, na crise econômica internacional em consequência aos empréstimos feitos a bancos estrangeiros” sem contar o desejo de crescer de forma rápida no meio industrial. No entanto, somente com a promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF/88) é que o “Congresso Nacional vem procurando aperfeiçoar as normas disciplinadoras para apreciação dos projetos de lei relacionados ao circuito formal de decisão do gasto público” (GOMES, 1999, p. 88).

Riani (2009 apud NUINTIN, 2010, p. 3) destaca que os gastos públicos são aqueles que “representam o custo da quantidade e da qualidade dos serviços e bens oferecidos pelo governo”. Seguindo a mesma linha, Matias Pereira (1999, p. 93) advoga que:

Em relação à definição de gastos do setor público, é importante lembrar que expansão das funções do governo na economia brasileira, notadamente a partir da década de 1930, decorreu de modificações significativas nas preferências da população e da necessidade de uma intervenção no processo de distribuição de renda nacional, bem como pela evolução de princípios das finanças públicas.

Em geral, na sua totalidade, os gastos públicos representam os gastos governamentais e as despesas do governo. O primeiro refere aos gastos para manutenção dos serviços públicos e a segunda refere-se às despesas com suas atividades econômicas produtivas. Esses gastos representam todos os recursos financeiros empregados pelo governo a fim de disponibilizar bens e serviços à população e eles estão sempre ocorrendo na entidade pública.

Os gastos públicos são apresentados em forma de despesas públicas. A despesa pública “é todo o dispêndio realizado pelo Poder Público em prol do atendimento dos serviços e encargos assumidos no interesse geral da comunidade e para o custeio de diferentes setores da Administração” (ANDRADE, 2010, p. 187). Já para Rezende (2001, p. 67) os gastos públicos podem ser classificados sob três óticas principais “da finalidade dos gastos, da natureza do dispêndio e do agente encarregado da gestão dos gastos”.

O mesmo autor acrescenta que de acordo à finalidade do gasto classificam-se em funções e programas, dependendo do grau de agregação adotado. A classificação por funções serve de agregador dos gastos públicos por cada área de ação do governo e tem como objetivo aumentar o acompanhamento dos gastos a serem efetivados e é dividida em subfunções. Entende-se por função “o maior nível de agregação das diversas áreas de despesa que competem ao setor público e subfunção como uma partição da função, visando a agregar determinado

subconjunto de despesa do setor público” (BRASIL, 1999). O programa constitui um conjunto de ações que concorrem a um objetivo avaliado e preestabelecido que busca solucionar problemas do atendimento relacionado a uma necessidade da população. Conforme o art. 2º da Portaria 42/99 “programa é o instrumento de organização da ação governamental visando à concretização dos objetivos pretendidos, sendo mensurado por indicadores estabelecidos no plano plurianual”.

Quanto à sua natureza os gastos públicos são classificados em forma de despesa corrente e de capital. As despesas correntes são as responsáveis pela manutenção das atividades dos órgãos da administração pública e dos serviços públicos existentes, podem-se destacar entre elas as despesas com pessoal, juros e encargos. Já as despesas de capital são aquelas responsáveis pela aquisição de máquinas, equipamentos, imóveis e são também conhecidos como investimentos. Esses investimentos têm como objetivo gerar retorno, seja na forma de crescimento econômico, seja como geração de receitas oriundas da arrecadação.

No que se refere ao agente encarregado da execução do gasto nas entidades públicas deve ser levado em consideração os serviços prestados pela administração direta e indireta. Na administração direta ou centralizada os serviços integrados são executados na estrutura administrativa da governadoria do estado e das secretarias. Na administração indireta ou descentralizada, as entidades que fazem parte desse modelo são dotadas de personalidade jurídica própria e organizadas sob a forma de autarquias, fundações, empresas públicas e sociedades de economia mista.

2.2.4 Dos Serviços Públicos

Os serviços públicos são indispensáveis no atendimento da comunidade e do Estado e tem como princípios a permanência, o serviço igual para todos, eficiência, a modicidade e a cortesia ou bom tratamento para o público.

Na permanência deve se considerar a continuidade e a perenidade dos serviços prestados. Já o serviço igual para todos está definido no art. 5º da CF/88 e estabelece que o serviço deva ser prestado a quem o solicita sem qualquer discriminação. Na eficiência deve-se evitar o desperdício e utilizar os recursos da melhor forma e menor valor possível. A modicidade refere-se às tarifas ou taxas cobradas pelos serviços prestados. Como cortesia deve-se considerar a gentileza do funcionário público para o atendimento da comunidade.

Para Hely Lopes Meirelles (1992, p. 294) “serviço público é todo aquele prestado pela Administração ou por seus delegados, sob normas e controles estatais, para satisfazer as

necessidades essenciais ou secundárias da coletividade, ou simples conveniência do Estado”. Na ótica de Diógenes Gasparini (2006, p. 290) o serviço público:

É toda atividade de oferecimento de utilidade ou comodidade fruível preponderantemente pelos administrados, prestada pela Administração Pública ou por quem lhe faça às vezes, sob um regime de Direito Público, instituído em favor dos interesses definidos como próprios pelo ordenamento jurídico.

De outro modo, o “serviço público é toda atividade material que a lei atribui ao Estado para que exerça diretamente ou por meio de seus delegados, com o objetivo de satisfazer concretamente as atividades coletivas, sob regime jurídico total ou parcialmente público” (DI PIETRO, 1999, p. 90).

Quanto ao uso desses serviços, Andrade (2006, p. 37) destaca que “todos os usuários detém direitos reconhecidos sob quaisquer serviços públicos ou de utilidade pública, com fundamento para a exigibilidade de sua prestação, nas condições regulamentares e em igualdade com os demais usuários”.

Quanto à prestação o serviço poderá ser centralizado ou descentralizado. Será centralizado quando o Estado, através de um de seus órgãos, prestar diretamente o serviço. Será descentralizado quando o Estado transferir a titularidade ou a prestação do serviço a outras pessoas.

Quanto ao gênero, os serviços podem ser próprios ou impróprios do estado. Os próprios do estado são os serviços prestados pelas próprias repartições públicas da administração direta. Já os serviços impróprios são aqueles que não afetam as necessidades da população. Quanto à finalidade podem ser classificados em: públicos, de utilidade pública, administrativos, industriais, gerais e individuais.

Os serviços públicos propriamente ditos são aqueles essenciais à sobrevivência da comunidade e do próprio Estado. São privativos do poder público e não podem ser delegados. Neste caso, o Estado é titular desses serviços e impõem medidas compulsórias à população.

Os serviços de utilidade pública são os que a comunidade necessita, porém não são considerados essenciais na visão do estado. O poder público pode prestá-los diretamente ou por terceiros, porém são regulamentados e controlados pelo o ente público.

Como exemplos desses serviços pode-se destacar o fornecimento de gás, de energia elétrica, telefone, de transporte coletivo. Corroborando:

Os serviços de utilidade pública são serviços públicos prestados por delegação do Poder Público, sob condições fixadas por ele, onde dado o princípio de boa fé e lealdade para com os administradores, que se impõe em toda a atividade

administrativa, ao prestador do serviço é vedado forjar ardis comumente urdidos na vida comercial ordinária, para obter vantagens ou lucros em detrimento da coletividade, ainda quando dentro das possibilidades legais, pois a razão e o sentido do serviço público é o proveito dos beneficiários e não benefício do prestador (KOHAMA, 2013, p. 3).

Já os serviços administrativos são os executados pelo ente público a fim de atender às suas necessidades internas das organizações públicas.

Os serviços industriais são os que produzem renda, uma vez que são prestados mediante tarifas. Pode ser prestado diretamente pelo Poder Público ou por suas entidades da Administração indireta ou transferidos a terceiros, mediante concessão ou permissão.

Os serviços gerais são os prestados à coletividade em geral, sem ter um usuário determinado e são geralmente mantidos por imposto como a iluminação pública, conservação de vias públicas, etc. E os serviços individuais são os que têm usuário determinado. Sua utilização é mensurável e são remunerados por tarifa, como exemplo estão os serviços de telefone, água e esgotos e outros.

Todos os serviços públicos são regulamentados e controlados pelo poder público e só ele tem a iniciativa de manter ou modificar as cláusulas da concessão, permissão ou autorização dos mesmos.

A Constituição Federal de 1988 (CF/88) discrimina a competência de cada ente da federação. No que se refere aos serviços competentes à União, o art. 21 da CF/88 delimita as atribuições para esse ente, as quais se destacam a manutenção dos serviços postais, a exploração através de concessão ou permissão de alguns serviços e outros.

Quanto às competências dos Estados, o art. 25 CF/88 determina que esse ente possa explorar diretamente, ou mediante concessão, os serviços locais de gás canalizado. E também mediante lei complementar, instituir regiões metropolitanas, aglomerações urbanas e microrregiões, constituídas por agrupamentos de municípios e prestar serviços que não sejam competência nem da União e nem do Município.

