

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO
Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho

Júlia Hosken Fernandes Guimarães

PAGAMENTO DA DÍVIDA POR FALTA DE REPASSES DA SAÚDE DE MINAS
GERAIS: UM ESTUDO DE CASO DO ACORDO FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE

Belo Horizonte

2024

Júlia Hosken Fernandes Guimarães

PAGAMENTO DA DÍVIDA POR FALTA DE REPASSES DA SAÚDE DE MINAS
GERAIS: UM ESTUDO DE CASO DO ACORDO FUNDO ESTADUAL DE
SAÚDE

Trabalho apresentado ao Curso de Graduação em Administração Pública da Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho da Fundação João Pinheiro, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental.

Orientador: Glauber Flaviano Silveira

Belo Horizonte
2024

G963p

Guimarães, Júlia Hosken Fernandes.

Pagamento da dívida por falta de repasses da saúde de Minas Gerais: um estudo de caso do Acordo Fundo Estadual de Saúde / Júlia Hosken Fernandes Guimarães. – Belo Horizonte, 2024.

81 f.

Trabalho de conclusão de Curso (Bacharel em Administração Pública) - Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, Fundação João Pinheiro, 2024.

Orientador: Glauber Flaviano Silveira

Bibliografia: f. 74-81

1. Dívida pública - Minas Gerais. 2. Administração financeira. 3. Fundo Estadual de Saúde (FES). 4. Sistema Único de Saúde (SUS) – Brasil. I. Silveira, Glauber Flaviano. II. Título.

CDU 336.3(815.1)

Júlia Hosken Fernandes Guimarães


PAGAMENTO DA DÍVIDA POR FALTA DE REPASSES DA SAÚDE DE MINAS
GERAIS: um estudo de caso do Acordo Fundo Estadual de Saúde

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Graduação
em Administração Pública da Escola de
Governos Professor Paulo Neves de
Carvalho, da Fundação João Pinheiro,
como requisito parcial para a obtenção
do título de bacharel em Administração
Pública.

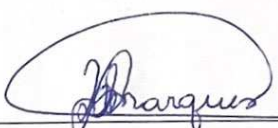
Aprovada na Banca Examinadora



Prof. Glauber Flaviano Silveira (Orientador) – Fundação João Pinheiro



Prof. Raimundo de Souza Leal Filho (Avaliador) – Fundação João Pinheiro



Prof. Denise Helena França Marques Maia (Avaliadora) – Fundação João
Pinheiro

Belo Horizonte, 25 de novembro de 2024

AGRADECIMENTOS

A entrega desse trabalho representa a conclusão de uma etapa importante em minha vida e gostaria de registrar minha profunda gratidão a todos que fizeram parte desse momento.

Agradeço aos meus pais pelo amor incondicional, pelo apoio em todos os momentos e pelos diversos conselhos, que me auxiliaram a trilhar o melhor caminho possível;

Aos meus irmãos, Gabriel e Pedro, pelo carinho que sempre têm comigo e por tornarem minha vida mais divertida;

À minha avó, Hilda, pela companhia em grande parte dos momentos que dediquei à escrita desse trabalho;

Ao Rafael pelo amor, compreensão e exemplo de dedicação;

Às minhas amigas da FJP, Anna, Bruna, Marina e Victória, pela parceria dentro e fora da faculdade;

À equipe da SUBGF da SES por todos os ensinamentos durante o meu estágio e, em especial, à Bruna, que me ajudou a escolher o tema da minha pesquisa;

Ao Glauber, pela disponibilidade para me orientar no desenvolvimento desse trabalho;

Por fim; aos professores da FJP pelos ensinamentos que ultrapassaram o conteúdo de cada disciplina, contribuindo para a minha formação como pessoa e cidadã.

