



Congresso Internacional de Administração  
ADM 2021

Administração Ágil  
Inovação e Trabalho Remoto

25 a 27  
de outubro

Ponta Grossa - Paraná - Brasil

## **GASTOS EM SAÚDE NA REGIÃO METROPOLITANA DE MARINGÁ: UM ESTUDO SOBRE A APLICAÇÃO E ÁREAS DE PRIORIDADES NO ORÇAMENTO PÚBLICO**

### ***HEALTH EXPENDITURE IN THE METROPOLITAN REGION OF MARINGÁ: A STUDY ON APPLICATION AND PRIORITY AREAS IN THE PUBLIC BUDGET***

#### **ÁREA TEMÁTICA: ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**

Roberto Rivelino Martins Ribeiro, Universidade Estadual de Maringá, Brasil, [rivamga@hotmail.com](mailto:rivamga@hotmail.com)

Laís Tamires de Sá Custódio, Universidade Estadual de Maringá, Brasil, [laistamires9@gmail.com](mailto:laistamires9@gmail.com)

Juliane Andressa Pavão, Universidade Estadual de Maringá, Brasil, [julianepavao@hotmail.com](mailto:julianepavao@hotmail.com)

Kerla Mattiello, Universidade Estadual de Maringá, Brasil, [m\\_kerla@yahoo.com.br](mailto:m_kerla@yahoo.com.br)

#### **Resumo**

Este estudo realiza uma análise do orçamento da saúde na região metropolitana de Maringá, a partir do objetivo de averiguar os gastos na área da saúde a partir do planejamento e execução orçamentária em termos de destinação de recursos e nas áreas, os valores e subfunções prioritárias. Como base teórica, contempla o sistema de saúde pública do Brasil, o planejamento e orçamento municipal, e, alguns estudos empíricos relacionados ao tema. Os procedimentos metodológicos utilizados se caracterizam como sendo pesquisa de natureza descritiva, de forma aplicada, analisada qualitativamente e quantitativamente, com uso de técnicas bibliográficas, documentais e *ex-post facto* realizada em ambiente de campo. Elegeram-se como objeto de estudo o orçamento da saúde da região metropolitana de Maringá, composta por 26 municípios, contemplando os anos de 2015 a 2020. Os dados são provenientes de documentos públicos da saúde, a partir do Relatório Resumido da Execução Orçamentária (RREO), divulgados no site Tribunal de Contas do Estado do Paraná. Os resultados apontaram que as subfunções Assistência Hospitalar e Ambulatorial e Atenção Básica foram as que mais receberam recursos e Alimentação e Nutrição a menos contemplada; destaca-se os municípios de Maringá e Sarandi que mais ocorrências tiveram; os demais municípios tiveram menor destaque na média de gastos absolutos, porém, quando da averiguação *per capita*, alguns se manifestaram mais expressivos, com alternância no ranqueamento.

**Palavras-chave:** Orçamento Público; Gastos na Saúde; Região Metropolitana de Maringá.

#### **Abstract**

*This study performs an analysis of the health budget in the metropolitan region of Maringá, from the objective of ascertaining expenditures in the health area from the planning and budget execution in terms of allocation of resources and priority areas, values and sub-functions. As a theoretical basis, it includes the public health system in Brazil, municipal planning and budget, and some empirical studies related to the topic. The methodological procedures used are characterized as being descriptive research, in an applied way, analyzed qualitatively and quantitatively, using bibliographic, documentary and ex-post facto techniques carried out in a field environment. The health budget of the metropolitan region of Maringá was chosen as the object of study, comprising 26 municipalities, covering the years 2015 to 2020. The data come from public health documents, from the Summary Report of Budget Execution (RREO), published on the website of the Court of Accounts of the State of Paraná. The results showed that the Hospital and Outpatient Care and Primary Care subfunctions were the ones that received the most resources and Food and Nutrition the least covered; the municipalities of Maringá and Sarandi stand out with the most occurrences; the other municipalities were less prominent in the average of absolute*

*expenditures, however, when the per capita investigation was carried out, some were more expressive, with alternating rankings.*

**Keywords:** *Public budget; Health Expenditures; Metropolitan Region of Maringá.*

## 1. INTRODUÇÃO

A saúde é um direito do cidadão brasileiro e um dever do Estado, o qual deve assegurar e promover ações e políticas sociais que proporcionem a redução do risco de doença e de outros agravos, bem como o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988). A responsabilidade se encontra partilhado pelos três entes federativos: União, estados e municípios, sucedendo um direito a todos e de acesso ilimitado e liberal entre os cidadãos, sendo estabelecido esse direito pela Constituição Federal de 1988 no artigo 196.

Nesse sentido, há por parte dos entes federados, a obrigação e responsabilidade de proporcionar acesso aos serviços da saúde ao cidadão mediante a realização de planejamentos e os orçamentos, que se traduzam em políticas e ações na área, conforme se verifica na Lei 8.080/90 no artigo 8º, na qual consta que o planejamento do orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) deve se dar de maneira regionalizada, para analisar as necessidades de cada região, bem como, a União controla a saúde por meio do Ministério da Saúde. Já os Estados, Distrito Federal e Municípios são dirigidos pelas suas respectivas Secretarias da Saúde ou órgão equivalente. Compete ao Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Saúde Pública (CONASS), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e o Conselho Nacional de Saúde determinar as diretrizes gerais para os entes.

Na Constituição Federal (1988), consta descrito os instrumentos obrigatórios que compõem este processo de planejamento, os quais são: o Plano Plurianual, Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual, que constitui o orçamento. Na saúde, de acordo com o art. 35 da Lei 8080/90, os fundos que são distribuídos para a União, Estados e Municípios devem ser destinados de acordo com a qualidade da rede de saúde, desempenho técnico, econômico e financeiro (Brasil, 1990). Há menção também do que compete a cada ente federativo em termos de responsabilidade e obrigatoriedade de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais, estimativa do plano quinquenal de investimentos da rede e até então a remuneração do atendimento aos serviços prestados para outros setores do governo. Portanto, esses fundos carecem do orçamento que seja capaz de ser elaborado e organizado de modo a refletir as necessidades locais e prevejam as ações a serem realizadas no âmbito da saúde.