Já as competências dos municípios, conforme o art. 30 da CF/88, são a prestação dos serviços públicos de interesse local, incluindo o de transporte coletivo, serviços de educação pré-escolar e de ensino fundamental, com a participação técnica e financeira da União e do Estado. E competem também aos municípios os serviços de atendimento à saúde da população com a participação do ente estadual e federal.

2.2.5 Das Despesas Públicas e sua Classificação

As despesas públicas representam toda a soma dos sacrifícios financeiros realizados pelo ente público com vistas a satisfazer as necessidades coletivas da população. Para Carvalho (2010, p. 336) “A despesa pública é o conjunto de dispêndios realizados pelos entes públicos para o funcionamento e manutenção dos serviços públicos prestados à sociedade”.

Em outras palavras a:

Despesa pública é o conjunto de dispêndios do Estado ou de outra pessoa de direito público a qualquer título, a fim de saldar gastos fixados na lei do orçamento ou em lei especial, visando à realização e ao funcionamento dos serviços públicos. Nesse sentido, a despesa é parte do orçamento, ou seja, aquela em que se encontram classificadas todas as autorizações para gastos com as várias atribuições e funções governamentais (JUND, 2006, p. 187).

De acordo Kohama (2013, p. 98):

Constituem 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.

As despesas são classificadas em orçamentárias e extraorçamentárias. As despesas orçamentárias são aquelas que estão discriminadas no orçamento e dependem de autorização do poder legislativo. Já as despesas extraorçamentárias não estão discriminadas no orçamento, mas sempre ocorrem na entidade pública.

Quanto à classificação da despesa orçamentária ela pode ser classificada sob a visão institucional, funcional, por estrutura programática e por natureza da despesa.

A classificação institucional ocorre de acordo com a estrutura organizacional da entidade pública que é representada pela câmara legislativa, gabinete civil e secretarias que são chamadas também de unidades orçamentárias. O art. 14 da lei 4.320/64 define as “unidades orçamentárias como um agrupamento de serviços subordinados o mesmo órgão ou repartição a que serão consignadas dotações próprias”. De outra forma, Araújo e Arruda (2006, p.139) destacam que “a classificação institucional apresenta a distribuição dos recursos públicos pelos órgãos responsáveis por sua gerencia e aplicação”.

Já a classificação funcional discrimina as despesas com intuito de demonstrar as políticas, diretrizes e objetivos no planejamento das ações do setor público e essa classificação serve para refletir os gastos públicos. Elas são apresentadas por função e subfunção. A função representa o maior nível de agregação das diversas áreas de despesas da entidade pública. Já a

subfunção representa um subconjunto e refere à natureza das ações de cada função. Ela está definida na Portaria 42/99 e foi implantada a partir do ano de 2000 na União, Estados e Distrito Federal e no ano de 2002 nos municípios.

Na classificação estrutura programática é demonstrada o destino da despesa a ser realizada. É composta de programas, cujos produtos dão origem aos projetos, atividades e operações especiais. Logo, o projeto é o instrumento de programação para alcançar o objetivo de um programa e envolve um conjunto de operações, limitadas no tempo, o qual resulta em um produto. Já a atividade representa um instrumento de programação para alcançar o objetivo de um programa, envolvendo um conjunto de operações, que se realizam de modo contínuo e permanente das quais resultam um produto necessário à manutenção da ação do governo.

Na classificação da despesa segundo a natureza a Portaria Interministerial STN/SOF nº 163/2001 em seu art. 3º subdivide em categoria econômica, grupo de natureza das despesas, modalidade de aplicação e elementos de despesa.

Na categoria econômica as despesas são classificadas em corrente e em capital. A despesa corrente é aquela que não contribuem, diretamente, para a formação ou aquisição de um bem de capital. Já as despesas de capital são aquelas que contribuem diretamente, para a formação ou aquisição de um bem de capital.

Neste sentido Kohama (2013, p. 102) destaca que as

Despesas correntes são os gastos de natureza operacional, realizados pelas as instituições públicas, para a manutenção e o funcionamento dos seus órgãos. E as despesas de capital são os gastos realizados pelas as instituições públicas, cujo propósito é o de criar novos bens de capital ou mesmo adquirir bens de capital já em uso, como é o caso de investimentos e inversões financeiras, respectivamente, e que constituirão em última análise incorporações ao patrimônio público de forma efetiva ou através de mutação patrimonial.

O artigo 12 da lei 4.320/64 também classifica as despesas públicas quanto as categoria econômica em corrente e capital e as divide em subcategoria.

As despesas correntes se dividem em subcategorias econômicas em despesas de custeio e transferências correntes. As despesas de custeio são as dotações destinadas à manutenção de serviços anteriormente criados, inclusive para atender obras de conservação e adaptação de bens imóveis, pagamento de serviços de terceiros, pagamento de pessoal e encargos, material de consumo, etc. Já as transferências correntes são as dotações para despesas, as quais não correspondam contraprestação direta em bens ou serviços, tais como: transferências de assistência e previdência social, pagamento de salário família, juros da dívida, incluindo as contribuições e subvenções destinadas a atender a manutenção de outras entidades de direito

público ou privado. No entanto, as despesas de capital se dividem em investimento, inversões financeiras e transferência de capital.

Os investimentos são as dotações para o planejamento e a execução de obras, inclusive as destinadas à aquisição de imóveis, instalações, equipamento e material permanente. As inversões financeiras são as despesas orçamentárias com a aquisição de imóveis ou bens de capital já em utilização. Portanto, as transferências de capital são as dotações destinadas a investimento ou inversões financeiras que outras pessoas de direito público ou privado devam realizar, independentemente de contraprestação direta em bens ou serviços.

De outro modo, a modalidade de aplicação tem como finalidade mostrar se os recursos estão sendo aplicados diretamente por órgãos ou entidades no âmbito da mesma esfera de governo ou por outro ente. Esse tipo de modalidade tem o objetivo de demonstrar o uso dos recursos que já tem uma vinculação. Já como na classificação por elementos de despesas tem como objetivo delimitar os agregados de despesas que precisam ser acompanhadas.

Para que uma despesa seja efetuada é necessário que ela passe por todo um processo. Esse processo é chamado de estágios da despesa e são divididos em fixação, empenho, liquidação, suprimimento e pagamento da despesa.

A fixação representa ao valor total da despesa que está previsto na Lei Orçamentária Anual (LOA) e deve, em conformidade ao princípio do equilíbrio, ser igual à receita. Essa fase da despesa não é considerada não faz parte da execução orçamentária. Esse estágio tem como objetivo assegurar os recursos necessários ao atendimento dos objetivos do governo.

O empenho, conforme art. 58 da Lei 4.320/64, é o ato emanado de autoridade competente que cria para o Estado obrigação de pagamento pendente ou não de implemento de condição. Ele é o primeiro estágio da execução da despesa e para a execução é utilizada a chamada “Nota de Empenho”, que registra o comprometimento da despesa orçamentária. Nela constará o nome do credor, a especificação e importância da despesa, bem como os demais dados necessários ao controle da execução e da programação financeira. O empenho deve ser prévio, ou seja, antecede a realização da despesa e está restrito aos créditos orçamentários, consignados na LOA ou em créditos adicionais. Logo, não pode haver, em hipótese nenhuma, a despesa sem prévio empenho. Uma vez autorizado, esse empenho gerará uma obrigação para entidade pública. Existem três modalidades de empenho: o ordinário ou normal, por estimativa e o global, todos têm características específicas.

Em outras palavras, segundo Machado e Reis (1999, p. 119), o empenho é o “ato de autoridade competente que determina a dedução do valor da despesa a ser executada da dotação consignada no orçamento para atender a essa despesa”. Cruz (2003, p. 99) também afirma que:

O empenho da despesa significa a intenção de compra ou contratação estabelecida entre o setor público e terceiros. No ato de empenho, fica deduzido do orçamento o valor da transação. Para o setor público, é uma obrigação futura a assumir e, para o credor privado, é uma garantia equivalente a um pedido comercial.

O empenho possui três modalidades o ordinário, estimativo e o global. O empenho ordinário é utilizado para atender despesas cujo montante é previamente conhecido e cujo pagamento ocorrerá de uma só vez. O empenho estimativo é utilizado para atender as despesas cujo montante não se possa determinar como o serviço de água, energia elétrica, telefone, etc. Já o empenho global usa-se para atender despesas com montante previamente conhecido, tais como as contratuais, mas que terão o pagamento parcelado, exemplo: aluguéis, salários, proventos, contrato de prestação de serviços por terceiros, etc.

A liquidação é na verdade a autorização de pagamento do empenho. Para Kohama (2013, p. 131) “a liquidação consiste na verificação do direito adquirido pelo credor, tendo por base os títulos e documentos comprobatórios dos respectivos créditos”. A liquidação consiste na verificação do direito adquirido pelo credor, tendo por base os títulos e documentos comprobatórios do respectivo crédito (BRASIL, 1964). Essa verificação tem por fim apurar a origem e o objeto do que se deve pagar, a importância exata a pagar e quem se deve pagar e representa a preparação de uma despesa para pagamento.