RESUMO

Este estudo analisa o Acordo do Fundo Estadual de Saúde (FES) de Minas Gerais como solução para a dívida assistencial acumulada entre 2009 e 2020 com os municípios mineiros. A pesquisa contextualiza a política de saúde no Brasil, com foco no financiamento e descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS), e aborda conceitos de administração financeira e orçamentária, como restos a pagar e dívida pública. A dívida, resultante da incapacidade do estado em realizar os repasses obrigatórios previstos no orçamento, foi inscrita como restos a pagar processados e não processados, gerando um passivo de R\$ 6,7 bilhões. Por meio de metodologia descritiva e qualitativa, o estudo examina o acordo, suas cláusulas e legislações associadas, destacando sua implementação como medida de regularização dos repasses e fortalecimento da prestação de serviços de saúde. A pesquisa contribui para o entendimento de instrumentos de gestão financeira no setor público.

Palavras-chave: Fundo Estadual de Saúde, SUS, restos a pagar, dívida pública, descentralização, financiamento da saúde, Minas Gerais.

ABSTRACT

This study analyzes the State Health Fund (FES) Agreement of Minas Gerais as a solution to the healthcare debt accumulated between 2009 and 2020 with the state's municipalities. The research describes Brazil's healthcare policy, focusing on the financing and decentralization of the Unified Health System (SUS), and addresses concepts of financial and budgetary administration, such as outstanding payables and public debt. The debt, resulting from the state's inability to make mandatory transfers stipulated in the budget, was registered as processed and unprocessed outstanding payables, generating a liability of R\$ 6.7 billion. Through descriptive and qualitative methodology, the study examines the agreement, its clauses, and associated legislation, highlighting its implementation as a measure to regularize transfers and strengthen the provision of healthcare services. The research contributes to understanding financial management tools in the public sector.

Keywords: State Health Fund, SUS, outstanding payables, public debt, decentralization, healthcare financing, Minas Gerais.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ACO** - Ações Cíveis Originárias
- ADCT** - Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
- AMM** - Associação Mineira dos Municípios
- CEJUSC** - Centro Judiciário de Solução de Conflitos
- CIB** - Comissão Intergestores Bipartite
- CIT** - Comissão Intergestores Tripartite
- CLT** – Consolidação das Leis Trabalhistas
- CMS** - Conselho Municipal de Saúde
- COSEMS/MG** - Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Minas Gerais
- Conasems** - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
- Conass** - Conselho Nacional de Secretários de Saúde
- EC** – Emenda Constitucional
- FES** - Fundo Estadual de Saúde
- IPCA** - Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
- LC** – Lei Complementar
- LDO** – Lei de Diretrizes Orçamentárias
- LOA** - Lei Orçamentária Anual
- LRF** - Lei de Responsabilidade Fiscal
- MPMG** – Ministério Público de Minas Gerais
- NOB** - Norma Operacional Básica
- OSS** – Orçamento da Seguridade Social
- PAS** - Programação Anual de Saúde
- PPA** – Plano Plurianual
- PMDI** - Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado
- RCL** – Receita Corrente Líquida
- SES** - Secretaria Estadual de Saúde
- SIAFI** - Sistema Integrado de Administração Financeira
- SMS** - Secretaria Municipal de Saúde
- SUS** - Sistema Único de Saúde
- TCE-MG** - Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais
- TJMG** - Tribunal de Justiça de Minas Gerais

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	METODOLOGIA	16
3	A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL	19
3.1	O Sistema único de Saúde	19
3.2	Estrutura do SUS e as competências de cada ente federativo.....	20
3.3	Princípios do SUS.....	23
3.4	Financiamento do SUS.....	25
4	O FINANCIAMENTO E A DESCENTRALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE.....	28
4.1	A origem dos recursos para o financiamento do SUS	28
4.2	A aplicação e apuração dos recursos relativos aos mínimos constitucionais	33
4.3	A movimentação dos recursos	38
4.4	Os Fundos de Saúde	41
4.5	Formas de transferência intergovernamentais nos Fundos de Saúde.....	42
5	CONCEITOS ECONÔMICOS E DA ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA E ORÇAMENTÁRIA	46
5.1	Orçamento Público	46
5.2	Receita Pública	47
5.3	Despesa Pública	47
5.4	Restos a Pagar	49
5.5	Dívida Pública	49
6	ESTUDO DE CASO: ACORDO FES.....	51
6.1	Causa da dívida do FES	51
6.2	Partes envolvidas no acordo	53
6.3	Análise das considerações.....	54
6.4	Análise das cláusulas	56
6.5	Lei Complementar nº 171, de 09 de maio de 2023.....	62
6.6	Análise do Termo Aditivo	65
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
	REFERÊNCIAS.....	74