A saúde pública é a única forma para cidadãos que não tem condições financeira de ter acesso aos serviços de saúde. Os cidadãos descobrem seus direitos constitucionais na área da saúde para aquisição de medicamentos ou tratamentos de valor alto não pressupostos pelo SUS, mas que são integrais já que está estabelecido na Constituição Federal (1988), na qual assegura os serviços de saúde dos brasileiros de modo universal (Brasil, 1988).

Para viabilizar a pesquisa, se estabeleceu como objetivo averiguar os gastos na área da saúde a partir do orçamento planejado e realizado na região metropolitana de Maringá, em termos de aplicação percentual e das áreas prioritárias de destinação. Com relação ao objeto da pesquisa se escolheu os 26 municípios da região metropolitana de Maringá, Paraná; os dados provêm dos portais da transparência e de sítios eletrônicos oficiais que são obrigados por legislação, a tornar público essas informações. O período de abrangência da pesquisa contempla os anos de 2015 a 2020. Em termos de relevância, se intui que os resultados da pesquisa tornem público ao cidadão como tem sido aplicado e gerida os recursos destinados à saúde nos municípios componentes da pesquisa.

Determinou-se, em termos de estruturação, que este artigo se compõe de cinco seções. A primeira estabelece uma introdução que aborda o tema e descreve o contexto, objetivo, objeto, justificativa e delimitação. Consta na segunda seção uma revisão de literatura com propósito de dar fundamentação teórica e empírica sobre o tema. Já na terceira se descreve os procedimentos metodológicos adotados para esta pesquisa, definindo sua classificação, o método da coleta de dados e de análise dos dados. A quarta seção traz a apresentação dos dados e suas respectivas análises a luz do objetivo proposto. Na última seção, se exhibe os comentários e apreciação final do objeto de estudo, bem as considerações e conclusões da pesquisa.

## **2. REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1 O Sistema de Saúde no Brasil**

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo. Abrange praticamente todo tipo de atendimento, desde os mais simples e preventivos aos mais abstrusos, como o transplante de órgãos, por exemplo, e, desta forma, assegura o direito à saúde a todos cidadãos do país, como disposto na Constituição Federal (1988) e na Lei 8.080 de 1990 (Ministério da Saúde, 2020). Com a sua geração, o SUS possibilitou o acesso universal ao sistema público de saúde, sem descriminalização e promovendo o cuidado integral à saúde, e não apenas aos cuidados assistenciais. Desta forma, passou a ser um direito de todos os brasileiros, desde a gestação e por toda a vida, com foco na saúde, qualidade de vida, prevenção e promoção da saúde (Brasil, 1988).

O surgimento do SUS se deu em grande parte pela vitória do Movimento da Reforma Sanitária quando da determinação na Constituição Federal (1988), a qual consta em relação à saúde em seu Art. 196, o qual declara que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”. Neste momento estabelece de modo que a universalidade da cobertura do Sistema Único de Saúde, e complementa no parágrafo único do Art. 198 que: “o sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com fundos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, adiante de outras fontes” (Brasil, 1988).

A partir deste marco legislativo houveram ações no sentido de se cumprir à determinação constitucional de construção do Sistema Único de Saúde, que ocorreu a partir da publicação do decreto n.º 99.060, de 7 de março de 1990, que transferiu o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) do Ministério da Previdência para o Ministério da Saúde. Tal fato se deu anterior à promulgação da Lei 8.080, que só veio a ocorrer em setembro do mesmo ano. A Lei 8.080 instituiu então o Sistema Único de Saúde, com comando único em cada esfera de governo e definiu o Ministério da Saúde como gestor no âmbito da União. A Lei, no seu Capítulo II – Dos Princípios e Diretrizes, Art. 7º, estabelece a “universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência” (Brasil, 1990).

No que se refere aos aspectos de financiamento do SUS é uma obrigação que compete aos três níveis de governo: União, estados e municípios. A determinação desta responsabilidade compartilhada consta na Emenda Constitucional 29, que trata da vinculação de receitas dos três níveis para o sistema e determina que: os recursos federais devem representar 70% do total, e que, progressivamente vêm sendo repassados a estados e municípios, por transferências diretas do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municipais, conforme mecanismo instituído pelo decreto 1.232, de 30 de agosto de 1994. A intensiva habilitação de municípios e estados em modalidades avançadas de gestão gerou um expressivo aumento das transferências diretas de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos municipais e estaduais, fazendo com que, a maior parte dos recursos da assistência já fosse transferida nessa modalidade, em contraposição à predominância de pagamento federal direto aos prestadores de serviços.

Na Lei nº 8.080/90, Art. 16 está disposto as competências específicas os entes federativos e destaca que: cabe ao governo central, em âmbito nacional no Sistema Único da Saúde (SUS) a responsabilidade de formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição; participar na formulação e na implementação das políticas; definir e coordenar os sistemas; participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgão afins, de agravo sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana; participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador; coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica; estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios; estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano; promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde; formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais; entre outras tantas funções. No geral, a função é principalmente de formular, planejar, executar e avaliar, bem como apoiar políticas públicas na área da saúde (Brasil, 1990).

Já no âmbito estadual, compete aos Estados-membros, conforme descreve a Lei 8.080/90, a promoção e descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde, assim como a prestação de apoio técnico e financeiro aos mesmos. A Lei determina aos estados a participação de modo complementar e supletivo às atribuições federais, cuja responsabilidade consta no Art. 17, da Lei nº 8.080/90, que determina à direção estadual do Sistema Único de Saúde: promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde; acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do SUS; prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde; coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços necessários ou requeridos pelos municípios e que esteja sob sua alçada (Brasil, 1990).