Já o pagamento é a efetiva saída de numerários da conta única do tesouro nacional em favor do credor, segundo estabelecido pelo art. 64 e §2º da Lei 4.320/64, e, caracteriza-se, pela emissão em favor do credor de ordem de pagamento. O pagamento é o ultima fase da despesa pública e refere-se à efetivação do crédito na conta do fornecedor de produtos ou serviços. São feitos a partir de transferência bancárias, cheques, títulos e outros.

Assim, os estágios da despesa devem ser rigorosamente seguidos, não se permitindo inverter qualquer estágio. A despesa deverá ser fixada e autorizada na LOA, empenhada, liquidada e paga.

2.3 MARCO TEÓRICO

2.3.1 Da Saúde Pública no Brasil: Antecedentes Históricos

A saúde pública ou assistência à saúde no Brasil, como é conhecida hoje, não existiu desde o descobrimento. Nos tempos mais remotos da história brasileira a realidade era bem

diversa. Vargas (2008, p. 11) explica que “A assistência à saúde no Brasil praticamente inexistiu nos tempos de colônia. O modelo exploratório nem pensava nessas coisas. O pajé, com suas ervas e cantos, e os boticários, que viajavam pelo Brasil Colônia, eram as únicas formas de assistência à saúde.” E assim foi durante os primeiros séculos.

Só a partir da vinda da Família Real Portuguesa para o Brasil em 1808 que houve mudança na estrutura administrativa e também na saúde. O Rio de Janeiro (1813) foi à primeira cidade a adotar as políticas sanitaristas e criar as escolas de medicina, precedida de Salvador (1815). Bertolli Filho (1998, p. 8) advoga que:

Em 1829, por ordem de D. Pedro I e em resposta a ao pedido feito por membros da elite nacional, foi criada a Imperial Academia de Medicina. Reunindo os principais clínicos que atuavam no Rio de Janeiro, essa academia funcionou como membro consultivo do imperador nas questões ligadas a saúde pública nacional. Nessa época também surgiu a junta de Higiene Pública, que se mostrou pouco eficaz e, apesar de várias reformulações, não alcançou o objetivo de cuidar da população.” No entanto, para este mesmo autor, após todo esse processo “A fase imperial da história brasileira encerrou-se sem que o Estado solucionasse os graves problemas de saúde da coletividade.

Esse mesmo autor relata também que após a Proclamação da República, em 1889, um novo meio de atuação da medicina começou a ganhar forma, era a chamada medicina pública, sanitária, ou simplesmente saúde pública, a qual compreendia um conjunto de procedimentos concentradas nas pesquisas das enfermidades que atingiam a sociedade. Nessa época o Estado passou a se preocupar mais com a população, pois entendia que ela servia de capital humano, fonte de riqueza e produção a qual poderia proporcionar o crescimento nacional. Essa ideia passou a ser considerada incentivadora das políticas voltadas para o combate a doenças e moléstias que afetavam a população, deste modo “a capacitação física e intelectual dos operários e dos camponeses seria o caminho indicado para alterar a história do país, considerado no exterior como região bárbara” (BRASIL, 2011, p.11).

Posteriormente a isso, no governo de Rodrigues Alves (1902-1906), “houve a primeira medida sanitaria no país, o Rio de Janeiro não tinha nenhum saneamento básico e várias doenças graves como varíola, malária, febre amarela e até a peste espalhavam-se facilmente” (INDRIUNAS, 2008). Neste momento o então presidente nomeou o médico Oswaldo Cruz para “dar um jeito na situação”, contudo a população se indignou, pois a ação estabelecida pelo o médico não agradou a todos e utilizou de medidas repressivas como a invasão de casas, queima de roupas e colchões além da força para obrigar as pessoas à tomarem a vacina anti-varíola. Esse acontecimento ficou conhecido como a Revolta da Vacina.

Anos mais tarde, foram criadas várias iniciativas até chegar ao modelo de saúde de hoje. Dentre elas, podem-se destacar:

a) a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS) e a promulgação da Lei Eloy Chaves em 1923 que muitos consideram a precursora da Previdência Social e funcionava para atender apenas a classe dos ferroviários e dos portuários;

b) os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's), Ministério da Saúde e o Serviço de Saúde Pública (SESP) em 1930 a 1945 aonde os dois primeiros utilizavam da política de caráter preventivo e curativo e eram executados através da ação da previdência social. Já o SESP era financiado pelos americanos e concentravam principalmente no combate a malária, varíola, febre amarela e o mal de chagas.

c) o Sistema Nacional de Saúde (SNS) e o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) em 1975, o primeiro foi considerado inaugural na tentativa de organizar o sistema de saúde. E o segundo tinha a finalidade principal de prestação de atendimentos básicos de saúde, previdência e assistência social aos beneficiários.

Logo, o marco da organização da saúde pública no Brasil se deu no ano de 1986 com a convocação da 8ª Conferência Nacional de Saúde, onde foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Anos mais tarde em 1988, esse mesmo sistema foi transformado no Sistema Único de Saúde (SUS) e regulamentado pela Lei 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e a Lei 8.142/90. Essas leis contribuíram para que o sistema ganhasse mais força e definiram os objetivos e ações relativas ao SUS, mas atribuiu ao poder público, sua regulamentação, fiscalização e o controle do mesmo. Segundo a Constituição Federal o Sistema Único de Saúde (SUS):

É o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas Federais, Estaduais e Municipais, da Administração direta ou indireta e as Fundações, mantidas pelo poder público e complementarmente pela iniciativa privada (BRASIL, 1990).

Entre os princípios que norteiam o SUS, de acordo o art. 198 da CF/88, pode-se destacar a universalização, equidade, integralidade, regionalização e hierarquização, descentralização e comando único e, participação popular. A universalização considera a saúde um direito de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito. Na equidade todos são iguais perante os serviços prestados em saúde pública, mas observa-se que mesmo sendo iguais as pessoas têm necessidades distintas. A integralidade assiste as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Na regionalização e hierarquização considera-se que os serviços devem ser

organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos, e com definição e conhecimento da população a ser atendida. Na descentralização e comando único observam que descentralizar é redistribuir poder e responsabilidade entre os três níveis de governo e no comando único representa a autonomia e soberania de cada esfera de governo em relação as suas decisões e atividades. Na participação popular entende-se que a sociedade deve participar no dia-a-dia desse sistema e que para isso devem ser criados os Conselhos e as Conferências de Saúde, que visam formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde.

2.3.2 Do Financiamento da Saúde

Antes de 1988 a saúde pública brasileira disputava recursos entre o orçamento previdenciário e o fiscal. Do orçamento previdenciário os recursos eram repartidos entre as áreas de benefícios previdenciários, atendimento médico-hospitalar e assistência social, o qual participava de um único orçamento chamado de Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), contudo a esse sistema cabia arrecadar a maior parte da sua própria receita. E do orçamento fiscal da União era retirado uma pequena parcela com a qual concorria com os setores de educação, justiça, transportes, defesa nacional, previdência do servidor público e outros.

Para o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS, 2011, p. 13):

Os dois orçamentos, fiscal e previdenciário, tiveram, historicamente, importância bastante distintas no financiamento do sistema de saúde. Entre 1980 e 1986, o Tesouro teve participação relativa crescente no gasto federal com saúde, aqui incluídos os dispêndios da assistência médico-hospitalar da Previdência Social, embora nunca tenham alcançado a 23% do total. Em 1987, o dispêndio federal com serviços de saúde aproximou-se dos Cz\$ 300 bilhões. Esse montante correspondia a 70% do gasto público total (três esferas de governo) no setor.

No entanto, o cenário começou a ser modificado após a promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF/88) quando foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) assim, esse sistema “será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes” (BRASIL, 1988, art. 198 § 1º).

Nesse sentido é importante lembrar que parte dos recursos que deverão ser aplicados na área de saúde de um município são resultantes da arrecadação do Imposto sobre Propriedade Predial e Territorial Urbana (IPTU), Imposto sobre Transmissão de Bens Imóveis Intervivos

(ITBI), Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISSQN), multas resultantes de impostos, Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS), Fundo de Participação dos Municípios (FPM), Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores (IPVA), Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI), etc. Logo, deve-se observar que existem ainda outros recursos que são transferidos da União e do Estado que são vinculados diretamente para manutenção e investimentos da saúde pública municipal.

Para tanto, é importante salientar que o art. 77 do ADCT, que foi acrescentado pela EC 29, relata que:

§ 3º Os recursos dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinados às ações e serviços públicos de saúde e os transferidos pela União para a mesma finalidade serão aplicados por meio de Fundo de Saúde que será acompanhado e fiscalizado por Conselho de Saúde, sem prejuízo do disposto no art. 74 da Constituição Federal (BRASIL, 2000).

O Fundo Municipal de Saúde serve principalmente como meio de planejamento dos recursos arrecadados e aplicados nessa área. Porém, é necessário destacar que o Fundo é criado por lei e gerenciado pelo secretário de saúde.