1 INTRODUÇÃO

O Fundo Estadual de Saúde do Estado de Minas Gerais (FES-MG) foi instituído pela Lei nº 11.983, de 14 de novembro de 1995 (MINAS GERAIS, 1995), e regulamentado pelo Decreto nº 39.223, de 10 de novembro de 1997 (MINAS GERAIS, 1997), como mecanismo de destinação de recursos para a execução de ações e serviços de saúde pelo Sistema Único de Saúde (SUS) realizados ou coordenados pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerias (SES-MG). Além disso, é um instrumento que desenvolve condições financeiras e administrativas para o gerenciamento de parte dos recursos destinados à saúde.

No Brasil, a política de saúde é desenvolvida pelo SUS nas três esferas de governo: nacional, estadual e municipal. Dessa forma, é necessário que haja uma coordenação e repartição das atribuições de cada ente para que os serviços de saúde sejam ofertados de forma universal. Dentre as atribuições dos Estados está a promoção da descentralização dos serviços e das ações de saúde para os Municípios. A municipalização é uma estratégia de organização do SUS que visa a garantia do acesso da população aos serviços, sem prejuízo para a consecução dos demais princípios preconizados para esse sistema, como a universalidade, integralidade e equidade.

A descentralização das ações e serviços de saúde relacionados às secretarias estaduais de saúde executados pelo SUS ocorre pelo FES. A Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, determina como devem ser executadas essas transferências, a saber:

Art. 20. As transferências dos Estados para os Municípios destinadas a financiar ações e serviços públicos de saúde serão realizadas diretamente aos Fundos Municipais de Saúde, de forma regular e automática, em conformidade com os critérios de transferência aprovados pelo respectivo Conselho de Saúde (BRASIL, 2012).

Além da obrigação de descentralizar recursos para garantir a municipalização dos serviços de saúde do SUS, segundo a Lei Complementar nº 141, os Estados devem aplicar anualmente, no mínimo, 12% dos recursos arrecadados com impostos em serviços e ações de saúde.

Essas obrigações constitucionais visam a garantia do direito à saúde para todos os cidadãos brasileiros. Tendo em vista a dimensão continental e a heterogeneidade econômica e social do Brasil, atualmente, é por meio da descentralização de recursos

federais e estaduais que muitos Municípios conseguem desenvolver ações e serviços de saúde em seus territórios.

Apesar de constarem na Constituição Federal, ao analisar os dados disponíveis no portal da transparência de Minas Gerais é possível perceber que as obrigações financeiras e orçamentárias no âmbito da saúde não foram totalmente cumpridas durante a segunda década dos anos 2000. O governo do Estado de Minas Gerais enfrenta uma crise fiscal há muito tempo que se intensificou nesse período, decorrente de questões nacionais e internacionais que abalaram as contas públicas, o que dificultou sua realidade fiscal. Por isso, o Estado não foi capaz de repassar todo o recurso pactuado para os Municípios e entidades, de transferências obrigatórias e voluntárias. Os valores que deveriam ser transferidos estavam descritos no orçamento estadual, eles eram empenhados ao longo do exercício financeiro, alguns eram liquidados, mas muitos não eram pagos. Consequentemente, os valores foram inscritos como Restos à Pagar, Processados ou Não Processados, no exercício financeiro seguinte e, assim, o Estado acumulou, no período de 2009 a 2020, uma dívida bilionária, de 6,7 bilhões de reais, com os Municípios e prestadores de serviço.