Por fim, consta que o papel dos municípios, de acordo com a Lei 8.080/90, compete aos Municípios e o Distrito Federal a execução direta do serviço de saúde na forma de prestação do serviço ao cidadão, assim como efetivar as políticas públicas formuladas em hierarquia superior do sistema. Consta na Lei nº 8.080/90, Art. 18, que ao município compete no âmbito do SUS: planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde. Sendo assim, a concretização de todo o planejamento, ações, objetivos e políticas, se dá na esfera municipal, a qual é linha de atuação de fato do sistema. Ressalta-se que a responsabilidade dos entes federativos para a prestação do serviço de saúde à população é solidária, ou seja, de responsabilidade de todas as esferas de governo (Brasil, 1990).

## **2.2 Planejamento e Orçamento Público**

O planejamento faz se essencial, visto que, na área pública, o governo carece avançar as possíveis necessidades da população para ter recursos satisfatórios nas aplicações e amparo dos serviços públicos. Consoante Angélico (1995), estabelece o orçamento como um planejamento de ação esperadas, em exibições de custeios, investimentos, influências e transferências no decorrer de um momento financeiro. De acordo com Silva (2009), o método de criação e discussão dos equipamentos de planejamento governamental precisa expressar a responsabilidade do governo com a população, já que o orçamento deve ser claro os objetivos para a população ter uma boa interpretação.

O art. 165 da Constituição Federal (1988) estabelece as ferramentas para preparar os orçamentos públicos, são eles o Plano Plurianual, a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária

Anual, são os materiais preparados apenas pelo poder executivo, ou seja na área municipal, estadual ou federal (Brasil, 1988). O Plano Plurianual, conforme a Constituição Federal (1988, art. 165, § 1º), tem como intenção determinar “[...] de modo regionalizada, as diretrizes, propósitos e objetivos da administração pública federal para as despesas de capital e outras delas decorrentes e para os referentes aos programas de duração continuada”. Assim sendo, admira a regionalização já que cada região tem suas próprias particularidades para compor no orçamento. Deste jeito, no Plano Plurianual encontram-se compreendidos as execuções e planos que o governo efetuara sucedendo uma base para a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária (Andrade, 2013).

A Lei de Diretrizes Orçamentárias é intermédia ao Plano Plurianual e a Lei Orçamentária Anual. Consoante com o parágrafo 2º do art. 165 da Constituição Federal (1988), consistem os planos e as execuções da administração pública federal, atuando de orientação para a Lei Orçamentária anual, assim sendo executada apenas no ano seguinte. A iniciativa é privativa ao Executivo e aprovado pelo Legislativo para vigência de um ano, conforme dispõe, “A Lei de Diretrizes Orçamentárias compreenderá as metas e prioridades da administração pública federal, incluindo as despesas de capital [...]” (Brasil, CF 1988, art. 165, § 2º).

O último plano é a Lei Orçamentária Anual, esse item representa no orçamento precisamente referido, ou melhor, modificar a real efetivação daquele que foi avaliado e planejado. É recomendado ser elaborado de maneira compatível com o plano plurianual, com a lei de diretrizes orçamentárias e com as normas da LRF. A Lei Orçamentária Anual se traduz no orçamento propriamente dito, ou seja, transforma-se a realidade e aplicação daquilo que foi orçado e planejado, tem como período de execução o ano após sua formulação (Araújo & Arruda, 2009).

Além disso, a Lei Orçamentária Anual deve ser desenvolvida com a previsão das receitas e a fixação das despesas, bem como, é essencial ser exposta de forma que seja possível entender a política econômica financeira que o governo irá trabalhar. Além disso, de acordo com o art. 165 da Constituição Federal (1988) deverão apresentar o orçamento fiscal, o orçamento de investimento das empresas em que a União detenha a maioria do capital social e o orçamento da seguridade social.

Segundo Matos (2013), o orçamento se transforma neste caso em um instrumento notável para que os executores consigam organizar as finanças públicas da melhor forma provável, levando privilégios para os cidadãos. Até então, o orçamento público está de modo direto operacional à previsão das receitas e fixação das despesas públicas, a sua constituição orçamentária é considerada como lei.

Consta no art. 165 da Constituição Federal, que é obrigação da União, estados, municípios e distrito federal a elaboração do Plano Plurianual, a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual, sendo destinados assim em todos os setores, até mesmo à saúde. Ademais, a Lei 8080/90 determina que os próprios entes precisem apresentar a proposta orçamentária do SUS, até então, a elaboração e a atualização periódica do plano de saúde, no âmbito administrativo. Conforme Conass (2015, p. 11), “os planos de saúde serão a base das atividades e das programações de cada nível de direção do SUS, e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.”

Os recursos do SUS, consoante com o §1º do art. 198 da Constituição Federal, serão oriundos do orçamento da seguridade social, da União, estados, distrito federal e municípios. Além disto, segundo a Lei Complementar 141/2012, os municípios devem aplicar 15% da arrecadação de impostos próprios em serviços e ações de saúde pública, respectivamente os estados e o distrito federal devem aplicar 12%. Já a União possui outra forma de aplicar os recursos, como está

disposto no art. 5º da Lei Complementar 141, deve-se aplicar o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual (Ribeiro, 2013).