Entende-se por isso que, após publicação da Carta Magna de 1988, foi estabelecida uma maior participação dos entes federados no financiamento dos gastos públicos em saúde, cujos gastos serão empregados principalmente em ações e serviços que são prestados a população.

Portanto, quanto ao aumento da aplicação desses gastos, só houve um crescimento de recursos nessa área, depois da aprovação da Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000, a qual vinculava os recursos mínimos resultante dos impostos e das transferências constitucionais obrigatórias da união e dos estados para o setor de saúde. Essa emenda teve como objetivo diminuir os problemas que comprometessem o financiamento do SUS e previa a criação de uma lei complementar para determinar o valor percentual mínimo de cada ente federativo. Em função disso foi criada a lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que passou a delimitar sobre os valores mínimos anuais a serem aplicados da união, dos estados e dos municípios para saúde. Essa mesma lei determina que as transferências de recursos sejam realizadas pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) e pelos fundos estaduais e municipais os quais recebem aportes dos orçamentos nacionais, estaduais e municipais, criando uma rede de financiamento para o SUS.

Assim, as formas de transferências de recursos para manutenção e investimentos dos gastos em saúde pública foram separadas em blocos definidos pelo projeto chamado Pacto pela

Saúde que foi regulamentado pela Portaria MS/GM nº 399/2006 na qual ficou estabelecida grandes reformas institucionais para Sistema Único de Saúde.

A seção I que trata dos recursos mínimos da Lei Complementar 141/2012, que trata sobre a aplicação de recursos em ações e serviços públicos de saúde, dispõe que:

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 (BRASIL, 2012).

Conforme Andrade (2006, p. 239) “as despesas com ações e serviços públicos de saúde devem ser projetadas observando o quadro de Metas do Plano Municipal de Saúde local, as contrapartidas dos recursos vinculados, se for o caso, e o mínimo de aplicação”. O autor destaca ainda que a Resolução CNS nº 322/2003 trata das ações e serviços de saúde e sua aplicação em conformidade a Emenda Constitucional nº 29/2000, a Constituição Federal de 1988 e a Lei nº 8080/90.

2.3.3 Dos Gastos Públicos com Saúde

Os gastos públicos são aqueles realizados pela entidade pública com vistas a satisfazer as necessidades básicas dos cidadãos e do próprio estado. Na saúde eles são aplicados em ações e serviços.

Para Piola e Viana (2002 apud MENDES et al, 2008, p. 13) “são quatro os critérios metodológicos mais utilizados para apurar o gasto em saúde: o institucional, o funcional, por área temática e o proposto pela Emenda Constitucional 29/2000”.

No critério institucional são consideradas apenas as despesas do gestor do SUS, que são representados pelos ministérios ou secretarias de saúde. Nessa classificação a despesa apresenta dois tipos distintos de gasto: o gasto bruto e o gasto líquido. O gasto bruto representa o dispêndio global sem qualquer exclusão e é o mais utilizado. Já o segundo não apropria as despesas com a amortização da dívida e com o pagamento de encargos previdenciários.

O critério funcional, no gasto público com saúde, adota a contabilização de despesas governamentais por função, subfunção, programa, projeto ou atividade. Essa abordagem é bastante positiva, pois possibilita a discriminação, ainda que não total, dos gastos finais separando-os das despesas com atividade-meio do setor público. Oliveira e Riane (2009 apud NUINTIN, 2010, p. 4) destacam que “da classificação funcional pragmática e da classificação

de despesas por funções entram os gastos com saúde, que se dão através de transferências federais e estaduais, bem como pelos gastos do próprio município”. Neste caso, em conformidade com a Portaria nº 42, de 14 de abril de 1999 do Ministério do Orçamento e Gestão (MOG), a despesa com Saúde por subfunção está discriminada em três blocos e subdividida: Atenção Básica, Assistência Hospitalar e Ambulatorial, Suporte Profilático e Terapêutico, Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, dentre outras. Entretanto, com vistas a acompanhar os gastos públicos na área de saúde, essa mesma classificação foi aproveitada pelo Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde do Ministério da Saúde (SIOPS) que é regido pela Portaria GM/MS n. 204/07, nas quais são divulgadas informações relativas ao cumprimento da EC 29.

O critério por área temática foi adotado pelo IPEA desde a década de 80 e foi utilizado para a apuração do gasto social. Esse método resultou da combinação dos critérios institucional e funcional agrupando as despesas sociais do setor público segundo a finalidade desses gastos. Ele não considera todo o gasto público setorial, embora tenha a vantagem de evidenciar o denominado gasto SUS, isto é, com ações e serviços de acesso universal.

O critério da Emenda Constitucional nº 29/2000 estabeleceu regras básicas para as aplicações anuais mínimas de cada esfera de governo em “ações e serviços públicos de saúde”. Essa emenda foi resultado de uma Proposta de Emenda Constitucional (PEC) feita no ano de 1993 e definia a destinação de 30% dos recursos da Seguridade Social para à área da saúde. Entretanto, só foi no ano de 2000 que a EC 29 foi aprovada. Em consideração a sua aprovação, os estados e municípios deveriam alocar, no primeiro ano de sua vigência, pelo menos 7% das suas receitas de impostos, compreendidas as transferências constitucionais e o percentual deveria crescer anualmente até atingir em 2004, o mínimo 12% para os estados e 15% para os municípios. E quanto à União, para o primeiro ano, o aporte adicional de pelo menos 5% em relação ao orçamento empenhado no período anterior e para os seguintes, o valor apurado no ano anterior deveria no mínimo ser corrigido pela variação do PIB nominal. Contudo, a EC 29 não explicitou para a União a origem dos recursos federais para a saúde, o que acabou criando, nos anos 2000, incertezas em relação ao financiamento da saúde dada a sua importância no gasto público total. Logo, mostrou-se a importante participação da lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 que passou a delimitar sobre o recurso que cada ente federado deveria aplicar na saúde.

Sobre os gastos dos municípios, Andrade (2006, p. 183) destaca que, é fundamental “verificar se os gastos do município estão dentro do limite legal e se o orçamento encontra-se

adequado a nova legislação, ou seja, para receita, conforme Portaria STN nº 303/05, e pra a despesa, nos termos da Portaria STN nº 163/01, com alterações da nº 448/02”.

3 METODOLOGIA

A presente pesquisa é classificada como de abordagem quantitativa. Entende-se por abordagem quantitativa “tudo aquilo que pode ser quantificado em valores, ou seja, a possibilidade de traduzir em números e opiniões e informações de forma a classifica-los” (GIL, 2002). Em outras palavras:

A pesquisa quantitativa se centra na objetividade. Influenciada pelo positivismo, considera que a realidade só pode ser compreendida com base na análise de dados brutos, recolhidos com o auxílio de instrumentos padronizados e neutros. A pesquisa quantitativa recorre à linguagem matemática para descrever as causas de um fenômeno, as relações entre variáveis, etc. (FONSECA apud GERHARDT; SILVEIRA, 2009, p. 33).

Quanto aos fins ela é descritiva, pois “tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis” (GIL, 2002, p. 42).

O método científico utilizou-se do modo dedutivo o qual “tem o propósito de explicar o conteúdo das premissas e reformula ou enuncia de modo explícito a informação já contida nas premissas” (LAKATOS; MARCONI, 2003, p. 93).

Quanto ao levantamento de informações e coletas de dados essa pesquisa é bibliográfica e documental. De acordo Lakatos e Marconi (2003, p. 183) a pesquisa bibliográfica “abrange toda bibliografia já tornada pública em relação ao tema de estudo, desde publicações avulsas, boletins, jornais, revistas, livros, pesquisas, monografias”. Já a documental “vale-se de materiais que não recebem ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa” (GIL, 2002, p. 45).

Esse levantamento utilizou como amostra os documentos públicos *online* que foram compilados pela autora e retirados do banco de dados do Sistema de Informações de Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e fontes estatísticas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) referente ao período de 2010 a 2013. No primeiro momento foram separadas as variáveis, com o objetivo de analisar a evolução dos gastos públicos em saúde durante os quatro anos. Essas variáveis compreendiam o percentual do crescimento do valor liquidado com a saúde e o percentual da população dos anos em relação a 2010. No segundo momento, buscou-se encontrar a evolução sob a perspectiva populacional, em que G_{pc} representa o Gasto per capita com saúde e se obtém a partir da divisão do gasto com saúde e a população. O gasto anual com saúde foi obtido do SIOPS a partir da despesa liquidada anual.

E a população foi obtida de informações de censo demográfico do IBGE. A variável pode ser representada da seguinte forma:

$$G_{pc} = \frac{\text{Gasto anual com saúde}}{\text{População anual}} \quad (1)$$

No terceiro momento utilizou-se das mesmas informações das despesas liquidadas, no entanto, teve o objetivo apenas de demonstrar a Função Saúde e discriminar o percentual gasto nas subfunções dessa área.