Como muitos Municípios dependem dos repasses estaduais para execução das políticas de saúde, o não cumprimento das transferências acarreta prejuízos na prestação dos serviços e ações de saúde em seus territórios. Em busca de solucionar a questão e assegurar o repasse dos recursos devidos, o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Minas Gerais (COSEMS-MG), a Associação Mineira de Municípios (AMM), o Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais (TCE-MG), entre outros agentes públicos, passaram a cobrar o pagamento da dívida pelo Estado.

Nesse sentido, o Governo de Minas Gerais, a AMM, o TCE-MG e o COSEMS-MG, com intermediação da Procuradoria-Geral de Justiça de Minas Gerais, desenvolveram um acordo que determina o pagamento da dívida de forma coerente com a realidade orçamentária do Estado. O Tribunal de Justiça de Minas Gerais (TJMG) homologou o acordo no dia 8 de novembro de 2021.

O Acordo FES estabelece que o governo estadual deve destinar um montante de 6,7 bilhões de reais a Municípios e instituições, referentes a repasses para a saúde previstos em seus orçamentos anteriores, mas que não haviam sido quitados. O pagamento está sendo realizado em 98 parcelas, sendo a primeira de R\$400 milhões até dezembro de 2021, a segunda de R\$400 milhões no primeiro semestre de 2022 e o residual em 96 parcelas, mensais e consecutivas, a partir de outubro de 2022. Em

novembro de 2024, de acordo com os dados disponíveis no site da SES, já haviam sido pagos 2,37 bilhões de reais, equivalentes a, aproximadamente, 35% do valor total da dívida. O acordo ainda apresenta outras especificações que são desenvolvidas ao longo de suas 12 cláusulas.

Diante disso, o objetivo geral desse trabalho é estudar o Acordo FES enquanto ferramenta para solução da dívida assistencial do Fundo Estadual de Saúde de Minas Gerais com os Municípios mineiros, de acordo com as diretrizes da Administração Financeira e Orçamentária. Para isso, foram estabelecidos três objetivos específicos:

- Descrever como se dá a realização e o financiamento da política de saúde no Brasil;
- Conceituar e descrever o funcionamento dos Fundos de Saúde;
- Analisar as cláusulas do Acordo FES, compreendendo-o como instrumento de solução da dívida assistencial do FES.

O presente trabalho está organizado em sete capítulos, sendo essa introdução o primeiro deles. O segundo capítulo apresenta a metodologia utilizada para desenvolver a pesquisa. Nos dois capítulos seguintes, foi feita uma contextualização histórica e institucional da política de saúde. O terceiro capítulo apresenta como a política de saúde é executada no Brasil através do Sistema Único de Saúde (SUS). O capítulo quatro aborda de forma mais aprofundada o financiamento do SUS e como ele viabiliza a descentralização da política para os Municípios. O quinto capítulo traz um referencial teórico sobre alguns conceitos importantes da administração financeira e orçamentária e da economia. Fundamentado na contextualização e no referencial teórico, o capítulo seis desenvolve um estudo de caso do Acordo FES, analisando-o de forma detalhada. Por fim, o sétimo capítulo traz as considerações finais da pesquisa.

2 METODOLOGIA

Esta monografia tem como objetivo estudar o Acordo FES enquanto ferramenta para solução da dívida assistencial do Fundo Estadual de Saúde de Minas Gerais com os Municípios mineiros, de acordo com as diretrizes da Administração Financeira e Orçamentária. Portanto, pode ser classificada como uma pesquisa descritiva. Gil (2008) define que uma pesquisa descritiva se constitui da “descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis”. Yin (2001) afirma que um estudo é descritivo quando seu objetivo é explicar o “como”. Nesse sentido, o objetivo da pesquisa é entender como o Acordo FES solucionou a dívida da saúde do Estado com os Municípios e prestadores de serviço.

Quanto a natureza da pesquisa, ela pode ser classificada como qualitativa, ou seja, se dedica mais a compreensão fenômeno de forma subjetiva, utilizando menos dados numéricos e estatísticos. De acordo com a teoria de Tuzzo e Braga (2016), a pesquisa qualitativa apresenta as características que se seguem.