Ademais, consoante com Ribeiro (2017, p. 21) a Lei “regulamenta os recursos destinados à saúde a Emenda Constitucional nº 86 de 17/03/2015, que altera os artigos 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica, neste caso, também envolve a função saúde”. Até este momento de acordo com o autor, persistem questões que podem ser realizados em frente a organização do orçamento da saúde especificamente a quantia de dinheiro previsível com o intuito de todo investimento ou correção de serviços, para definir a destinação de recursos e as origens de recursos. Inquirido que movem a uma melhor maneira de elaborar um orçamento mais justo e satisfatório para habitantes. As subfunções que foram estudadas nessa pesquisa, Atenção básica, Assistência Hospitalar e Ambulatorial, Suporte Profilático e Terapêutico, Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Alimentação e Nutrição e Outras Subfunções.

### **2.3 Pesquisas prévias e seus achados**

Alguns estudos tem abordado questões similares à proposição desta pesquisa, que evidencia achados relevantes que podem vir a possibilitar uma comparação com os resultados aqui encontrados, bem como esclarece o estado da pesquisa no âmbito deste tema. Sendo assim, se procedeu também uma breve revisão empírica de outras pesquisas como forma de conhecer e entender diferentes proposições e abordagens de outros estudiosos.

O trabalho desenvolvido por Santos e Camacho et al. (2014) está direcionado a verificar o orçamento público como um mecanismo de planejamento pelo meio de políticas públicas coordenadas e selecionadas para incorporar o plano de ação do governo, entendido que os recursos para financiar os gastos. Os autores concluíram que é um mecanismo de planejamento orçamentário é imposto por lei, no qual está no portal de transparência para os brasileiros tem acesso e que no artigo 165 da Constituição Federal de 1988 estabelece que a União, Estados, Distrito Federal e Municípios são obrigados a elaborar o PPA, LDO e a LOA.

Na pesquisa de Conass et al. (2015), o objetivo foi analisar as normas constitucional do SUS, e, observou-se que é um dos grandes desafios nas três esferas de governo. Para fazer frente a isso, os autores verificaram que elaborados vários dispositivos normativos desmarcando os limites de decisão de cada gestor, ocasionando a medida de gestão que tem como ponto de partida uma unidade de conceitos, mas precisa atuar de maneira adequada com a diversidade produtiva nas regiões que está localizada a população com suas necessidades de saúde.

O estudo de Santos (2009) teve como objetivo estudar os orçamentos participativo que é um mecanismo da soberania popular para participar das tomadas de decisões, ou melhor uma maneira efetiva da população nas decisões. O pesquisador utilizou no estudo uma amostra de que várias administrações do Brasil tenham envolvido o Orçamento Participativo nos municípios para apoiar nas tomadas de decisões e nas discussões com os principais interesses e benefícios pelos investimentos públicos.

Na pesquisa desenvolvida por Giacomoni (2017) focou-se em analisar o instrumento que evidencia a informação sobre a previsão de investimentos na administração pública que é o orçamento público. Este, por sua vez se configura como elemento fundamental dos entes governamentais para o planejamento da utilização do dinheiro público e também a previsão das receitas e despesas futuras para a administração. Os pesquisadores chegaram à conclusão que mediante o acompanhamento da Execução Orçamentária se pode acompanhar as destinações e

realizações feito por um governo, bem como se proceder às iniciativas de controle social das políticas pública

Sagastume et al. (2016) desenvolveu um estudo com o objetivo de analisar o orçamento público da saúde e suas participações para o SUS, analisando possíveis estratégias de comparação da origem de recursos do gerenciamento de políticas de saúde redistributivas de âmbito nacional. Deste modo, o objetivo geral foi verificar se as emendas parlamentares ao orçamento da política de atenção à saúde consecutivo do orçamento geral da união para a atenção básica auxiliam para o fortalecimento do financiamento da Política de Saúde, em exclusivo para a conquista dos objetivos e metas determinadas no âmbito desta política. Verificou-se que a capacidade das propostas de emendas impositivas está alinhada com os objetivos e metas oficiais do Ministério da Saúde (MS), tal como são os possíveis alinhamentos a serem realizados.

### 3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A pesquisa se caracteriza como descritiva, aplicada, de método quantitativo e qualitativo. Já os procedimentos estratégicos de pesquisa adotados são de pesquisa e *ex-post facto*. Em relação ao método de abordagem, a pesquisa se qualifica como indutiva. Em relação ao ambiente, caracteriza-se a presente pesquisa como de campo, pois por meio de documentos bibliográficos e informações digitais coletados em ambiente real, se chegou a uma conclusão aos gastos dos orçamentos da saúde com os municípios da microrregião Maringá.

O método de coleta de dados se classifica como documental que é a coleta de dados em fontes de documentos escritos ou não, referentes a arquivos públicos; arquivos particulares e fontes estatísticas e primárias. Essa pesquisa tem como objeto de estudo o orçamento da saúde da região metropolitana de Maringá, a partir dos dados divulgados no portal da transparência dos municípios e outras fontes oficiais, foi analisado por ano cada município e depois foi feita a média pelos anos que foram analisados e também foram analisados a média anual fazendo a média pela população de cada cidade que é o *per capita*.

A região metropolitana de Maringá foi constituída pela Lei complementar estadual 83/1998 e contempla 26 municípios, que somados possui uma área territorial de 5.978.592 km<sup>2</sup>, com população estimada é de 810.774 mil habitantes e Produto Interno Bruto (PIB) de aproximadamente R\$ 24.333.248,47 (FNEM, 2018).

Os 26 municípios da região metropolitana de Maringá, incluem os seguintes: Cambira, Jandaia do Sul, Nova Esperança, Munhoz de Mello, Ângulo, Maringá, Paiçandu, Ourizona, Santa Fé, Sarandi, Mandaguari, Astorga e Floresta. Os municípios que deixaram de participar da pesquisa foram: Atalaia, Bom Sucesso, Doutor Camargo, Floraí, Florida, Iguaraçu, Itambé, Ivatuba, Lobato, Mandaguaçu, Marialva, Presidente Castelo Branco e São Jorge do Ivaí. Definido o objeto procedeu à coleta dos dados a partir das fontes oficiais de transparência e divulgação de informações orçamentárias para a consecução do objetivo, a partir do Relatório Resumido da Execução Orçamentária (RREO), divulgados pelo Tribunal de Contas do Estado do Paraná, que se apresenta na próxima seção.