E no quarto momento buscou-se demonstrar as fontes de recursos para o financiamento da saúde do município em estudo. Essas fontes de recursos foram coletadas das receitas realizadas do ano de 2010 a 2013. Por conseguinte, só foram considerados os valores apurados dos impostos e das transferências legais que representa os recursos próprios e os valores repassados diretamente pelo Fundo Nacional e Estadual que são vinculados diretamente ao Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, os valores aqui apresentados referentes aos recursos próprios estavam respeitando os limites instituídos pela a Emenda Constitucional 29/2000 e Lei Complementar nº 141/2012.

4 ANÁLISE DE DADOS

Neste capítulo são apresentados os resultados obtidos durante a pesquisa, os quais foram coletados no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e responde aos objetivos delimitados anteriormente. A análise dos dados divide-se em três fases: na primeira apresentou as informações sobre o município estudado, na segunda comparou variação dos gastos públicos em relação à ótica populacional e per capita, a natureza dos gastos públicos e as subfunções da Saúde no município de Vitória da Conquista durante os anos de 2010 a 2013. E na terceira, avaliou as fontes de recursos para o financiamento da saúde em Vitória da Conquista.

4.1 INFORMAÇÕES SOBRE O MUNICÍPIO ESTUDADO

Situado no sudoeste baiano, o município de Vitória da Conquista possui uma população estimada de 340.199 habitantes, com uma área territorial de 3.704,018 km² e densidade demográfica de 91,41 hab./km² (IBGE, 2014). Limita-se com os municípios de Anagé, Belo Campo, Cândido Sales, Encruzilhada, Ribeirão do Largo, Itambé, Barra do Choça e Planalto.

Inicialmente sua economia baseava-se na comercialização de produtos agrícolas e pecuários que eram vendidos na própria localidade. Mas, o quadro econômico e social passou a ser modificado com a inauguração da Rio-Bahia em 1963, o município passou a ser visto como um centro regional e começou a receber contingentes populacionais da região e de outros estados. Anos mais tarde, aproveitando de investimentos federais na região pelo então presidente Médici, os agricultores passaram a investir na cultura cafeeira e começa a enriquecer. Todavia, com a crise do café em 1980, e com vistas a reforçar sua economia, o município expande o comércio, passa a investir no ramo de prestação de serviços, dentre eles a educação e saúde, e cria o Centro Industrial dos Ymborés. Neste contexto, também ganham espaço os setores de cerâmica, mármore, óleo vegetal, produtos de limpeza e estofados.

Atualmente, os setores cafeeiros, comércio, indústria e prestação de serviços continuam destacando fortemente. Na produção de café, Vitória da Conquista, junto com Barra do Choça, tem se mostrado como uma grande produtora e exportadora do produto na Bahia. No comércio, algumas empresas têm seus mercados garantidos como o Atacadão, do *Grupo Carrefour*, Hiper Bompreço, do *Walmart*, GBarbosa e outros, quem contribui neste setor é o Ceasa e o Shopping Conquista Sul. Na indústria destacam-se o Grupo Marinho de Andrade (Teiú e Revani), Coca-Cola, Dilly Calçados, Café Maratá, Zélia Andrade Bulhões (ZAB), Tia Sônia, dentre outras. Na

prestação de serviços, se destaca os setores de educação superior e saúde. Na educação, a participação das universidades públicas, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), a Universidade Federal da Bahia (UFBA) e o Instituto Federal de Ciência e Tecnologia da Bahia (IFBA) e as faculdades particulares, Faculdade Independente do Nordeste (FAINOR), Faculdade de Tecnologia e Ciências (FTC), Faculdade Mauricio de Nassau e Faculdade Santo Agostinho, que tem seus polos na localização, marcam presença considerável na economia conquistense. Na saúde, nos últimos anos, os setores público e privado vêm se estabelecendo e atendendo pessoas do município e região. Em função desse desenvolvimento, conforme informações dadas pela Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia (SEI/BA, 2013), foram conveniados 19 hospitais para o atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS) dos quais 2 são estaduais, 2 municipais e 15 privados. Desses hospitais públicos se destacam o Hospital Geral de Vitória da Conquista, o Hospital Esaú Matos e o Hospital Especializado Afrânio Peixoto. Dos hospitais privados se destacam o Hospital São Vicente de Paulo, o Serviço de Assistência Médica de Urgência (SAMUR), o Instituto Brandao de Reabilitação (IBR) e o Unidade Médico-Cirúrgica (UNIMEC).

Em função desses fatores de crescimento Vitória da Conquista tem recepcionado cada vez mais pessoas de outros municípios e sua população encontra a cada ano em constante crescimento conforme detalha o Quadro 2:

Quadro 2 – População de Vitória da Conquista

Ano	População	Diferença
2010	306.866	.
2011	310.129	3.263
2012	315.884	5.755
2013	336.997	21.113

Fonte: Elaborado pela autora com base no IBGE (2014).

É importante destacar que além dos investimentos privados nesse município, o governo municipal, estadual e federal devem disponibilizar recursos para a manutenção e aprimoramento do mesmo com vistas a atender todo esse público.

4.2 EVOLUÇÃO DOS GASTOS COM A FUNÇÃO SAÚDE EM VITÓRIA DA CONQUISTA

A fim de seguir os objetivos propostos ao longo do trabalho, foi feita uma pesquisa no banco de dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)

acerca dos orçamentos anuais da Função Saúde em Vitória da Conquista. Foram considerados, para fins dessa análise, os valores liquidados que consistem “na verificação do direito adquirido pelo credor, tendo por base os títulos e documentos comprobatórios dos respectivos créditos” (KOHAMA, 2013, p. 131). Foram também obtidos dados do IBGE referente à variação populacional com vistas a avaliar a evolução com a saúde per capita, obtido através da divisão entre o gasto total do ano e a população referente ao mesmo.

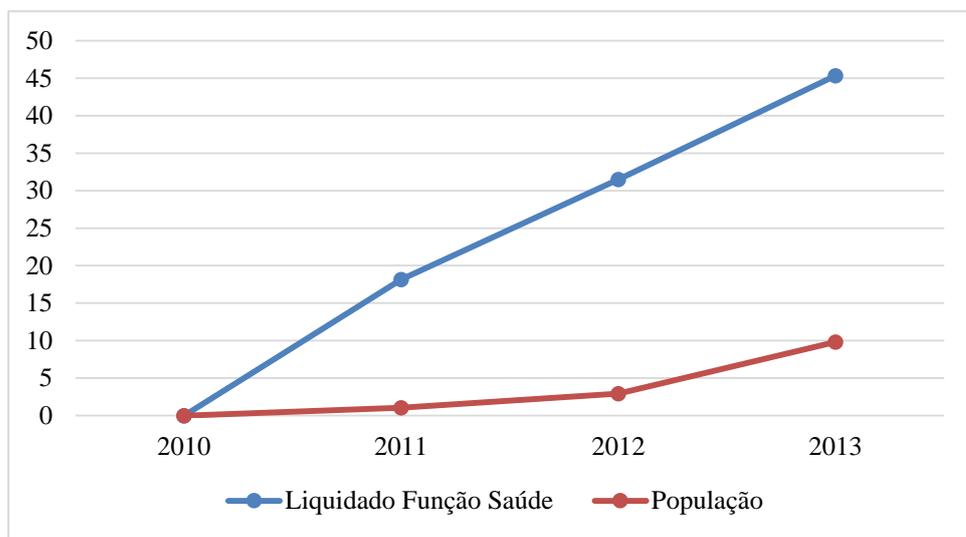
Quadro 3 – Evolução dos Gastos Públicos com Saúde em Vitória da Conquista

Ano	Valor liquidado com a Função Saúde	Crescimento do Valor Liquidado com a Saúde em relação a 2010 (%)	População Anual	Crescimento da População em relação a 2010 (%)	Gasto com saúde per capita
2010	111.361.500,06	.	306.866	.	362,90
2011	131.559.546,48	18,14	310.129	1,06	424,21
2012	146.454.636,77	31,51	315.884	2,94	463,63
2013	161.828.469,83	45,32	336.997	9,82	480,21

Fonte: Elaborado pela autora com base no SIOPS (2013) e IBGE (2014).

Analisando os valores liquidados no Quadro 3 com a função saúde tem-se uma idéia de que os gastos cresceram consideravelmente, chegando a um valor de 45,32% a mais em relação ao ano de 2010, ano do início da análise. Pode-se ressaltar ainda, que enquanto os gastos com saúde em relação a 2010 cresceram 45,32%, a população aumentou apenas 9,82%. Assim, tal crescimento dos gastos não se explica somente pela a evolução da população residente no município, mas também por outros fatores, pois como se pode observar na relação do percentual do Gasto com saúde/População anual, apresentado no Gráfico 01, os percentuais não acompanham a mesma proporção, tendo uma grande vantagem para o crescimento dos gastos com a saúde.