[...] enquanto exercício de pesquisa, não se apresenta como uma proposta rigorosamente estruturada, permitindo que a imaginação e a criatividade levem os investigadores a propor trabalhos que explorem novos enfoques, sugere que a pesquisa qualitativa oferece ao pesquisador um vasto campo de possibilidades investigativas que descrevem momentos e significados rotineiros e problemáticos na vida dos indivíduos. Os pesquisadores dessa área utilizam uma ampla variedade de práticas interpretativas interligadas, na esperança de sempre conseguirem compreender melhor o assunto que está ao seu alcance (TUZZO; BRAGA, 2016, p.142).

No que se refere ao método de procedimento, esse trabalho é um estudo de caso. De acordo com a definição de Antônio Carlos Gil (2002), “consiste no estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento”. Esse método foi escolhido devido ao caráter único do fenômeno a ser estudado. Além disso, é entendido como o delineamento mais adequado para a investigação de um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto real, onde os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente percebidos (Yin, 2001, apud GIL, 2002, p. 54).

As técnicas utilizadas para o desenvolvimento da pesquisa será a análise documental e a pesquisa bibliográfica. Gil (2002) afirma que essas técnicas são muito semelhantes e a principal diferença é que a pesquisa bibliográfica se dedica à análise da contribuição de outros autores sobre o assunto, a pesquisa documental se baseia

em matérias que ainda não foram analisados ou podem ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa.

A pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em livros e artigos científicos (GIL, 2002). No presente trabalho, foram utilizadas fontes secundárias relacionadas ao tema estudado, como livros, monografias, artigos de revistas e relatórios publicados por órgãos governamentais. A partir da pesquisa bibliográfica foi possível compreender alguns conceitos da administração financeira e orçamentária, assim como o funcionamento e o financiamento da política de saúde no Brasil.

A análise documental, por sua vez, pode ser desenvolvida por diversas fontes, uma vez que o conceito de documento é abrangente, incluindo leis, fotos, vídeos etc. (JUNIOR; OLIVEIRA; SANTOS; SCHNEKENBERG, 2021). Segundo SáSilva, Almeida e Guindani (2009), a análise documental é “um procedimento que se utiliza de métodos e técnicas para a apreensão, compreensão e análise de documentos dos mais variados tipos”. Nesse trabalho, os principais documentos analisados serão o a Ata da Audiência e termo do Acordo FES, o Termo Aditivo ao acordo, assim como as legislações relacionadas à política de saúde e seu financiamento.

A contextualização da política de saúde foi dividida em duas partes. No capítulo 3, foi feita uma descrição da política de saúde brasileira. Com o intuito de oferecer uma visão geral da realização da política, foi apresentado o Sistema Único de Saúde (SUS), sua estrutura, as competências de cada ente federativo, os princípios que norteiam o sistema e o básico sobre seu financiamento. Apesar de abordar o SUS de forma generalizada, as atribuições dos Estados foram priorizadas nessa seção para maior adequação ao objeto de estudo do trabalho.

Em seguida, no capítulo 4, foi explicitado como se dá o financiamento e a descentralização da política de saúde. Como o Acordo FES trata de uma dívida da saúde, a compreensão de como se dá o financiamento do SUS foi priorizada no trabalho. Nessa seção, foram apresentadas a origem dos recursos que financiam o SUS, a aplicação e a apuração do mínimo constitucional da saúde, e como se dá a movimentação dos recursos, visando execução da descentralização da política. O conceito, o funcionamento e a movimentação de recursos dentro de Fundos de Saúde também foram abordados, visto que a dívida é do Fundo Estadual de Saúde de Minas Gerais.

A compreensão da política de saúde e do seu financiamento serviram como base para a análise do Acordo FES, que é o objetivo principal do trabalho. No entanto,

tendo em vista que o acordo envolve questões fiscais, orçamentárias e econômicas, entendeu-se que a compreensão da política de saúde não era suficiente para basear a análise. Dessa forma, no capítulo 5, foram trazidos os conceitos de orçamento público, receita pública, despesa pública, restos a pagar e dívida pública, para construir um referencial teórico.

