



ANÁLISE ORÇAMENTÁRIA DOS GASTOS PÚBLICOS EM SAÚDE NO ESTADO DE ALAGOAS NO PERÍODO DE 2013 A 2017

BUDGETARY ANALYSIS OF PUBLIC HEALTH EXPENDITURE IN THE STATE OF ALAGOAS IN THE PERIOD FROM 2013 TO 2017

Valdemir da Silva (UFAL)
Mestre em Ciências Contábeis
E-mail: valdemir.silva@feac.ufal.br

Ernanda Pricylla Pimentel Freire (UFAL)
Bacharela em Ciências Contábeis
E-mail: ernanda_@hotmail.com

Laura Maria da Silva Nascimento (UFAL)
Bacharela em Ciências Contábeis
E-mail: laura_nascimento_@hotmail.com

José Jonas Alves Correia (UFPE)
Mestre em Ciências Contábeis
E-mail: profjonasalves@gmail.com

Luiz Carlos Miranda (UFPE)
Ph. D. Program In Agribusiness
E-mail: mirandaphd@gmail.com

RESUMO

Este estudo tem como objetivo analisar o comportamento dos gastos públicos na Secretaria de Saúde do Estado de Alagoas durante os anos de 2013 a 2017 e conhecer a forma que eles são executados, se realmente são destinados de maneira que atendam aos objetivos estabelecidos pelo governo. Apresentando os gastos das subfunções de saúde fins e meios da área da saúde, foi realizada uma pesquisa descritiva, com levantamento de dados e análise documental, de forma qualitativa e quantitativa, foram içados todos os gastos para verificar se os serviços públicos atendem aos interesses da sociedade de forma mais econômica e ao mesmo tempo eficiente. A pesquisa revela até certo ponto uma economia orçamentária, mas ao longo dos anos nota-se que ela se distanciou dos índices de gastos ideais para o governo. O estudo sugere uma melhor aplicação dos recursos para elevar a eficiência dos serviços públicos oferecidos.

Palavras-chave: Gastos públicos. Orçamento. Saúde.

ABSTRACT

This study aims to analyze the behavior of public spending in the Department of Health of the State of Alagoas during the years 2013 to 2017 and know the way they are executed if they are really intended to meet the goals set by the government. By presenting the health subfunctions expenditures ends and means of the health area, a descriptive research was carried out, with data collection and documentary analysis, in a qualitative and quantitative way, in which all the

expenses were spent to verify if the public services serve the interests of the society in a more economical and efficient way. Research reveals to some extent a budget economy, but over the years it has been noted that it has distanced itself from the ideal spending ratios for the government. The study suggests a better application of resources to increase the efficiency of public services offered.

Keywords: Public expenditure. Budget. Cheers.

1 INTRODUÇÃO

Apesar dos esforços do governo para possibilitar uma melhor destinação dos recursos na área da saúde, nem sempre os resultados alcançados são positivos dentro do sistema. Embora os gastos públicos aplicados à saúde apresentem o comportamento que sinaliza um desempenho semelhante à média de outros países que têm o mesmo nível de desenvolvimento econômico, os resultados efetivos, decorrentes da destinação dos recursos, mostram que o sistema de saúde pública no Brasil ainda é ineficiente: longa espera para marcar consulta ou para ser atendido na urgência ou emergência, falta de leitos, médicos e medicamentos; má formação dos profissionais de saúde; e má gestão de recursos (ALMEIDA, 2016; PREITE SOBRINHO, 2018).

Assim sendo, de acordo com Borges (2010), o desenvolvimento econômico manifesta-se pela combinação entre o aumento da economia e a evolução nas condições de vida da sociedade, com investimentos em saúde, educação, entre outros. Nesta perspectiva, a relação entre o gasto público em saúde pública e outras áreas de ações governamentais vem despertando em muitos pesquisadores o interesse de investigar o planejamento, a execução, o controle dos recursos públicos, bem como os resultados que são oferecidos aos usuários do serviço público em termos de eficiência, eficácia e efetividade.

Infere-se, então, que a execução dos gastos públicos em saúde, entre outras áreas de ação do governo, contribui para o desenvolvimento socioeconômico do Estado. Diante do contexto apresentando, desponta-se a seguinte questão de pesquisa: **Qual o comportamento dos gastos orçamentários em saúde pública no Estado de Alagoas no período de 2013 a 2017?** Dessa forma, esse artigo tem por objetivo investigar o comportamento dos gastos orçamentários em saúde pública no Estado de Alagoas no período de 2013 a 2017.

A pesquisa é justificada ao enveredar que na execução dos gastos em saúde pública o Estado de Alagoas é considerado um dos piores na gestão dos recursos públicos, a qual tem o impacto direto na assistência da população e na atuação dos profissionais, mostrando a ineficiência dos serviços oferecidos aos cidadãos alagoanos. Nesta perspectiva, diante da visível importância da saúde pública para a população, buscar a eficiência dos serviços de saúde é fato imprescindível para que se tenha um melhor aproveitamento dos recursos públicos, sobretudo em momentos de crise econômica, em que há uma limitação na disponibilidade dos recursos em contrapartida de um aumento na procura por serviços públicos, fazendo-se necessário ampliar a prestação de serviços diante de uma redução de recursos.

Esta pesquisa torna-se relevante em virtude da necessidade de analisar o comportamento dos gastos, uma vez que os resultados advindos da investigação darão um suporte informacional aos gestores públicos, à sociedade alagoana, bem como à academia, oferecendo a visão geral de quais tem sido as prioridades do governo do Estado de Alagoas na alocação dos recursos na área de saúde.

Em termos estruturais, a pesquisa está organizada em cinco seções, incluindo esta introdução. Na segunda seção é apresentado o referencial teórico. A terceira seção detalha os principais aspectos metodológicos utilizados na execução da investigação. A quarta seção evidencia os resultados do comportamento dos gastos públicos em saúde, cujas considerações finais são expostas na quinta e última seção.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Gastos Públicos

Os gastos públicos representam uma das principais peças de atuação do governo. Por meio da execução destes, os governantes estabelecem uma série de prioridades no que se refere à prestação de serviços públicos e aos investimentos a serem realizados (RIANI, 2009).