Gráfico 1 – Taxa de evolução dos Gastos Públicos com Saúde em relação ao crescimento da População (em %)



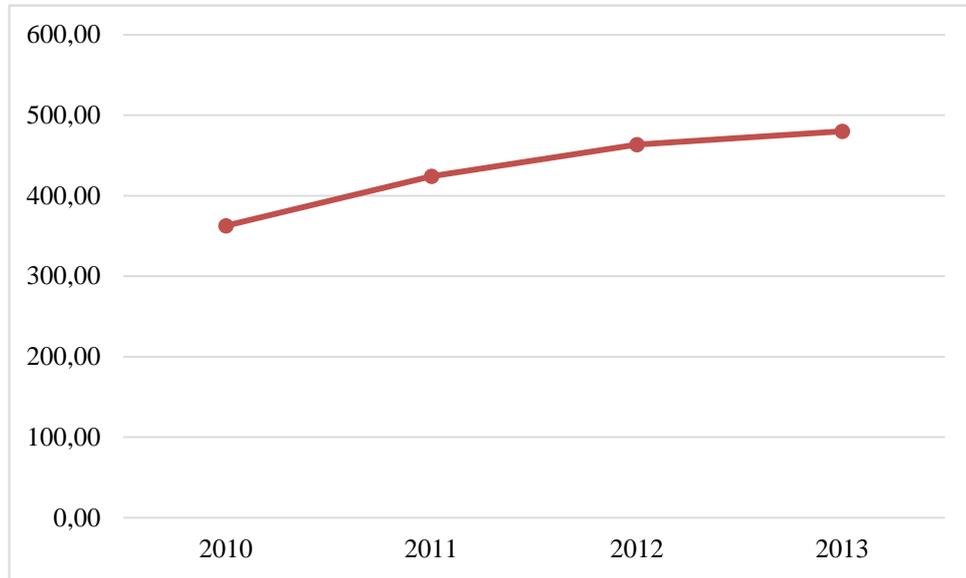
Fonte: Elaborado pela autora com base no SIOPS (2013) e IBGE (2014).

Após essa avaliação, fica claro que o governo aumentou os desembolsos com a saúde, no entanto “os gastos com saúde crescem mais do que a inflação e as rendas, principalmente por três motivos: o envelhecimento populacional, a incorporação de tecnologia e o aumento da renda” (IESS, 2010, p. 1). Quanto envelhecimento populacional é importante ressaltar que os idosos muitas vezes são os principais consumidores de serviços nessa área, pois estão sujeitos a mais doenças crônicas e são os que mais necessitam de cuidado. De outra forma, a implementação de mais tecnologias poderão aumentar os custos dos exames e procedimentos, nessa perspectiva Zucchi, Del Nero e Malik, (1998, p. 148) destaca que “a difusão do progresso tecnológico é o principal elemento do incremento das despesas em saúde, que aumentam à medida que as novas técnicas são incorporadas”. De outro modo, com o crescimento da renda que aqui é representada pela arrecadação de impostos e transferências constitucionais, o município tem a obrigação de gastar maiores frações de recursos na saúde.

Pode-se inferir também, após a visualização do Gráfico 1, que o desacelerado ritmo de crescimento da população, em relação aos gastos públicos, se deu também por causa da queda da taxa de fertilidade no Brasil a qual passou de 2,08 filhos por mulher, em 2003, para 1,75 filhos, em 2013 (IBGE, 2014). Fato esse que repercutiu também na população de Vitória da Conquista e contribui junto com outros fatores para o aumento do gasto per capita com a saúde pública no decorrer de 2010 a 2013 conforme Gráfico 2. Entende-se por “gasto per capita com a função saúde aqueles que representam o quanto o governo gasta por pessoa em determinada

função, onde não tem distinção entre os que utilizam ou não o serviço de saúde” (COSTA, 2011, p. 55).

Gráfico 2 – Gasto com Saúde per Capita em Vitória da Conquista



Fonte: Elaborado pela autora com base no SIOPS (2013) e IBGE (2014).

Desse modo, a partir do gráfico acima também se verifica que o gasto per capita com a saúde vem evoluindo consideravelmente no município, aonde saltou de R\$ 362,90 em 2010 para R\$ 480,21 em 2013. Logo, quando calculado o gasto per capita disponibilizado para cada habitante por dia observa-se que eles representam respectivamente R\$0,99 e R\$1,31. Valores que não estão acompanhando a média nacional que é de R\$3,05 hab/dia conforme informações do Conselho Federal de Medicina (2014, online). É importante ressaltar que esse valor poderá diminuir se for considerado o contingente populacional que o município de Vitória da Conquista tem recepcionado durante os anos estudados.

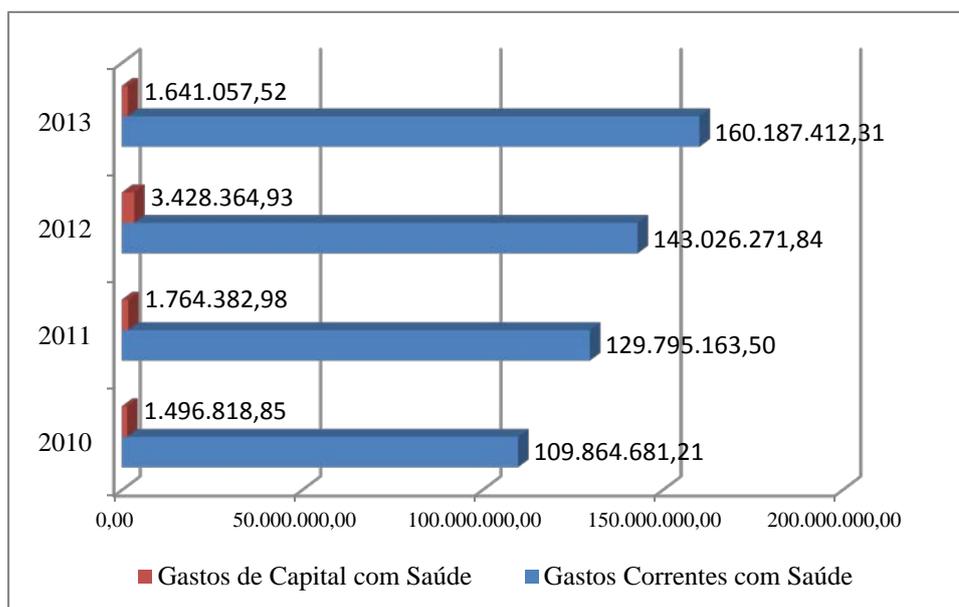
De outra maneira, em relação a natureza dos gastos públicos em saúde, os valores dos gastos liquidados também podem ser apresentados como gastos correntes e de capital. Os correntes são essenciais à manutenção da entidade pública e a partir deles que pagam o pessoal, compram materiais, pagam os juros e encargos dentre outros. Já os de capital são aqueles dispêndios responsáveis pela aquisição de máquinas e equipamentos, realização de obras, compra de imóveis etc. Assim, ao analisar o Quadro 4 observa-se que a maioria dos gastos públicos em saúde nessa modalidade, são os correntes.

Quadro 4 – Gastos Públicos Correntes x Capital com Saúde em Vitória da Conquista

Ano	Gastos Correntes com Saúde	Gastos de Capital com Saúde
2010	109.864.681,21	1.496.818,85
2011	129.795.163,50	1.764.382,98
2012	143.026.271,84	3.428.364,93
2013	160.187.412,31	1.641.057,52

Fonte: Elaborado pelo autor com base no SIOPS (2013).

Para melhor visualização:

Gráfico 3 – Gastos Públicos Correntes x Capital com Saúde em Vitória da Conquista

Fonte: Elaborado pela autora com base no SIOPS (2013).

De outro modo, no Quadro 5 apresenta-se novamente o gasto público com saúde, porém utilizando da classificação por subfunção. “A subfunção representa uma partição da função, visando a agregar determinado subconjunto de despesa do setor público” (BRASIL, 1999).

Quadro 5 – Gasto Público Total com Saúde no Município de Vitória da Conquista, segundo subfunção – 2010/2011/2012/2013

Subfunções	2010	(%)	2011	(%)	2012	(%)	2013	(%)
Administração Geral	946.155,29	0,85%	806.839,05	0,61%	584.667,21	0,40%	35.989,15	0,02%
Formação de Recursos Humanos	49.566.805,42	44,51%	57.233.471,16	43,50%	79.892.650,71	54,55%	0	0,00%
Atenção Básica	14.493.866,08	13,02%	17.614.704,43	13,39%	2.099.305,76	1,43%	34.266.160,16	21,17%
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	38.995.699,39	35,02%	47.298.515,76	35,95%	50.772.543,60	34,67%	117.685.393,51	72,72%
Suporte Profilático e Terapêutico	5.419.726,98	4,87%	6.364.161,12	4,84%	10.137.506,75	6,92%	1.350.466,99	0,83%
Vigilância Sanitária	21.003,56	0,02%	88.141,17	0,07%	64.977,31	0,04%	1.495.096,85	0,92%
Vigilância Epidemiológica	773.740,01	0,69%	814.065,22	0,62%	1.058.717,52	0,72%	6.351.526,87	3,92%
Serviço da Dívida Interna	940.000,00	0,84%	0	0,00%	0	0,00%	414.481,10	0,26%
Outras	204.503,33	0,18%	1.339.648,57	1,02%	1.844.267,91	1,26%	229.355,20	0,14%
Total	111.361.500,06	100,00%	131.559.546,48	100,00%	146.454.636,77	100,00%	161.828.469,83	100,00%

Fonte: Elaborado pela autora com base no SIOPS (2013).