A partir do entendimento de toda essa contextualização e esse referencial teórico, foi feito o estudo de caso do Acordo FES. Inicialmente, foi apresentada a formação da dívida do Fundo Estadual de Saúde de Minas Gerais. Em seguida, foram analisados o Termo de Acordo, da Lei Complementar nº 171, de 09 de maio de 2023 e do Termo Aditivo do acordo, explicitando as partes envolvidas, as considerações e as cláusulas criadas. Com base na análise do conteúdo desses documentos, compreendeu-se como essas determinações construíram uma ferramenta que solucionou a dívida assistencial do Fundo Estadual de Saúde Minas Gerais.

3 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

Partindo do fato de que o Acordo FES, objeto de estudo desse trabalho, se refere à uma dívida relacionada à saúde pública, o referencial teórico iniciará com uma compreensão geral da política de saúde no Brasil. A primeira constituição brasileira a retratar a saúde em seu texto foi a Constituição de 1934. Nesse contexto, o direito à saúde estava relacionado à Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) - os trabalhadores de carteira assinada tinham benefícios relativos à saúde. As constituições seguintes trouxeram alguns avanços a esse direito, mas, foi apenas na Constituição de 1988, no art. 6º, que a saúde foi consagrada como direito social fundamental. A Constituição Federal de 1988 destacou a importância da saúde ao tratar esse direito em capítulo específico e determinar a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) para realização de ações e serviços de saúde.

O SUS apresenta uma estrutura abrangente e complexa, que será explorada nessa seção, mas não de forma a exaurir o tema. A seguir, serão apresentados o sistema, sua estrutura, seus princípios, a repartição das atribuições entre os entes federativos e seu financiamento. É importante que apresentar esses aspectos do Sistema Único de Saúde para que se compreenda melhor o contexto da dívida da Secretaria de Saúde de Minas Gerais e seu acordo de pagamento.

3.1 O Sistema único de Saúde

A saúde é descrita no art. 196º da Constituição Federal de 1988, como “direito de todos e dever do Estado”, sendo este obrigado a oferecer “ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988). Ao reconhecer a saúde como direito social fundamental, o Estado obrigou-se a prestações positivas, isso significa que ele deve criar condições materiais para assegurar esse direito e promover a igualdade em uma realidade desigual. Consequentemente, impõe-se a formulação de políticas públicas sociais e econômicas destinadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde (MOURA, 2013).

O art. 198º da Constituição de 1988 determina que a saúde será prestada por uma rede de ações e serviços regionalizados e hierarquizados, que constituem o Sistema Único de Saúde. Esse sistema será descentralizado, com atendimento integral e participação da comunidade, financiado com recursos da seguridade social, entre outras fontes. Esse artigo também define a obrigação de cada ente federativo

em aplicar, anualmente, um percentual dos seus gastos em ações e serviços de saúde, os chamados mínimos constitucionais da saúde (BRASIL, 1988).

O SUS é regulamentado principalmente pela Lei Federal nº 8.080/90, que dispõe sobre suas atribuições e seu funcionamento, e pela Lei Federal nº 8.142/90, que trata sobre a participação da comunidade e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. O texto constitucional prevê a criação dessa estrutura organizacional para garantir o direito à saúde e indica como seria atuação desse órgão administrativo e os objetivos que deveria perseguir, criando o esboço do que seria o Sistema Único de Saúde.

A gestão do sistema deve ser realizada pelas três esferas de governo (União, Estados e Municípios), de forma solidária e participativa, tendo em vista a responsabilidade igualitária entre os entes de garantia do acesso à saúde pela população. O detalhamento da distribuição das atribuições de cada ente, assim como outras normatizações acerca do funcionamento e organização do SUS, são retratados não apenas no texto constitucional ou nas legislações supracitadas, mas em regulamentos, decretos e portarias específicas.