Segundo Silva (2007), o estudo dos gastos públicos relaciona-se com a análise das ações do Estado na economia dos países, essencialmente, por meio da aquisição dos recursos disponíveis na sociedade e a sua realocação em bens e serviços públicos para atendimento das políticas de governo.

Os recursos disponibilizados para o governo são limitados e as necessidades ilimitadas. Assim, neste contra-ponto, o gestor público deve gerenciar muito bem suas receitas e despesas a fim de atender as necessidades de todas as classes, produzindo resultados e benefícios satisfatórios.

Vários estudos (RESENDE, 2008; RIANI, 2009; SANTOS, 2015) sugerem que os gastos públicos podem elevar o crescimento econômico, aumentando a produtividade do setor privado. Por outro lado, um aumento dos gastos públicos financiados por impostos distorcidos e a ineficiência na alocação dos recursos podem superar o efeito positivo dessas externalidades (CÂNDIDO JÚNIOR, 2001).

Silva, Kuwahara e Maciel (2012) afirmam que um dos maiores desafios na formulação das políticas públicas é alocar recursos para que se obtenha o máximo de bem estar. Isto significa promover o mínimo de condições com moradia, trabalho, saúde, lazer, cultura e educação, além de promover medidas econômicas para o desenvolvimento da produção e dos meios de troca de bens e serviços essenciais, garantindo os aspectos sociais como igualdade, acessibilidade e qualidade de vida.

Como afirma Santos (2015), uma melhor forma de avaliar os gastos públicos é classificando-os em produtivos ou improdutivos. Gastos produtivos são aqueles utilizados de forma a atender a seus objetivos ao menor custo possível, onde os benefícios sociais são iguais ou superiores aos custos para obtê-los (CÂNDIDO JÚNIOR, 2001).

Já sobre os gastos improdutivos, seu conceito é dado pela diferença entre o gasto efetivo e o gasto que minimiza o custo na obtenção do mesmo objetivo, em que a diferença gera uma perda para a sociedade que tem um custo de oportunidade, com a aplicação de recursos em outras finalidades (CÂNDIDO JÚNIOR, 2001).

O papel do governo no desenvolvimento é relevante devido à sua capacidade de incentivar direta ou indiretamente a acumulação dos determinantes de crescimento socioeconômico. Rodrigues e Teixeira (2010) apresentam três funções básicas na alocação dos gastos públicos: alocativa, distributiva e de estabilização. Os pesquisadores afirmam que a função alocativa baseia-se no fato de que uma alocação eficiente de recursos não pode ser auferida somente pelo mercado, onde o Estado entra via fornecimento de bens públicos; a

função distributiva permite que a distribuição de renda se aproxime daquela considerada justa pela sociedade; já a função estabilizadora tem como objeto o controle da produção, do emprego, preços e equilíbrio do balanço de pagamentos, além do alcance de taxas apropriadas de crescimento econômico.

Conforme Rezende (2008), a vigorosa onda de políticas de reforma que se abateu sobre os Estados nacionais, a partir dos anos de 1990, contribuiu para a expansão do Estado e dos gastos públicos, os quais se tornaram um dos fenômenos constitutivos das sociedades modernas, configurando, conseqüentemente, uma tentativa de transformar padrões de intervenção e gestão pública em um dos mais significativos acontecimentos de nossos tempos.

As alterações nos níveis de gastos públicos, para Bogoni, Hein e Beuren (2011), afetam o nível de renda do país. Para controlar esta situação, o governo injeta recursos no setor privado por meio da compra de bens e serviços ou diminuindo sua tributação para poder expandir sua demanda agregada. O comportamento contrário também pode advir, quando o governo eleva o nível de tributação, buscando contrair sua demanda com a diminuição de seus gastos, fato este que repercute na demanda por bens e serviços no setor privado.

O desenvolvimento da cidadania, a partir do estudo dos gastos públicos, é de grande importância para nortear os gestores e, principalmente, ter o controle diante das exigências da sociedade através das limitações de recursos (MACHADO, 2011).

2.2 Qualidade do Gasto Público

Dentro do âmbito das finanças públicas e da economia do setor público, a qualidade do gasto público tem um grande potencial e passa a abrigar novos e velhos conceitos de forma reorganizada, para um melhor ajuste na formulação de políticas e ferramentas de acordo com os problemas atuais (MOTTA; MACIEL; PIRES, 2014).

Na Constituição Federal (CF) de 1988, ficam estabelecidos alguns princípios que auxiliam na melhoria do gasto público e ajudam a alcançar os resultados planejados para uma gestão pública mais gerencial e voltada a atingir os resultados esperados pela sociedade em contrapartida de uma administração estritamente burocrática (RAMOS, 2013).

O artigo 37 da CF/88 determina que a administração pública obedeça aos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência; além disso, os artigos 70 e 74 orientam que a gestão pública deve se reger por princípios de eficácia, efetividade e economicidade. Com isso, a realização de gastos no setor público deve estar inclinada pelas normas constitucionais e legais.

Para as avaliações de resultados das ações governamentais, a eficiência é um dos critérios mais utilizados, sendo inclusive exigido no art. 37 da Carta Magna. De acordo com Saturno (2008), tratando-se de serviços de saúde, a eficiência não deve ser entendida apenas como a melhor relação entre o custo e a quantidade produzida, mas, sim, atender as necessidades mínimas de efetividade, como resultado da aplicação de determinados recursos, levando em consideração a qualidade do serviço prestado.

Apresentando o gasto público por uma perspectiva mais operacional:

As melhores decisões de alocação do dinheiro público foram tomadas e delineadas através de projetos, programas e políticas públicas, resta acompanhar se os recursos originalmente pensados e designados para cada ação foram efetivamente aplicados. Mas é importante observar que tal acompanhamento não pode significar apenas uma conferência contábil, entre o que foi orçado e o que foi executado. É fundamental que seja feita atenta análise, considerando o idealizado, o proposto e os contextos interno e externo de implementação [...], uma vez satisfeita à condição primária de conferência entre o plano e a realidade, o segundo conjunto de preocupações a serem consideradas, flutua em torno das ideias de eficiência, eficácia e efetividade (MOTTA; MACIEL; PIRES, 2014, p. 6).