### 4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

#### 4.1 Descrição do objeto de estudo

O estudo foi realizado nos municípios componentes da região metropolitana de Maringá na perspectiva de se investigar a destinação de recursos nas subfunções da saúde a partir da verificação dos gastos orçamentários. Esta região metropolitana foi criada pela Lei Complementar Estadual n° 83 de 17 de julho de 1998, inicialmente composta por oito

municípios e posteriormente ampliada para vinte e seis. Os municípios integrantes encontram-se destacados na tabela 1 com sua respectiva população estimada pelo IBGE (2021) com estimativa para o ano de 2019.

MUNICÍPIOS	População estimada 2019
MARINGÁ	423.666
MARIALVA	35.496
SARANDI	96.688
MANDAGUARI	34.400
PAICANDU	41.281
SÃO JOÃO DO IVAÍ	10.219
ASTORGA	26.111
NOVA ESPERANÇA	27.904
ITAMBÉ	6.108
DOUTOR CAMARGO	5.979
FLORAÍ	4.929
BOM SUCESSO	7.032
FLORESTA	6.774
ÂNGULO	2.928
IVATUBA	3.259
ATALAIA	3.892
JANDAIA DO SUL	21.176
SANTA FÉ	12.037
MANDAGUAÇU	22.819
MUNHOZ DE MELO	3.984
CAMBIRA	7.865
LOBATO	4.787
OURIZONA	3.428
IGUARAÇU	4.404
FLÓRIDA	2.689
CASTELO BRANCO	5.306

Tabela 1 – Municípios da região metropolitana de Maringá

Os municípios componentes da região metropolitana perfazem o objeto de apreciação desta pesquisa a partir de seus dados orçamentários divulgados no Relatório Resumido da Execução Orçamentária (RREO), que estão disponíveis no portal do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

#### 4.2 Resultados e análises

A partir da apreciação dos dados, devidamente compilados e analisados, se destaca os achados, que são descritos por subfunção da saúde, tal qual como se consta nos orçamentos municipais. Nesse sentido, a tabela 1 apresenta o *ranking* dos gastos efetivados na Atenção Básica da região metropolitana de Maringá de maneira comparada do ano de 2015 à 2020 com intuito de averiguar qual foi o município que mais destinou recursos em valores totais a partir da a média dos 6 anos do estudo, bem como uma verificação em termos *per capita*, para uma comparação mais detalhada com base na população estimada pelo IBGE (2019).

MUNICÍPIO	ATENÇÃO BÁSICA	RANKING	GASTO PER CAPITA	RANKING PER CAPITA
MARINGÁ	92.993.456,94	1	219,50	18
SARANDI	14.972.382,24	2	421,80	11
MANDAGUAÇU	11.261.501,91	3	116,47	24
JANDAIA DO SUL	10.797.711,33	4	313,89	12
NOVA ESPERANÇA	9.001.621,88	5	218,06	19



<b>MANDAGUARI</b>	7.606.684,29	6	744,37	7
<b>ASTORGA</b>	6.874.462,63	7	263,28	16
<b>SANTA FE</b>	6.718.804,64	8	240,78	17
<b>PAIÇANDU</b>	6.579.342,71	9	1.077,17	3
<b>IGUARAÇU</b>	5.043.216,40	10	843,49	6
<b>CAMBIRA</b>	4.497.726,01	11	912,50	4
<b>CASTELO BRANCO</b>	4.261.704,81	12	606,04	8
<b>FLORIDA</b>	3.946.098,53	13	582,54	9
<b>MUNHOZ DE MELO</b>	3.689.168,57	14	1.259,96	1
<b>LOBATO</b>	3.563.452,44	15	1.093,42	2
<b>OURIZONA</b>	3.319.812,78	16	852,98	5
<b>FLORESTA</b>	3.304.975,60	17	156,07	22
<b>IVATUBA</b>	2.416.555,95	18	200,76	21
<b>ATALAIA</b>	2.348.572,92	19	102,92	25
<b>BOM SUCESSO</b>	2.191.058,93	20	549,96	10
<b>ANGULO</b>	2.131.699,94	21	271,04	15
<b>SAO JOAO DO IVAI</b>	1.443.136,94	22	301,47	13
<b>MARIALVA</b>	1.012.678,94	23	295,41	14
<b>FLORAI</b>	578.481,69	24	131,35	23
<b>DOUTOR CAMARGO</b>	555.609,76	25	206,62	20
<b>ITAMBE</b>	384.767,69	26	72,52	26

Tabela 2 – Atenção Básica

Na tabela 2 se averiguou que Maringá foi que destinou recursos totais com R\$ 92.993.456,94, seguida de Sarandi com R\$ 14.972.382,24, que são as mais populosas, seguida de Mandaguaçu, e, assim sucessivamente, como evidencia a tabela 1. Nas últimas posições se verifica que foram Florai, Doutor Camargo e Itambé em termos de recursos totais destinados. Quando se aprecia na perspectiva *per capita* denota-se que Munhoz de Melo, Lobato e Paiçandu, consecutivamente, foram os municípios que mais gastos realizaram.