3.2 Estrutura do SUS e as competências de cada ente federativo

A Constituição Federal de 1988 atribui à União, aos Estados e aos Municípios a competência de legislar, concorrentemente, a respeito da proteção da saúde. A União é responsável por estabelecer as normas gerais, os Estados suplementam a legislação federal e os Municípios legislam sobre os assuntos de interesse local, assim como podem suplementar as legislações federais e estaduais também. O texto constitucional ainda define as três esferas de governo são responsáveis pela gestão das ações e serviços públicos de saúde, bem como a formulação e execução de políticas públicas de saúde (BRASIL, 1988).

A concretização da norma institucional depende de procedimentos executados pelo Estado, assim como da criação de estruturas organizacionais para o cumprimento da obrigação constitucional de promover, preservar e recuperar a saúde no país. Logo, é dever do Estado criar órgãos aptos a atuarem na tutela e promoção do direito à saúde (MOURA, 2013). Nesse sentido, o SUS é considerado um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde do mundo, abrangendo tanto ações quanto os serviços de saúde. O sistema engloba a atenção primária, média e alta complexidades, os serviços urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e

serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental, além da assistência farmacêutica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024).

A direção do SUS é única em cada ente federativo, sendo composta pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias estaduais e municipais de saúde. Cada ente tem suas responsabilidades.

Ministério da Saúde: Gestor nacional do SUS, formula, normatiza, fiscaliza, monitora e avalia políticas e ações, em articulação com o Conselho Nacional de Saúde. Atua no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) para pactuar o Plano Nacional de Saúde. Integram sua estrutura: Fiocruz, Funasa, Anvisa, ANS, Hemobrás, Inca, Into e oito hospitais federais.

Secretaria Estadual de Saúde (SES): Participa da formulação das políticas e ações de saúde, presta apoio aos Municípios em articulação com o conselho estadual e participa da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para aprovar e implementar o plano estadual de saúde.

Secretaria Municipal de Saúde (SMS): Planeja, organiza, controla, avalia e executa as ações e serviços de saúde em articulação com o conselho municipal e a esfera estadual para aprovar e implantar o plano municipal de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024).

Como a saúde é competência de todos os entes federativos, devendo, cada um deles, prestá-la à população, a política deve ser executada de forma coordenada, a fim de evitar conflitos. Nesse sentido, a Lei Federal nº 8.080/90 estabelece as competências comuns e específicas de cada esfera de governo. O art. 15 da referida lei prevê 21 atribuições comuns entre os entes, das quais 4 serão destacadas a seguir.

Dentre elas, devem-se destacar as constantes dos seguintes incisos: I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde; II – administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde; X – elaboração da proposta orçamentária do SUS, de conformidade com o plano de saúde; e XVIII – promover a articulação da política e dos planos de saúde (SANTOS, 2015).

Em seguida, o art. 16 da legislação supracitada determina as atribuições específicas do Ministério da Saúde. Dentre essas, é válido ressaltar os incisos: XIII - prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional; e XV - promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal (BRASIL, 1990).

As competências da direção estadual do SUS estão descritas no art. 17 da Lei Federal nº 8.080/90. Para a análise a ser desenvolvida nesse trabalho, cabe ressaltar os incisos: I - promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde; e III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde (BRASIL, 1990).

Por fim, as atribuições das Secretarias Municipais de Saúde, foram estabelecidas no art. 18 da mesma lei. A principal competência da gestão municipal do SUS, descrita no inciso I, é planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde.

A Lei Federal nº 8.080/90 também prevê a existência de conselhos para participarem da criação e controlarem a execução das políticas de saúde, de acordo com as determinações a seguir:

Conselhos de Saúde: O Conselho de Saúde, no âmbito de atuação (Nacional, Estadual ou Municipal), em caráter permanente e deliberativo, é órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

Cabe a cada Conselho de Saúde definir o número de membros, que obedecerá a seguinte composição: 50% de entidades e movimentos representativos de usuários; 25% de entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde e 25% de representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados ou sem fins lucrativos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024).