Conforme Silva *et al.* (2015), as melhorias das ações governamentais são sustentadas através das pesquisas de avaliações de resultados. No entanto, apesar da implementação das políticas públicas estarem dentro do processo de avaliação, essas pesquisas avaliativas auxiliam na execução do controle social, beneficiando também os controles internos e externos.

2.3 Gastos Públicos em Saúde

Com relação a área da saúde, o administrador público precisa ir além de administrar somente os recursos que estão sobre sua proteção, pois diferentemente da empresa privada, seus objetivos visam à qualidade de vida da população e não a obtenção de lucros, explica Slomski (1999). Aliado a esta lógica, Almeida (2016, p. 29) entende que “os gestores devem avaliar o resultado das ações ou investimentos públicos e os impactos por eles causados no desenvolvimento humano e social dos indivíduos”.

Tecendo especificamente sobre o gasto público com saúde, no Brasil, em relação às fontes de financiamento e de modalidades de atenção à saúde, o sistema é pluralista. De acesso universal e gratuito, o Sistema Único de Saúde (SUS) é financiado exclusivamente com recursos públicos obtidos por meio de impostos e contribuições sociais (RIBEIRO; PIOLA; SERVO, 2007). Portanto, é necessário que sua execução seja avaliada visando à melhoria nos serviços prestados à população. Os principais indicadores no setor saúde, segundo Ripsa (2008), estão associados à morbidade referida, morbidade hospitalar, mortalidade, atendimentos, recursos físicos, recursos humanos, recursos financeiros e doenças de notificação compulsória.

Para qualquer ente ou órgão que faça uso desses indicadores, cada um possui características específicas e finalidades próprias. Assim, é interessante levar em consideração os produtos que o sistema pode ofertar aos beneficiários, para avaliar as políticas de saúde, segundo previsto no *The World Development Report 2004* (WORLD BANK, 2004).

Buscando auferir melhores resultados na execução dos gastos com saúde, Mendes (2004) afirma que, desde a CF de 1988, o Brasil se incorporou ao federalismo fiscal, em que por meio da cobrança de tributos, os entes dispõem de receitas próprias, mas também de obrigações a partir dessas receitas, como uma forma de potencializar a eficiência do gasto através da divisão de tarefas.

Os recursos mínimos a serem aplicados nas ações e serviços públicos de saúde pela União, de acordo com a CF e a Lei Complementar (LC) nº 141 de 2012, deverão ser o valor empenhado no exercício anterior acrescido, no mínimo, do percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB); cabe aos Estados, percentual mínimo a ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde de 12% dos impostos estaduais; na esfera municipal, o

percentual é de 15% dos impostos municipais; e o Distrito Federal aplicará, no mínimo, doze por cento dos impostos estaduais e dos impostos não segregáveis.

O controle dos recursos com saúde concentra-se na eficiente captação, aplicação e distribuição dos recursos necessários provindos de orçamentos próprios e transferências intergovernamentais, sobretudo, da União para cumprir os desejos da população e os objetivos e metas propostos (SANTOS, 2006).

2.4 Contexto Histórico da Saúde Pública no Brasil

As seções seguintes abordarão o cenário histórico e nacional da Saúde Pública antes e depois da promulgação da Carta Magna de 1988.

2.4.1 Saúde Pública no Brasil Antes da Constituição Federal de 1988

A participação do Estado na resolução dos problemas de saúde da sociedade praticamente não existia até o início do século XX. Somente existiam intervenções para controlar epidemias específicas, a população que não tinha condições era submetida a tratamentos oferecidos pelas instituições filantrópicas, como as Santas Casas de saúde, algumas existentes até hoje (BERTOLLI FILHO, 2011).

Com a era Vargas, Bertolli Filho (2011) também afirma que a saúde pública foi bastante impulsionada com um modelo que combatia as enfermidades por todo tempo e não exclusivamente as épocas de surto epidêmico, implantando políticas que beneficiasse a população mais pobre.

Para Paulus e Cordonni (2006), mesmo com os avanços que ocorreram nesse período, a população ainda sofria com um serviço precário e limitado, pois as caixas de aposentadorias cobriam as doenças mais simples e as mais graves se tornaram um grande desafio para as autoridades responsáveis que além de possuir poucos recursos, esses eram aplicados sem nenhuma norma técnica. Foi quando começaram a surgir as primeiras empresas privadas, incentivadas pela proposta desenvolvimentista sistematizada pelo estado a partir do aumento do aporte de capital estrangeiro na economia nacional.

Apesar de a economia brasileira ter apresentado desempenho bastante promissor, principalmente entre 1968 e 1974, durante o regime militar o sistema de saúde enfrentou uma de suas maiores crises com várias epidemias assolando a população e o ministério da saúde tendo suas verbas resumidas em nome da política de segurança e desenvolvimento. Com a unificação das caixas de aposentadorias e criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, o governo passou a controlar todos os serviços médico-hospitalares, mas também enfrentou muitas dificuldades administrativas. Em 1974, foi criada a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV, 1974), responsável pela realização de serviços por meio de processamento de dados com a computação eletrônica. Essas medidas provocaram soluções positivas para o sistema de saúde pública, diminuindo o índice de mortalidade e o aumento da expectativa de vida da população (BERTOLLI FILHO, 2011).

2.4.2 Saúde Pública no Brasil Após a Constituição Federal de 1988

Com a CF de 1988 o sistema de saúde brasileiro sofreu grandes mudanças, trazendo um novo marco no programa brasileiro, com a criação do SUS e também com a absorção de alguns

dos princípios defendidos na 8ª conferência nacional de saúde, ocorrida em março de 1986, como universalidade do atendimento, equidade, descentralização, integralidade e participação social (SOARES, 2017).

O artigo 196 da CF/88, segundo Soares (2017), afirma que a saúde é de acesso universal e igualitário, sendo um direito de todos e um dever do Estado, trazendo pontos decisivos na nova política, como a promoção, proteção e recuperação para contemplar não só o tratamento das doenças, mas verificar formas de evitá-las através de atividades de proteção e promoção da saúde.