No período de 2010 a 2013, respectivamente, pode-se verificar que os principais gastos concentram nas subfunções: Formação de Recursos com 44,51%, 43,50%, 54,55% e 0% e Assistência Hospitalar e Ambulatorial com 35,02%, 35,95%, 34,67% e 72,72%.

A primeira compreende as ações destinadas à capacitação, treinamento e aperfeiçoamento de pessoal dos diversos órgãos da administração, com vistas à melhoria da prestação de serviços públicos e a segunda são ações destinadas à cobertura de despesas com internações hospitalares e tratamento ambulatorial (MANUAL DO SIOPS, 2012, p. 103).

Verificou-se também que na Formação de Recursos Humanos, de acordo o Plano Plurianual do Município de Vitória da Conquista (2010-2013), os gastos foram supostamente reportados em ações para a implantação de programas de desenvolvimento e estruturação de recursos humanos, realização de atividades de capacitação em saúde e educação permanente, capacitações em prevenção, diagnóstico e tratamento das DST/AIDS para profissionais da rede municipal e qualificação e humanização do apoio diagnóstico e terapêutico no SUS, dentre outros. Já na Assistência Hospitalar, conforme esse mesmo plano, os gastos públicos foram feitos com ações de ampliação do número de procedimentos especializados e ampliação no número de leitos ofertados pelo SUS.

Ainda, de acordo com o Quadro 5, é possível verificar uma queda na subfunção Formação de Recursos Humanos e um aumento na Assistência Hospitalar e Ambulatorial no ano de 2013. No entanto, pode-se concluir que o aumento da mesma ocorreu por causa da queda

na área de Formação de Recursos Humanos e Administração Geral, pois parte dos recursos que deveriam ser aplicados nessa área foram transferidos e ocorreu terceirização de serviços e estabelecidos convênios com hospitais e clínicas privadas.

4.3 FONTES DE RECURSOS PARA FINANCIAMENTO DA SAÚDE DE VITÓRIA DA CONQUISTA

Este tópico tem como objetivo avaliar as fontes de recursos utilizados para o financiamento da saúde pública no município de Vitória da Conquista utilizando dos dados coletado no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). Dessa forma, é necessário destacar que:

As fontes de recursos constituem-se de determinados agrupamentos de naturezas de receitas, atendendo a uma determinada regra de destinação legal, e servem para indicar como são financiadas as despesas orçamentárias. Entende-se por fonte de recursos a origem ou a procedência dos recursos que devem ser gastos com uma determinada finalidade. É necessário, portanto, individualizar esses recursos de modo a evidenciar sua aplicação segundo a determinação legal (BRASIL, 2014).

Das fontes de recursos que compõem a estrutura de financiamento da saúde pública do município estudado, destacam-se a receita de impostos líquida e transferências constitucionais legais e as transferências de recursos do sistema único de saúde. A primeira é oriunda de tributos municipais e de outras transferências estabelecidas pela lei, dela é retirado o percentual mínimo a ser aplicado na saúde e classificam como recursos próprios. A segunda refere-se aos recursos ligados diretamente a manutenção e aprimoramento do Sistema Único de Saúde (SUS) que são repassadas através de transferências entre a União, o Estado e demais municípios para o município. Elas “são transferências tratadas separadamente por conta da relevância do assunto, por meio da celebração de convênios, de contratos de repasses e, principalmente, de transferências fundo a fundo” (BRASIL, 2014). E há também faz-se necessário falar da remuneração dos depósitos bancários, que representa os rendimentos gerados durante a movimentação bancária.

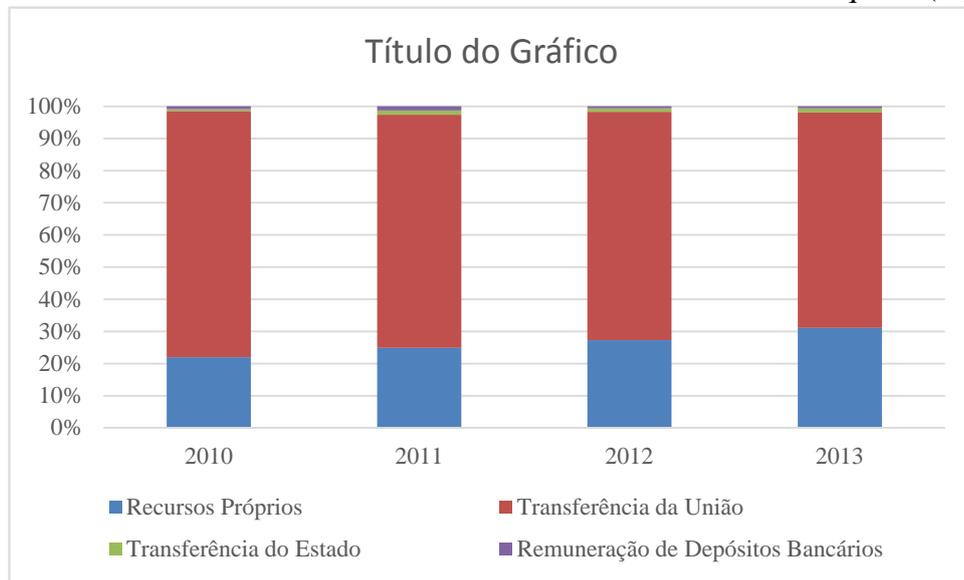
O Quadro 6 apresenta a estrutura das receitas realizadas com a saúde pública no município de Vitória da Conquista no período de 2010 a 2013.

Quadro 6 - Receitas Realizadas com Saúde em Vitória da Conquista

	2010	2011	2012	2013
Recursos Próprios	26.105.252,22	33.320.212,31	40.606.453,09	52.346.192,52
Transferência da União	90.941.646,51	97.120.775,15	105.470.519,77	112.418.243,17
Transferência do Estado	651.525,00	1.717.605,49	1.537.325,00	2.308.500,00
Remuneração de Depósitos Bancários	1.052.009,78	1.762.535,51	979.649,62	1.009.721,80
Total	118.752.443,51	133.923.139,46	148.595.959,48	168.084.670,49

Fonte: Elaborado pela autora com base no SIOPS (2013).

Para melhor visualização:

Gráfico 4 – Receitas Realizadas com Saúde em Vitória da Conquista (%)

Fonte: Elaborado pela autora com base no SIOPS (2013).

O Gráfico 4 acima mostra que a União é a principal financiadora da rede pública de saúde e sua participação na composição das receitas realizadas no período de 2010 a 2013 variam de 79% a 68% dos recursos captados. Em segundo lugar, vem à participação dos recursos próprios que varia aproximadamente com 21% a 31% dos recursos investidos em saúde. Por último vem à participação do Estado e a remuneração dos depósitos bancários.

5 CONCLUSÃO

A presente pesquisa apresentou a evolução dos gastos públicos do município de Vitória da Conquista no período de 2010 a 2013. E utilizou de várias perspectivas para ilustrar os gastos públicos, dentre elas a Função Saúde, em relação à população, natureza dos gastos subfunções da saúde e também avaliou as fontes de recursos destinados à saúde.

A fim de alcançar os objetivos do mesmo, foram coletados informações do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e de outros documentos. Assim, a partir dessas informações, concluiu-se que os gastos com a saúde pública de Vitória da Conquista não seguiram em linha proporcional à população, o percentual do gasto da saúde do ano de 2013 em relação ao ano 2010 cresceu quase 50% enquanto a população apresentou uma variação mínima de menos de 10%. No entanto, de acordo os dados coletados, observa-se também que com o desacelerado crescimento da população, o gasto per capita em saúde vem evoluindo ano a ano. Todavia, observa que houve sim o aumento dos gastos, porém não se pode concluir que houve uma evolução na sua efetividade, uma vez que informações do Relatório Sistêmico de Fiscalização do Tribunal de Contas da União de 2013 constataram que o sistema de saúde brasileiro apresenta ainda graves desigualdades quando se compara o sistema público com o privado ou quando se analisa a situação das diversas regiões do Brasil no âmbito do SUS, essas desigualdades foram observadas após a avaliação do sistema de saúde até situação da população. Já em relação ao gasto com as subfunções da saúde conclui-se que foram gastos recursos principalmente na área de Formação de Recursos e Assistência Hospitalar e Ambulatorial. Quanto às fontes de recursos, observou-se que a União é a principal financiadora da saúde pública e em segundo vem a participação do próprio município.