<b>MUNICÍPIO</b>	<b>Assistência Hospitalar e Ambulatorial</b>	<b>RANKING</b>	<b>GASTO PER CAPITA</b>	<b>RANKING PER CAPITA</b>
<b>MARINGA</b>	263.833.182,94	1	622,74	8
<b>MARIALVA</b>	20.399.255,14	2	5950,77	1
<b>SARANDI</b>	14.972.382,24	3	421,80	9
<b>MANDAGUARI</b>	10.296.702,63	4	106,49	18
<b>PAICANDU</b>	7.721.510,70	5	1264,16	4
<b>SAO JOAO DO IVAI</b>	7.164.042,50	6	1496,56	3
<b>ASTORGA</b>	7.014.795,05	7	268,65	10
<b>NOVA ESPERANÇA</b>	6.336.794,79	8	153,50	13
<b>ITAMBE</b>	4.911.044,76	9	925,56	7
<b>DOUTOR CAMARGO</b>	4.345.651,08	10	1616,08	2
<b>FLORAI</b>	4.339.197,10	11	985,29	5
<b>BOM SUCESSO</b>	3.892.800,93	12	977,11	6
<b>FLORESTA</b>	2.784.763,19	13	131,51	14
<b>ANGULO</b>	1.633.272,63	14	207,66	12
<b>IVATUBA</b>	1.521.925,01	15	126,44	15
<b>ATALAIA</b>	1.502.624,37	16	65,85	19
<b>JANDAIA DO SUL</b>	1.161.633,95	17	33,77	21
<b>SANTA FE</b>	921.480,97	18	33,02	22
<b>MANDAGUAÇU</b>	759.990,66	19	7,86	25
<b>MUNHOZ DE MELO</b>	650.464,01	20	222,15	11
<b>CAMBIRA</b>	614.173,60	21	124,60	16
<b>LOBATO</b>	356.894,39	22	109,51	17
<b>OURIZONA</b>	189.477,60	23	48,68	20
<b>IGUARAÇU</b>	89.162,46	24	14,91	23

<b>FLORIDA</b>	65.062,27	25	9,60	24
<b>CASTELO BRANCO</b>	31.622,58	26	4,50	26

Tabela 3 – Assistência Hospitalar e Ambulatorial

Na tabela 3 se apresenta o *ranking* dos gastos em Assistência Hospitalar e Ambulatorial; Maringá continua em primeiro lugar, seguido de Marialva e Sarandi na terceira posição dos mais destinaram recursos; os últimos colocados estão Castelo Branco e Mandaguaçu. Já a checagem observada a população do município, tem-se que Marialva, Doutor Camargo e São João do Ivaí se destacam como maiores gastos *per capita*.

<b>CIDADES</b>	<b>Suporte Profilático e Terapêutico</b>	<b>RANKING</b>	<b>GASTO PER CAPITA</b>	<b>RANKING PER CAPITA</b>
<b>SARANDI</b>	3.038.867,74	1	85,61	2
<b>MANDAGUARI</b>	537.940,82	2	5,56	6
<b>OURIZONA</b>	412.749,46	3	106,05	1
<b>FLORAI</b>	300.529,36	4	68,24	3
<b>ATALAIA</b>	205.999,86	5	9,03	5
<b>MARIALVA</b>	187.183,46	6	54,60	4
<b>ASTORGA</b>	57.875,96	7	2,22	7
<b>NOVA ESPERANÇA</b>	12.768,80	8	0,31	9
<b>SAO JOAO DO IVAI</b>	8.815,75	9	1,84	8
<b>JANDAIA DO SUL</b>	5.765,34	10	0,17	10

Tabela 4- Suporte Profilático e Terapêutico

De acordo com a tabela 4 são poucos municípios que investem em Suporte Profilático e Terapêutico, fato que dificulta uma maior comparação. Dos que realizaram gastos, Sarandi que mais destinou recursos no período da pesquisa, com R\$ 3.038.867,74, seguido por Mandaguari vem em segundo lugar, sendo que Lobato e Munhoz de Melo ocupam as últimas posições. Na averiguação gastos *per capita*, Ourizona e Sarandi foram os municípios que se apresentaram como destaque na observação, sendo que Sarandi aparece nas duas observações.

CIDADES	Vigilância Sanitária	RANKING	GASTO PER CAPITA	RANKING PER CAPITA
MARINGA	4.637.655,43	1	10,95	12
MANDAGUARI	954.150,42	2	9,87	15
SARANDI	504.135,04	3	14,20	8
NOVA ESPERANÇA	474.315,20	4	11,49	9
PAICANDU	447.606,96	5	73,28	2
SAO JOAO DO IVAI	319.809,79	6	66,81	3
ASTORGA	296.737,47	7	11,36	11
MARIALVA	258.241,00	8	75,33	1
ATALAIA	227.485,77	9	9,97	14
MUNHOZ DE MELO	173.850,20	10	59,38	4
SANTA FE	162.985,79	11	5,84	22
CAMBIRA	129.471,39	12	26,27	5
IVATUBA	124.863,21	13	10,37	13
JANDAIA DO SUL	96.667,21	14	2,81	24
ANGULO	89.308,36	15	11,36	10
FLORAI	86.855,64	16	19,72	7
LOBATO	72.005,57	17	22,09	6
CASTELO BRANCO	55.005,41	18	7,82	18
FLORIDA	52.632,82	19	7,77	19
ITAMBE	43.221,36	20	8,15	17
IGUARAÇU	40.903,54	21	6,84	21
BOM SUCESSO	37.024,84	22	9,29	16
MANDAGUAÇU	21.150,08	23	0,22	25
DOUTOR CAMARGO	19.275,34	24	7,17	20
OURIZONA	16.158,85	25	4,15	23

Tabela 5 - Vigilância Sanitária

A verificação proporcionada pela tabela 5 mostra que Maringá é o município que mais investe em Vigilância Sanitária, em segundo Mandaguari, e, em terceiro Sarandi. Em termos de destinação média de recursos e com menor gasto tem-se Mandaguaçu e Floresta, consecutivamente. Já a investigação *per capita*, apresenta Marialva, Paiçandu e São João do Ivaí como os maiores investidores nesta subfunção da saúde.