A lei nº 8.080 de setembro/90, criada dois anos depois da constituição, regulamenta a composição e desempenho do SUS para sua implantação.

Em razão da grande quantidade de vetos presidenciais que a referida lei sofreu principalmente no tocante a participação social e as formas de financiamento do sistema, em 28 de dezembro de 1990, é sancionada a lei 8.142/90 que reestabelece a participação da sociedade na gestão do SUS e define alguns critérios para repasses da união a estados e municípios para financiar ações de saúde (SOARES, 2017, p. 24).

A extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), em 1993, pela lei nº 8.689 de julho/93, fez suas funções serem absorvidas pelo Ministério da saúde nas três esferas do governo e, a partir daí, o SUS deixou de ter dependência financeira, passando a ter outros meios de financiamento, de acordo com o texto do § único, art. 1º da lei 8.689/93. Como afirma Rodrigues e Santos (2011), o sistema encarou grandes dificuldades com a perda de sua principal fonte que foram superadas a partir do ano 2.000 com o emprego de percentuais mínimos de aplicação de recursos com a autorização da Emenda Constitucional 29 (EC 29/00).

Como se pode concluir, o sistema de saúde brasileiro mostrou um grande progresso ao longo do tempo, passando de simples ações de intervenções para um tratamento dos problemas de forma coletiva e também no avanço das formas de aplicação dos recursos que só fizeram ampliar e contribuir com a política de saúde pública no Brasil (SOARES, 2017).

2.5 Classificação Funcional da Despesa

A classificação funcional nada mais é do que o desmembramento das dotações orçamentárias em funções e subfunções, que de acordo com o Manual Técnico de Orçamento (MTO), busca responder em que área da atividade governamental a despesa será realizada, para que possamos identificar onde é gasto a maior parte do dinheiro e em quais setores estão sendo aplicados mais recursos, segundo explicam Boueri, Rocha e Rodopoulos (2015).

A ação do governo é definida para um período de quatro anos no Plano Plurianual (PPA), organizada para a execução dos objetivos e possibilitar o gerenciamento dos programas fixados, destacando a destinação dos recursos públicos.

Ainda de acordo com o Manual Técnico de Orçamento (MTO), uma função se associa com a missão institucional de cada órgão e corresponde ao maior nível de acumulação dentro das diversas áreas de atuação do setor público. E a subfunção representa um nível inferior à função, demonstrando cada área de atuação do governo por meio da identificação da natureza de ações que se formam ao redor das funções.

A classificação aponta a área precisa a ser utilizada pela despesa, por isso sua separação em subfunções: 301 – Atenção básica; 302 – Assistência hospitalar e ambulatorial; 303 –

Suporte profilático e terapêutico; 304 – Vigilância sanitária; 305 – Vigilância epidemiológica; 306 – Alimentação e nutrição (MPOG, 1999). Para analisar os gastos com saúde, normalmente essas classificações são as mais utilizadas, embora o orçamento estadual incorpore outras (SANTOS *et al.*, 2017).

A atenção básica não necessita de tecnologias especializadas para o fornecimento de seus serviços, ela utiliza ações de saúde variadas. O primeiro nível, por estar mais próximo à população, é o estágio em que encontramos as unidades básicas de saúde (CECÍLIO *et al.*, 2012).

Conforme o portal do Ministério da Saúde, a assistência hospitalar garante o atendimento aos usuários a partir das necessidades da população, trabalhando na aplicação e regulação do acesso, na segurança dos pacientes e na qualidade dos serviços prestados. Já o suporte profilático e terapêutico evita a disseminação e contaminação, através de medidas de saneamento, educação e tratamento das doenças.

A Vigilância sanitária fiscaliza e inspeciona processos produtivos que possam oferecer riscos e causar danos ao trabalhador, ao meio ambiente e à saúde da população e a vigilância epidemiológica identifica as principais doenças e analisa as epidemias em determinados territórios, agindo no combate a essas enfermidades (VIGILÂNCIA EM SAÚDE, 2018).

A alimentação e a nutrição têm como objetivo:

A melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p. 21).

Outras subfunções são consideradas como tal as subfunções de apoio administrativo, ou seja, aquelas referentes à administração e manutenção tais como planejamento e orçamento (121), administração geral (122), administração financeira (123), controle interno (124), tecnologia da informação (126), formação de recursos humanos (128) e comunicação social (131). São também consideradas as subfunções relacionadas à proteção e benefícios do trabalhador (331), juros da dívida interna e externa (843 e 844), refinanciamento da dívida interna e externa (841 e 842) (MANUAL SIOPS, 2017, p. 120).

A gestão dessas ações ou ação administrativa, de acordo com Brasil (2011), presume o desenvolvimento de um processo que envolve as funções de planejamento, organização, direção e controle que deverá trazer o cuidado nutricional de forma alinhada, planejada e articulada nos diferentes níveis de atenção à saúde e entre as unidades de saúde e suas equipes de serviços.

3 METODOLOGIA DA PESQUISA

3.1 Tipologia da Pesquisa

Esta pesquisa, quanto a sua natureza, pode ser classificada como aplicada, uma vez que o seu objetivo é produzir conhecimentos e aplicá-los na solução de um problema concreto e específico.

Quanto ao seu objetivo, a pesquisa configura-se como descritiva, uma vez que se descreve as características da população do estudo quanto à evidenciação de informações públicas. Os procedimentos adotados compreendem o levantamento de dados dos gastos

orçamentários em saúde pública no âmbito do estado de Alagoas. A sua abordagem apresenta-se de forma qualitativa e quantitativa.

Na abordagem qualitativa, as ideias não são satisfatórias e busca-se compreender as intenções e resultados das ações a partir de dados descritivos através do contato direto do pesquisador com o que está sendo estudado e a quantitativa é realizada por meio da coleta de dados que são analisados por métodos matemáticos e dão maior segurança e precisão aos resultados.