Durante a pesquisa ocorreram várias limitações, como a falta de informações a respeito dos valores dos equipamentos e leitos conveniados com o SUS referentes ao ano de 2010 e 2011 e assim, não foram utilizadas essas informações para ampliação da análise de dados. Houve também limitações na coleta de dados nos sites do IBGE, da SEI e da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia pois, os mesmos apresentavam poucas informações sobre a saúde.

Recomenda-se uma nova pesquisa para avaliar a efetividade dos gastos públicos em saúde sob o ponto de vista da população conquistense utilizando de entrevistas e informações da Secretaria Municipal de Saúde. A qual deverá identificar quais foram os investimentos e quais as melhorias sentidas pela comunidade. Vale ressaltar também que uma boa fiscalização

nos gastos públicos em saúde, tanto através de auditoria e outros acompanhamentos contribuirão para verificar sua efetiva aplicação.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, N. A. (Org). **Planejamento governamental para municípios: plano plurianual, lei de diretrizes orçamentárias e lei orçamentária anual.** São Paulo: Atlas, 2006.

ANDRADE, N. A. **Planejamento governamental para municípios: plano plurianual, lei de diretrizes orçamentárias e lei orçamentária anual.** 2. ed. 2. reimpr. São Paulo: Atlas, 2010.

ARAÚJO, I. P. S.; ARRUDA, D. G. **Contabilidade Pública: da teoria à prática.** São Paulo: Saraiva, 2006.

BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil.** 2. ed. Rio de Janeiro: Ática, 1998.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O Financiamento da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** Brasília: CONASS, 2011.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil. 1988. Disponível em: <<http://intranet-/Legin/>>. Acesso em: 29 nov. 2014.

_____. 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: 6 jun. 2014.

_____. Lei Complementar Nº 141, de 13 de Janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03-/leis/lcp/Lcp141.htm>. Acesso em: 14 jun. 2014.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm>. Acesso em: 14 jun. 2014.

_____. Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964. Estatui normas gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. Disponível em: <<http://www2.senado.gov.br/sf/legislacao/legisla/>>. Acesso em: 25 nov. 2014

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde.** Brasília: CONASS, 2011. 291 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 1) ISBN: 978-85-89545-61-7

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informação e Informática do SUS - DATASUS: sistema de informações sobre orçamentos públicos em saúde. 2014. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 5 nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS-Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: Nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Ministério da Saúde e municípios: juntos pelo acesso integral e de qualidade à saúde / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Portaria nº 42, de 14 de abril de 1999. Atualiza a discriminação da despesa por funções de que tratam o inciso I do § 1o do art. 2o e § 2o do art. 8o, ambos da Lei no 4.320, de 17 de março de 1964, estabelece os conceitos de função, subfunção, programa, projeto, atividade, operações especiais, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.sepof.pa.gov.br/ppasite/pdf/Portaria_n_42_de_14_de_abril_de_1999_MOG.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2014.

CARVALHO, D. **Orçamento e Contabilidade Pública**. 5. ed. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier, 2010.

CHAVES, C. L. **História da saúde e das doenças no interior da Bahia: séculos XIX E XX**. Vitória da Conquista: Edições UESB, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). 2014. . Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24847:governo-gasta-em-media-r-305-ao-dia-na-saude-de-cada-habitante&catid=3>. Acesso em: 10 dez. 2014.

COSTA, L. S. **Evolução do gasto público da saúde com perspectiva na seguridade social**. 2011. 78 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Administração) – Universidade de Brasília, Brasília, 2011. Disponível em: <http://bdm.unb.br/bitstream/10483/2031/1/-2011_LucasSouzaCosta.pdf>. Acesso em: 2 dez. 2014.

CRUZ, F. (Coord) et al. **Comentários à Lei 4.320**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 2003.

DI PIETRO, M. S. **Direito Administrativo**. 25. ed. São Paulo: Atlas S.A, 2012.

DI PIETRO, M. S. Z. **Direito Administrativo**. 11. ed. São Paulo: Editora Atlas, 1999.

GASPARINI, D. **Direito Administrativo**. 11. ed. São Paulo: Saraiva 2006.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIACOMONI, J. **Orçamento público**. 9. ed. ampliada, revista e atualizada São Paulo: Atlas 2000.

GIAMBIAGI, F.; ALÉM, A. C. **Finanças públicas: teoria e prática no Brasil**. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

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

GOMES, J. M. **A Definição do Gasto Público: aspectos institucionais e a disputa política**. São Paulo: EAESP/FGV, 1999. 1XXp. Dissertação (Mestrado em Planejamento e Finanças Públicas) – Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 1999. Disponível em: <<http://hdl.handle-.net/10438/5372>>. Acesso em: 20 jun. 2014.

INDRIUNAS, L. **História da saúde pública no Brasil**. 2008. Disponível em: <<http://pessoas.hsw.uol.com.br/historia-da-saude.htm>>. Acesso em: 10 dez. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). 2014. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm>>. Acesso em: 5 maio 2014.

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR (IESS). 2010. Disponível em: <www.iess.org.br>. Acesso em: 10 dez. 2014.

JUND, S. **Administração, Orçamento e Contabilidade Pública: teoria e questões: Estilo ESAF, UnB e bancas examinadoras outras**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

KOHAMA, H. **Contabilidade Pública: Teoria e Prática**. 13. ed. São Paulo: Atlas, 2013.

LAKATOS, E. M; MARCONI, M. A. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LEONE, G. S. G.; GUERRA, R. J. **Dicionário de Custos**. São Paulo: Atlas, 2004.

MACHADO JR., J. T.; REIS, H. C. **A Lei 4.320 Comentada**. 29.ed. Rio de Janeiro: IBAM, 1999.

MANUAL DO SIOPS Aplicado aos Municípios. 2012. Disponível em: <siops.datasus.gov.br/Documentacao/ManualMunicipiosAnual2012>. Acesso em: 2 dez. 2014.

MATIAS PEREIRA, J. **Finanças Públicas: a política orçamentária no Brasil**. São Paulo: Atlas, 1999.

MEIRELLES, H. L. **Direito Administrativo Brasileiro**. 17. ed. São Paulo: Malheiros, 1992.

MENDES, A. et al. **Apuração do Gasto Público Regional em Saúde no Estado de São Paulo**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2008. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/temas-saude-coletiva/pdfs/6_apuracao_gasto.pdf>. Acesso em: 30 agos. 2014.

NUINTIN, A. A. et al. Estudo e análise dos gastos públicos com saúde em municípios mineiros. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XIII, n. 82, nov 2010. Disponível em: <http://www.ambitojuridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=8569>. Acesso em: 5 jun. 2014.

PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. (org.). **Economia da Saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde**. Brasília: IPEA, 1995. Disponível em: <http://www.institutoapoiar.org.br/imagens/bibliotecas/ES_1.pdf>. Acesso em: 30 agos. 2014.

PORTAL DA TRANSPARÊNCIA. Disponível em: <www.transparenciaconquista.ba.gov.br>. Acesso em: 30 agos. 2014.

PORTAL DO TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO (TCU). **Relatório sistêmico de fiscalização da saúde**. Disponível em: <http://portal2.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU-imprensa/noticias/noticias_arquivos/032.624-2013-1%20Fisc%20Saude.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2014.

REZENDE, F. A. **Finanças Públicas**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

RIBEIRO, V. R. D. et al. **Manual de normalização para Relatórios de Estágio Supervisionado e Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC) para o curso de Ciências Contábeis**. Vitória da Conquista: [s.n.], 2013.

SECRETÁRIA DO TESOUREIRO NACIONAL (STN). **Finanças do Brasil: estados e municípios**. Brasília: Ministério da Fazenda, 2007. Disponível em: <<http://www.stn.fazenda.gov.br>>. Acesso em: 10 nov. 2014.

SILVA, L. M. **Contabilidade Governamental: um enfoque administrativo**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

SLOMSKI, V. **Controladoria e Governança na Gestão Pública**. São Paulo: Atlas, 2005.

SLOMSKI, V. **Manual de Contabilidade Pública: um enfoque na contabilidade municipal, de acordo a Lei de Responsabilidade Fiscal**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 2003.

SOUZA, A. Q. S. **Orçamento Público e a Lei de Responsabilidade Fiscal**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão Pública) – Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2011. Disponível em: <www.dad.uem.br/especs/monosemad/trabalhos/13214707-68.doc>. Acesso em: 2 dez. 2014.

SUPERINTENDÊNCIA DE ESTUDOS ECONÔMICOS E SOCIAIS DA BAHIA (SEI/BA). Disponível em: <www.sei.ba.gov.br>. Acesso em: 2 dez. 2014.

TRIBUNAL DE CONTAS DOS MUNICÍPIOS (TCM). Disponível em: <<http://www.tcm.ba.gov.br/tcm/>>. Acesso em: 2 dez. 2014.

VARGAS, J. D. **História das Políticas Públicas de Saúde no Brasil: revisão da literatura**. Rio de Janeiro, 2008.

ZUCCHI, P.; DEL NERO, C.; MALIK, A. Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. *Revista de Administração Pública*, 1998. Disponível em: <www.mp.go.gov.br/.../2/docs/gastos_saude_fatores_demanda.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2014.