CIDADES	Vigilância Epidemiológica	RANKING	GASTO PER CAPITA	RANKING PER CAPITA
MARINGA	6.912.794,10	1	16,32	7
SARANDI	1.504.716,49	2	42,39	2
PAICANDU	616.574,67	3	100,95	1
ASTORGA	331.949,81	4	12,71	10
FLORESTA	257.237,78	5	12,15	11
MANDAGUAÇU	168.500,94	6	1,74	17
JANDAIA DO SUL	124.166,84	7	3,61	16
FLORIDA	118.191,22	8	17,45	6
FLORAI	100.300,54	9	22,77	4
OURIZONA	98.182,51	10	25,23	3
ITAMBE	85.799,01	11	16,17	8
SANTA FE	85.152,05	12	3,05	18
IGUARAÇU	82.721,69	13	13,84	9
CASTELO BRANCO	62.127,94	14	8,84	13
DOUTOR CAMARGO	60.257,00	15	22,41	5
LOBATO	31.697,49	16	9,73	12
BOMSUCESO	31.578,28	17	7,93	14
SAO JOAO DO IVAI	28.077,12	18	5,87	15
ATALAIA	18.874,38	19	0,83	19
NOVA ESPERANÇA	3.024,55	20	0,07	20

Tabela 6 - Vigilância Epidemiológica

A tabela 6 destaca que o município de Maringá foi o que mais gastou nesta subfunção, seguido por Sarandi e Paicandu. Já as últimas posições no *ranking* são ocupadas por Cambira e Munhoz de Melo. Já na perspectiva *per capita*, Paicandu teve destaque, acompanhado por Sarandi e Ourizona. Destaca-se que Sarandi aparece nas duas medições entre os primeiros lugares.

CIDADES	Alimentação e Nutrição	RANKING	GASTO PER CAPITA	RANKING PER CAPITA
ASTORGA	46.361,25	1	1,78	1
DOUTOR CAMARGO	723,64	2	0,27	2
SARANDI	383,33	3	0,01	3

Tabela 7 - Alimentação e Nutrição

Com relação a alimentação e nutrição os únicos municípios que investiram foram em Astorga, seguido por Doutor Camargo e Sarandi. Os demais 23 municípios não possuem dados divulgados nesta subfunção. Na apreciação *per capita*, o *ranking* se repete entre o mesmo ordenamento de destinação de recursos.

CIDADES	Outras Subfunções	RANKING	GASTO PER CAPITA	RANKING PER CAPITA
MARINGÁ	26.724.803,85	1	63,08	4
MARIALVA	2.844.886,78	2	829,90	1
SARANDI	2.806.640,92	3	79,07	3
PAICANDU	2.418.058,41	4	395,88	2
JANDAIA DO SUL	367.852,96	5	10,69	7
CASTELO BRANCO	367.852,96	6	52,31	5
NOVA ESPERANÇA	195.754,08	7	4,74	8
ASTORGA	114.938,37	8	4,40	9
SAO JOAO DO IVAI	59.334,87	9	12,40	6
MANDAGUAÇU	38.324,28	10	0,40	16
IGUARAÇU	23.325,20	11	3,90	10
MANDAGUARI	22.950,61	12	2,25	14
ANGULO	22.950,61	13	2,92	12
CAMBIRA	16.599,04	14	3,37	11
FLORIDA	16.599,04	15	2,45	13
DOUTOR CAMARGO	5.066,70	16	1,88	15
ATALAIA	1.087,83	17	0,05	17

**Tabela 8- Outras subfunções**

A análise em outras subfunções da saúde mostra que os municípios que mais destinaram recursos foram Maringá, Marialva e Sarandi, consecutivamente. Já os que menos investiram foram Florai e Ourizona. Em termos *per capita*, Marialva, Paicandu e Sarandi foram os destaques.

A partir de uma análise geral, denota-se que Maringá e Sarandi, no período do estudo, tem se mostrado como um dos municípios que mais tem destinados recursos, aparecendo várias vezes nos primeiros lugares por média anual, fato que se reproduz quando se faz a verificação *per capita*. Tal fato se mostra consoante com o crescimento dos municípios que se verifica em dados divulgados pelo IBGE e outros institutos, em termos populacionais. Embora muitos dos municípios integrantes da pesquisa não apresentaram grande destinação de recursos devido a seu porte e por integrarem consórcios de saúde e, também, devido ao fato que muitos deles integram o sistema de saúde de Maringá, maior município da pesquisa e com um sistema bastante organizado e acaba por atender boa parte da demanda da região. Especificamente, Maringá possui um sistema bastante estruturado em termos de saúde, fato que explica menor investimento em algumas subfunções.

Pelo observado por esta pesquisa, com o estudo de Santos e Camacho et al. (2014) que se configurou como um mecanismo de planejamento e destinação de recursos para financiar os gastos da saúde. Também corrobora com a pesquisa do Conass et al. (2015) no que se refere à destinação considerando a região e a necessidade de saúde nos municípios. Por fim, não foi objeto desta pesquisa analisar a qualidade dos recursos destinados ante às necessidades específicas, logo, não há como precisar se de fato, a gestão realizada pelos municípios na perspectiva do trabalho de Giacomoni (201) em termos de eficiência em acompanhar as destinações e realizações feitas pelos governos municipais.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa foi empreendida com o intuito de investigar os gastos destinados à área da saúde a partir do estabelecido orçamento municipal da região metropolitana de Maringá, no período

de 2015 a 2020. Os dados utilizados são oriundos da prestação de contas realizadas pelo município junto ao Tribunal de Contas do Estado.