3.2 Coleta, Tabulação e Tratamento dos Dados

Os dados propostos para análise nesta pesquisa são secundários, tendo sido coletados a partir de bancos de dados disponíveis pela Secretaria do Tesouro Nacional (STN), que trata das Finanças do Brasil (FINBRA), durante os anos de 2013 a 2017, investigando a Lei Orçamentária Anual (LOA), do Relatório Resumido de Execução Orçamentária (RREO), do Relatório de Gestão Fiscal (RGF), bem como o Balanço Orçamentário do Estado de Alagoas.

A tabulação e o tratamento dos dados foram feitos com a utilização do programa *Microsoft Excel* versão 2016. Para isso, foram criadas planilhas para os registros dos dados coletados e analisados anualmente.

3.3 Indicadores Utilizados na Pesquisa

Definir medidas de avaliação e monitoramento do gasto público com saúde é uma tarefa complexa. No entanto sua operacionalização requer, muitas vezes, indicadores que apesar de simplificar os processos permitem sua incorporação no apoio à gestão e viabilizam sua adoção como instrumento de trabalho da gestão.

O Quadro 1 apresenta os indicadores dos gastos públicos em saúde, destacando sua fórmula de cálculo.

Quadro 1 – Indicadores dos gastos públicos em saúde

Indicador	Fórmula
Gasto <i>per capita</i>	$\frac{\text{Despesa Orçamentária Fixada – Função Saúde}}{\text{População estimada (IBGE) no ano}}$
Gasto executado <i>per capita</i>	$\frac{\text{Despesa Orçamentária Empenhada – Função Saúde}}{\text{População estimada (IBGE) no ano}}$
Participação dos gastos fixados com saúde na LOA	$\frac{\text{Despesa Orçamentária Fixada – Função Saúde}}{\text{Despesa Orçamentária Fixada na LOA}} \times 100$
Participação dos gastos totais em saúde executados no orçamento do Estado	$\frac{\text{Despesa Empenhada – Função Saúde}}{\text{Despesa Executada – Função Saúde}} \times 100$
Cobertura dos gastos com a função saúde	$\frac{\text{Despesa Empenhada – Função Saúde}}{\text{Receita Arrecadada – Estado}} \times 100$
Participação dos gastos executados com investimentos função saúde	$\frac{\text{Investimentos Empenhados – Função Saúde}}{\text{Despesas Totais Executadas com Saúde}} \times 100$

Participação dos gastos executados com pessoal e encargos sociais na área de saúde no orçamento do Estado de Alagoas

Pessoal e Encargos Sociais Empenhados – Função Saúde
Despesas Totais Executadas com Saúde

Fonte: Elaborado pelos autores, 2018.

No Quadro 1, a categorização dos indicadores propostos por esta pesquisa está seguida da sua fórmula para facilitar a avaliação do gasto público com saúde no Estado de Alagoas e o entendimento mais aguçado dos seus resultados descritos a seguir.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Esta seção demonstra os gastos orçamentários com saúde e os gastos orçamentários com as subfunções de saúde (gastos fixados, gastos executados, atenção básica, assistência hospitalar e ambulatorial, suporte profilático e terapêutico, vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, alimentação e nutrição e outras subfunções) que foram considerados como *per capita*, haja vista que tal procedimento tende a minimizar as diferenças existentes entre as subfunções avaliadas.

4.1 Gastos Orçamentários Fixados e Gastos Executados *Per Capita*

Verificam-se, conforme a Tabela 1, a análise comparativa entre os indicadores dos gastos planejados e os gastos executados em Saúde, ambos *per capita*.

Tabela 1 – Gastos orçamentários *per capita* com saúde no Estado de Alagoas

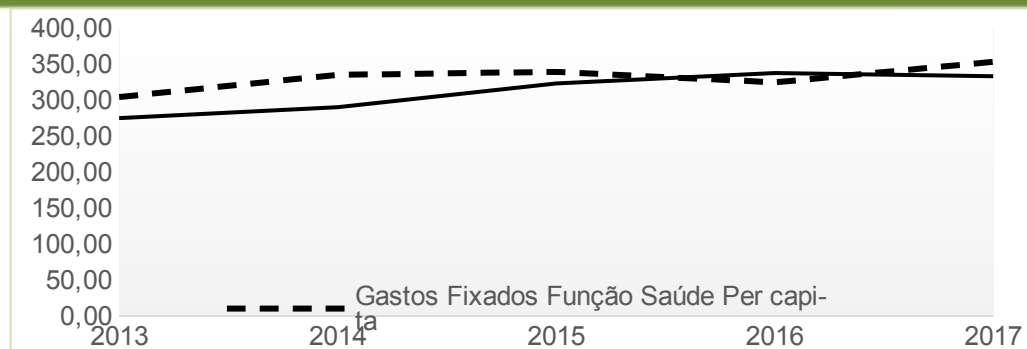
	2013	2014	2015	2016	2017
Gastos fixados função Saúde <i>per capita</i>	304,53	335,26	339,45	324,78	353,48
Gastos executados função Saúde <i>per capita</i>	275,26	290,31	323,28	337,88	333,47

Fonte: Resultados da pesquisa, 2018.

Excetuando 2016, o gasto *per capita* fixado para a função Saúde foi superior ao gasto executado *per capita*, mostrando que houve economia orçamentária. Entretanto, em 2016, para que o gasto *per capita* executado superasse o que foi fixado, o Estado utilizou créditos adicionais para reforçar a execução das ações de Saúde. Tal achado pode ser explicado em virtude do crescimento populacional e assistido nesse exercício fiscal quando comparado a 2013 e 2014, e, ainda, pelo fato de os gastos públicos ligados à manutenção de serviços como Educação e Saúde possuírem uma correlação direta com os gastos referentes ao crescimento e distribuição de renda. Como aponta Silva e Medeiros (2018), no Estado do Piauí, gastos com Saúde, considerados como despesas correntes, são superiores aos gastos com investimentos.

Essa situação é ratificada no Gráfico 1, uma vez que é possível demonstrar a variação dos gastos orçamentários fixados e executados na função Saúde (*per capita*).

Gráfico 1 – Gastos fixados *versus* gastos executados



Fonte: Elaborado pelos autores, 2018.

Em relação aos gastos na função Saúde, é possível observar que, nos anos de 2013 a 2017, os gastos executados ficaram abaixo dos gastos fixados. Apenas em 2016, verifica-se que os gastos executados ultrapassaram os gastos fixados, ou seja, empenhou-se mais do que foi orçado. Por se tratar de gastos direcionados àqueles contemplados pela execução dos serviços públicos do Estado, por vezes, pode variar de acordo com o total da população efetivamente assistida por estes gastos.

4.2 Estrutura e Evolução dos Gastos Orçamentários em Saúde

Os gastos orçamentários *per capita* executados pelo Estado de Alagoas nas subfunções Saúde, durante os anos de 2013 a 2017, estão expostos na Tabela 2.

Tabela 2 – Gastos orçamentários *per capita* executados nas subfunções Saúde

	2013	2014	2015	2016	2017
Atenção Básica <i>per capita</i>	4,29	5,88	3,99	2,00	1,19
Assistência Hospitalar e Ambulatorial <i>per capita</i>	156,44	177,91	207,12	232,99	228,87
Suporte Profilático e Terapêutico <i>per capita</i>	0,00	0,56	0,96	7,06	10,30
Vigilância Sanitária <i>per capita</i>	0,00	0,00	0,00	0,01	0,02
Vigilância Epidemiológica <i>per capita</i>	3,69	4,42	1,87	0,96	1,25
Alimentação e Nutrição <i>per capita</i>	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras Subfunções <i>per capita</i>	110,84	101,54	109,33	94,86	90,36

Fonte: Resultados da pesquisa, 2018.

Os dados acima revelam que a maior parte do gasto executado é para as ações de Assistência Hospitalar e Ambulatorial *per capita*. Os gastos *per capita* com Atenção Básica e Vigilância Epidemiológica declinaram em função da contenção dos gastos. Os gastos com suporte profilático vêm evoluindo. Alimentação e Nutrição *per capita* inexistem. Esses achados são congruentes com os relacionados, segundo Pereira (2018), aos gastos públicos com Assistência Hospitalar e Ambulatorial, esses se mostram como componente de centralidade na execução dos serviços públicos de alguns municípios brasileiros.

É possível analisar e avaliar a estrutura dos Gastos na Função Saúde, quando se verifica a análise vertical das subfunções de Saúde, como explicita a Tabela 3.

Tabela 3 – Estrutura dos gastos executados função Saúde nos exercícios de 2013 a 2017

Subfunções	2013	2014	2015	2016	2017
Atenção Básica	1,56	2,03	1,24	0,59	0,36

Assistência Hospitalar e Ambulatorial	56,84	61,28	64,07	68,96	68,94
Suporte Profilático e Terapêutico	0,00	0,19	0,30	2,09	3,10
Vigilância Sanitária	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01
Vigilância Epidemiológica	1,34	1,52	0,58	0,29	0,38
Alimentação e Nutrição	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras Subfunções	40,27	34,98	33,82	28,07	27,22
TOTAL	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fonte: Resultados da pesquisa, 2018.

Os números observados nesta análise mostram que mais de 90% dos gastos em Saúde são destinados à Assistência Hospitalar e Ambulatorial e outras subfunções. Os gastos com Atenção Básica, Suporte Profilático e Terapêutico e Vigilância Epidemiológica são insignificantes. Vigilância Sanitária, Alimentação e Nutrição não têm sido prioridades, pois não são executados, resultados corroborados com a análise de Pereira (2018). Mesmo sendo insignificantes em se tratando do Estado de Alagoas, cabe destacar e analisar os gastos com Atenção Básica, conforme Frio, Triaca e Fochezatto (2017), no Estado do Rio Grande do Sul esta subfunção da Saúde ganha certa representatividade, há transferências de recursos do governo federal para os municípios gaúchos, em média, R\$ 1.661.311,00 por município.

A evolução dos gastos na função Saúde é apresentada a seguir, conforme os números evidenciados na Tabela 4. Dessa forma, é possível identificar o crescimento ou involução dos gastos públicos com Saúde no Estado de Alagoas durante o corte temporal analisado.

Tabela 4 – Evolução dos gastos função Saúde nos exercícios de 2013 a 2017

Subfunções	2013	2014	2015	2016	2017
Atenção Básica	-	37,98	-31,71	-49,58	-40,11
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	-	14,42	17,09	13,10	-1,27
Suporte Profilático e Terapêutico	-	-	73,38	637,01	46,62
Vigilância Sanitária	-	-	-	-	235,09
Vigilância Epidemiológica	-	20,68	-57,48	-48,16	30,57
Alimentação e Nutrição	-	-	-	-	-
Outras Subfunções	-	-7,83	8,30	-12,77	-4,27
TOTAL	-	6,12	12,00	5,08	-1,25

Fonte: Resultados da pesquisa, 2018.

É possível observar que a subfunção Atenção Básica reduziu com o passar dos anos, principalmente no ano de 2017 (redução de 40,11%) em relação ao ano de 2016. Em relação à Assistência Hospitalar, houve aumento da destinação no período de 2014 a 2016, porém em 2017, houve redução (1,27%). Suporte profilático e Terapêutico destacou-se no ano de 2016 com acréscimo de destinação de 637,01% em relação ao ano de 2015. No entanto, em 2017 cresceu somente 46,62% em relação ao ano anterior. A Vigilância Sanitária não foi executada no período de 2013 a 2015, revelando em 2017 235,09%.

Somente pode-se verificar aumento na execução de Outras Subfunções no ano de 2015. Nos demais anos, houve redução. Em uma análise mais ampla é necessário destacar que o ano de 2015 apresentou um aumento de 12% em relação ao ano anterior e o ano de 2017 sofreu uma redução na destinação total de 1,25% em relação ao ano anterior.