Diante dos resultados alcançados, denota-se uma grande variação no ranqueamento dos municípios que mais destinam recursos nas seis subfunções da saúde. Com relação a subfunção Assistência Hospitalar e Ambulatorial, a maior média foi de Maringá, Marialva e Sarandi; na subfunção Atenção Básica, os destaques foram para Maringá, Sarandi e Paiçandu; já na subfunção Suporte Profilático e Terapêutico, tem-se Sarandi, Mandaguari e Ourizona; com relação à Vigilância Sanitária, verificou-se que a ordem foi Maringá, Mandaguari e Sarandi; a análise da subfunção Vigilância Epidemiológica foram os municípios de Maringá, Sarandi e Paiçandu; curiosamente, apenas os únicos municípios destinaram recursos para Alimentação e Nutrição, que foram Astorga, Doutor Camargo e Sarandi; por fim, em Outras Subfunções a ordem foi Maringá, Marialva e Sarandi. Na apreciação geral, os destaques em termos de destinação média de recursos perceberam-se que Maringá e Sarandi são os mais recorrentes, até pelo fato de serem os municípios mais populosos da região.

Realizou-se também uma apreciação dos gastos em termos *per capita*, o que proporcionou um resultado diferente no ranqueamento, já que se considerou os gastos por pessoa. Os achados evidenciam que os destaques são: a subfunção Assistência Hospitalar e Ambulatorial, o destaque é Marialva, Doutor Camargo e São João do Ivaí; na subfunção Atenção Básica, os municípios com melhor posição é Florai, Doutor Camargo e Itambé; já na subfunção Suporte Profilático e Terapêutico, verificou-se que Mandaguari Lobato e Munhoz de Melo se destacam; no que tange à Vigilância Sanitária, a ordem foi Marialva, Paiçandu e São João do Ivaí; na Vigilância Epidemiológica, tem-se Paiçandu, Sarandi e Ourizona; em Alimentação e Nutrição, a ordem foi Astorga, Doutor Camargo e Sarandi. Já em Outras Subfunções o *ranking* é Marialva, Paiçandu e Sarandi. Nesta forma de análise, foi bastante diversificado a alternância entre os municípios não indicando uma supremacia, a única exceção foi Sarandi que teve uma maior ocorrência.

De forma geral, se conseguiu ter um panorama geral das destinações de recursos efetuadas pelos municípios da região metropolitana de Maringá e averiguar quais as subfunções da saúde foram as mais focadas. De acordo com as informações da pesquisa, a Assistência Hospitalar e Ambulatorial e Atenção Básica são as que mais receberam recursos, por outro lado, a que menos foi alvo de investimentos é Alimentação e Nutrição. Os destaques individuais ficam com Maringá e Sarandi que mais ocorrências tiveram nas diversas subfunções analisadas, fato compreensível por serem os municípios mais populosos. Os demais integrantes da pesquisa, por serem municípios com menor população mostraram-se em maior destaque quando da averiguação *per capita*, em poucos recursos geram resultados mais expressivos.

Por fim, acredita-se que a pesquisa da região metropolitana de Maringá no período de (2015 à 2020) na área da saúde tenha contribuído para esclarecer como tem sido feitas as destinações de recursos nas subfunções da saúde na região, bem como evidenciar quais as áreas tem sido prioridade pela gestão municipal. Como forma de avanço ao conhecimento gerado por este estudo, se entende que outras pesquisas podem ser realizadas no sentido de se avaliar a qualidade destes gastos e sua efetividade ante às necessidades da população e o quanto tais destinações tem resultado em melhoras no sistema de saúde e proporcionado uma maior qualidade de vida à população.

## REFERÊNCIAS

- Andrade, N. A. (2013). *Contabilidade Pública na Gestão Municipal*. 5. ed. São Paulo: Atlas.
- Angélico, J. (1995). *Contabilidade pública*. 8. ed. São Paulo: Atlas.

- Araújo I. P. S.; Arruda, D. G. (2009). *Contabilidade pública: da teoria à prática*. 2. ed. São Paulo: Saraiva.
- Brasil. *Constituição Federal* (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal.
- Conselho nacional dos secretários de Saúde - Conass (2015). *Núcleo de Epidemiologia do CONASS a partir de dados do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) do MS*. Dados disponíveis em: <[www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)>. Acesso em: 14 out. 2020.
- Giacomoni, J. (2017). *Orçamento Público*. 17. ed. São Paulo. Atlas.
- Matos, F. L. (2013). *Comunicação Pública*. Batatais: Claretiano.
- Ribeiro, R. R. M. (2017). *Orçamento público da saúde: Um estudo do ciclo orçamentário no município de Maringá – PR*. Escola de Administração de Empresas de São Paulo – Fundação Getúlio Vargas. São Paulo.
- Ribeiro, R. J. B. (2013). *Análise das recomendações do TCU sobre despesas em Saúde*. Disponível em: <<https://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/496351>>. Acesso em: 14 out. 2020.
- Sagastume, M. H. C. G., de Brito, R. L., Delgado, R. M. L., & de Moraes, B. P. (2017). Orçamento impositivo: a experiência da saúde. *Cadernos Gestão Pública e Cidadania*, 22(72).
- Santos, V. O. P. (2009). *Orçamento participativo: um instrumento de democracia*. Monografia de graduação em ciências contábeis. Faculdade de Ciências Contábeis e Administração do Vale do Juruena. Juína, MT, Brasil.
- Santos, L. A.; Camacho, E. U. (2014). *Orçamento público municipal: uma análise no município de Cosmópolis/SP com enfoque no equilíbrio das receitas x despesas no período de 2007 a 2012*. João Pessoa.
- Silva, L. M. (2009). *Contabilidade governamental: um enfoque administrativo da nova contabilidade pública*. 8. ed. São Paulo: Atlas.
- Tribunal de Contas do Estado do Paraná. (2020). *Relatórios da LRF – a partir de 2013*. Disponível em: <[https://servicos.tce.pr.gov.br/TCEPR/Municipal/SIMAM/Paginas/Rel\\_LRF.aspx?relTipo=1](https://servicos.tce.pr.gov.br/TCEPR/Municipal/SIMAM/Paginas/Rel_LRF.aspx?relTipo=1)>. Acesso em: 25 de jun. de 2020.