Tais resultados são divergentes quando comparados com os achados do Estado de Santa Catarina. Como elucidam Engelage *et al.* (2018), que o indicador mais afetado pelos gastos em Saúde é a cobertura de Atenção Básica, contrariando os achados de Alagoas, onde se percebe que os maiores gastos da função Saúde são efetivados com Assistência Hospitalar e

Ambulatorial. Outro ponto destacado pelos referidos autores é de que os gastos com Suporte Profilático e Terapêutico e com Alimentação e Nutrição diminuem a eficiência da execução dos gastos públicos, entretanto, os gastos com Atenção Básica, Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica a elevam.

4.3 Indicadores de Execução dos Gastos com Saúde

Conforme Ocké-Reis e Funcia (2015, p. 43), a dificuldade do subfinanciamento na área de Saúde no Brasil se tornou mais crítica a partir de 2014, quando os valores alocados pela União, a fim de cumprir a aplicação mínima constitucional, já não se apresentavam “[...] suficientes para cumprir com as despesas pactuadas com estados e municípios”, provocando, por vezes, insuficiência orçamentária. Neste aparato a Tabela 5 evidencia a participação dos gastos em Saúde Pública no orçamento do Estado de Alagoas.

Tabela 5 – Participação dos gastos com Saúde no orçamento do Estado de Alagoas

	2013	2014	2015	2016	2017
Participação dos Gastos fixados com Saúde na LOA	14,05	13,40	13,61	12,95	11,65
Participação dos Gastos Totais com Saúde Executados no orçamento do Estado	14,17	13,65	14,12	10,88	13,48
Cobertura dos Gastos com a Função Saúde	12,28	10,83	11,64	8,87	11,80
Participação dos Gastos executados com investimentos Função Saúde	0,45	0,41	0,26	0,11	0,52
Participação Gastos executados com Pessoal e Encargos sociais na área de Saúde no orçamento do estado de Alagoas	4,78	3,96	4,84	3,66	4,09

Fonte: Resultados da pesquisa, 2018.

Os gastos fixados em Saúde na LOA vêm apresentando sensíveis reduções. A despesa fixada na função Saúde não aumentou proporcionalmente com a despesa fixada do Estado. Já os gastos totais com Saúde executados no orçamento do Estado oscilou de um ano para outro, tendo seu menor valor em 2016 (10,88). O indicador cobertura dos gastos com a função Saúde também se manteve oscilante e o seu menor valor ocorreu em 2016 (8,87). Recuperando-se em 2017 com 11,80 de despesa empenhada em relação ao que foi arrecadado.

Os gastos executados com investimentos na função Saúde são insignificantes, visto que o maior percentual foi em 2017 (0,52). Já os gastos executados com Pessoal e Encargos Sociais na Área de Saúde no orçamento do Estado de Alagoas apresentaram maior execução em 2015 (4,84). Em 2016, chegaram 3,66, quando foi considerado o menor valor do período analisado.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo foram analisados os gastos orçamentários com Saúde do Estado de Alagoas e suas subfunções no período de 2013 a 2017, foi feito um comparativo entre o que foi planejado e executado em relação aos gastos e seu comportamento ao longo de cada período estudado, a fim de verificar a forma como os gastos são definidos e como vêm sendo executados, atendendo aos objetivos definidos.

De acordo com as informações apresentadas, os dados revelaram uma economia orçamentária nos anos de 2013, 2014, 2015 e 2017, porém em 2016, a despesa realizada foi maior do que a despesa fixada. Quanto aos gastos executados por subfunção, nota-se uma

diminuição nos índices dos gastos, principalmente em relação à Atenção Básica e Vigilância Epidemiológica, já a Assistência Hospitalar e Ambulatorial e outras subfunções ocupam mais de 90% dos gastos executados. O Suporte Profilático vem evoluindo durante os anos, porém de forma irrelevante e os gastos com Vigilância Sanitária e Alimentação e Nutrição nem se quer foram executados.

Esses resultados mostram que apesar do aumento significativo na execução orçamentária no ano de 2017, a Saúde pública de Alagoas está distante dos índices ideais dos gastos na saúde. Portanto, é inquestionável a necessidade de mais recursos nesta área, pois se percebe que os gastos em Saúde não são prioridade para o governo, ver-se a Assistência Hospitalar e Ambulatorial e outras subfunções, somente, como as mais priorizadas.

Ações de Vigilância Sanitária também são muito importantes para questão da segurança, qualidade e eficácia dos produtos e fixação dos interesses sanitários da população para regular o mercado com controles que garantam a Saúde tanto humana como ambiental. Ações de Alimentação e Nutrição garantem a qualidade dos alimentos colocados para consumo no país e a promoção de práticas alimentares saudáveis para a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais propiciando acesso aos alimentos.

Outro ponto que também merece atenção são os investimentos para a área de Saúde, os quais são muito baixos, sinalizando a necessidade de o governo priorizar e aperfeiçoar a sua capacidade de gerenciamento dos recursos, para atender a demanda necessitada, a exemplo da compra de equipamentos médico-hospitalares, reformas de unidades de saúde e estratégias para evitar a longa espera para atendimentos e exames médicos.

Por outro lado, as Despesas com Pessoal e Encargos Sociais tem seu limite fixado pela Lei de Responsabilidade Fiscal, elas estão praticamente atingindo o limite máximo estabelecido, comprometendo, por conseguinte, grande parte da receita arrecada e sacrificando os recursos destinados a investimentos, sejam em equipamentos, melhorias estruturais nos postos de atendimentos e unidades básicas, como também em treinamentos para seus prestadores de serviços.

Esta investigação permitiu observar que os valores do orçamento público são insuficientes e são administrados de maneira incorreta, portanto, mantém-se abaixo do ideal na questão de gestão dos recursos para área da saúde. É importante que sejam aplicados sistemas de controle para uma maior capacidade de gerenciamento dos insumos e levantamento dos gastos apresentados para fornecimento de informações completas para a tomada de decisão de maneira mais eficiente.

Os resultados obtidos são importantes para geração de experiência e conhecimento metodológico no desenvolvimento de pesquisas científicas, e para o ramo das finanças públicas, a utilização das informações sobre o controle dos custos e despesas tem um papel fundamental no que se refere ao bom desempenho dentro da gestão pública.

Para trabalhos futuros sugere-se a extensão desta pesquisa em estudos que possam ser feitos como exemplo deste, em que se possa conhecer mais sobre a forma de construção e uso do orçamento como ferramenta de planejamento governamental em cada município, isoladamente, que além de explorar os gastos orçamentários, possam ser abordados temas como a eficiência dos serviços prestados em suas unidades de saúde para complementar o objeto deste estudo.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, J. E. G. S. **Gasto público e sua influência no índice de desempenho do sistema único de saúde dos municípios pernambucanos**. 2016. 112 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Contábeis). Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, Recife/PE, 2016.
- BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde**. 5 ed. São Paulo: Ática, 2011.
- BOGONI, N. M.; HEIN, N.; BEUREN, I. M. Análise da relação entre crescimento econômico e gastos públicos nas maiores cidades da região Sul do Brasil. **Revista de Administração Pública**, v. 45, n. 1, p. 159-179, Jan./fev, 2011.
- BORGES, M. F. **Qualidade do gasto público municipal: uma abordagem microrregional para o Estado do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: UFRGS, 2010.
- BOUERI, R.; ROCHA, F.; RODOPOULOS, F. **Avaliação da qualidade do gasto público e mensuração da eficiência**. Brasília: Secretaria do Tesouro Nacional, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios - Conselho nacional de secretarias municipais de saúde**. 3 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.
- CÂNDIDO JÚNIOR, J. O. Os gastos públicos no Brasil são produtivos? **Planejamento e Políticas Públicas – PPP**, n. 23, p. 233-260, 2001.
- CECILIO, L. C. O et al. A atenção básica à saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p.2893-2902, 2012.
- ENGELAGE, E.; REIS, L. S.; BORGERT, A.; BARBETTA, P. A. Reflexo da aplicação dos recursos públicos municipais nos indicadores de saúde em Santa Catarina. In: **Anais do Congresso Brasileiro de Custos – ABC**, 2018, Vitória/ES. Anais...Vitória/ES: lugar do evento, 2018.
- FRIO, G. S.; TRIACA, L. M.; FOCHEZATTO, A. Eficiência dos gastos públicos municipais em saúde: uma análise utilizando o método DEA em dois estágios. **Perspectiva Econômica**, v. 13, n. 3, p. 192-202, 2018.
- MOTTA, A. R.; MACIEL, P. J.; PIRES, V. A. Qualidade do gasto público: revisitando o conceito em busca de uma abordagem polissêmica articulada. **Escola de Administração Fazendária – ESAF**, n.18, p. 2-10, 2014.
- OCKÉ-REIS, C. O; FUNCIA, F. R. O esgotamento do modelo de financiamento do SUS. **Consensus - Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde**, n. 17, p. 42-45, out/dez. 2015. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/revistaconsensus_17.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2018.
- PEREIRA, J. E. **Centralidade municipal e interdependência de gastos públicos com saúde: evidências para o Brasil, Nordeste e Rio Grande do Norte**. 2018. 108 f. Dissertação

(Mestrado em Ciências Contábeis). Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, Natal/RN, 2018.

PORTAL DA TRANSPARÊNCIA GRACILIANO RAMOS (Alagoas Orçamento). **LOA, RREO e RGF do Estado de Alagoas, 2013 a 2017**. Disponível em: <<http://transparencia.al.gov.br/orcamento/lei/>>. Acesso em: 22 jun. 2018.

PREITE SOBRINHO, W. Falta de médicos e de remédios: 10 grandes problemas da saúde brasileira. **UOL Notícias Ciência e Saúde** (2018). Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/saude/listas/falta-medico-e-dinheiro-10-grandes-problemas-da-saude-no-brasil.htm>>. Acesso em: 31 ago. 2018.

REZENDE, F. **Finanças públicas**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 2012.

REZENDE, F. C. Teoria comparada e a economia política da expansão dos gastos públicos. **Economia Aplicada**, v. 12, n. 4, p. 607-633, Out./dez, 2008.

RIBEIRO, J. A.; PIOLA, S. F.; SERVO, L. M. S. As novas configurações de antigos problemas: financiamento e gasto com ações e serviços públicos de saúde no Brasil. **Divulgação em Saúde para Debate**, n. 37, p. 21-43, jan, 2007.

RODRIGUES, R. V.; TEIXEIRA, E. C. Gasto público e crescimento econômico no Brasil: uma análise comparativa dos gastos das esferas de governo. **Revista Brasileira de Economia**, v. 64, n. 4, 2010.

SANTOS, M. S. **Qualidade do gasto no setor público: um estudo na Fundação Universidade de Brasília**. 2015. 94 f. Dissertação (Mestrado em Economia). Faculdade de Administração, Contabilidade e Economia (FACE) da Universidade de Brasília (UnB), Brasília, 2012.

SEFAZ – Secretaria de Estado da Fazenda Governo do Estado. **Balanco geral do Estado de Alagoas, 2013 a 2017**. Disponível em: <<http://www.sefaz.al.gov.br/legislacao/40-financas/gestao-financeira-orcamentaria/131-balanco-geral-do-estado>>. Acesso em: 18 jun. 2018.

SILVA, A. R. P.; SILVA, M. C.; SOUZA, F. J. V.; SILVA, J. D. G. Gastos públicos na melhoria da qualidade de vida: avaliação de funções de governo dos 40 municípios melhores classificados no IDHM. **Revista de Administração e Contabilidade**, v. 7, p. 5-21, 2015.

SILVA, C. A. T. **Custos no Setor Público**. Brasília: Universidade de Brasília, 2007.

SILVA, G. S.; MEDEIROS, A. L. Análise das despesas orçamentárias do Estado do Piauí de 2013 a 2016: os gastos com despesas correntes e de capital. **Revista Cereus**, v. 10, n. 1, p. 130-144, 2018.

SILVA, J. M. C.; KUWAHARA, M. Y.; MACIEL, V. F. A eficiência dos gastos municipais na geração de bem-estar na região metropolitana de São Paulo. **Revista de Desenvolvimento Econômico - RDE**, Salvador, Ano XIV, n. 26, dezembro, 2013.

WORLD BANK. Policymakers and providers. **World development report: making services work for poor people**. Washington, DC, p. 95-108, 2004.