Tendo em vista o envolvimento de diferentes instâncias de governo, existem comissões para realizar os processos de articulação no SUS. As duas principais são:

Comissão Intergestores Tripartite (CIT): Foro de negociação e pactuação entre gestores federal, estadual e municipal, quanto aos aspectos operacionais do SUS;

Comissão Intergestores Bipartite (CIB): Foro de negociação e pactuação entre gestores estadual e municipais, quanto aos aspectos operacionais do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024).

Existem ainda as entidades representativas das secretarias de saúde.

Conselho Nacional de Secretário da Saúde (Conass): Entidade representativa dos entes estaduais e do Distrito Federal na CIT para tratar de matérias referentes à saúde;

Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems): Entidade representativa dos entes municipais na CIT para tratar de matérias referentes à saúde;

Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems): São reconhecidos como entidades que representam os entes municipais, no âmbito estadual, para tratar de matérias referentes à saúde, desde que vinculados institucionalmente ao Conasems, na forma que dispuserem seus estatutos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024).

A estrutura de gestão do SUS determinada na Constituição Federal de 1988, assim como na Lei Federal nº 8.080/90 e na Lei Federal nº 8.142/90, está de acordo com a ideia de um sistema único, mas que opera de forma descentralizada entre União, Estados e Municípios. A Norma Operacional Básica (NOB) 01/1996, veiculada através da Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996, do Ministério da Saúde, ainda complementa a definição das responsabilidades de cada esfera de governo, buscando avançar na consolidação dos princípios do SUS e objetivar o pleno exercício do sistema.

3.3 Princípios do SUS

Os princípios do SUS estão expressos no Art. 7º da Lei Federal nº 8.080/90, como se segue.

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os Municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

XIV – organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. (Redação dada pela Lei nº 13.427, de 2017)

XV – proteção integral dos direitos humanos de todos os usuários e especial atenção à identificação de maus-tratos, de negligência e de violência sexual praticados contra crianças e adolescentes. (Incluído pela Lei nº 14.679, de 2023) (BRASIL, 1990).

Dentre esses princípios, é válido ressaltar três: a universalidade, a igualdade e a integralidade. A universalidade é expressamente consagrada no art. 196 da CF/88, que prevê “acesso universal e igualitário” às ações e serviços de saúde. Ela está relacionada à gratuidade de acesso aos serviços, e o objetivo de tal formulação é o fortalecimento da coesão social, evitando a estigmatização do pobre, bem como a queda na qualidade do serviço (TESSLER, 2010, p. 18). A saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e é dever do Estado assegurar o acesso às ações e serviços de saúde a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais ou pessoais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024).

A igualdade está relacionada à universalidade, à medida que se propõe a garantia do acesso às ações e serviços de saúde a todos, independentemente de características sociais ou pessoais. Cabe relacionar esse princípio, com a equidade, que não é trazida no texto constitucional, nem na Lei Federal nº 8.080/90, mas, “diante das desigualdades sociais e regionais do Brasil, reconhece-se a sua importância e aplicabilidade” (JUNQUEIRA, 2013). Sobre a equidade, o Ministério da Saúde aponta o que se segue.

O objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior (MINISTERIO DA SAUDE, 2024).

Por fim, a integralidade é um princípio fundamental em termos de demonstrar que as ações e serviços de saúde devem considerar a saúde e o indivíduo como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação.

Além desses princípios que dão base ao SUS, é importante analisarmos os princípios organizacionais do sistema. O primeiro é a descentralização, que significa redistribuir poder e responsabilidade entre os três níveis de governo (União, Estados e Municípios). No SUS, o objetivo da descentralização é aproximar a gestão da sociedade, para melhorar o serviço prestado e garantir o controle e a fiscalização por parte dos cidadãos. Dessa forma, a responsabilidade pela saúde e as condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras devem ser descentralizadas até o Município. Para que o princípio da descentralização possa ser praticado, há a concepção constitucional do mando único, em que cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, desde que respeitem os princípios gerais e a participação da sociedade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024).

O segundo princípio é a regionalização, que é a organização dos serviços em níveis crescentes de complexidade, delimitados a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos e com definição e conhecimento da população a ser atendida. É um processo de articulação entre os serviços que já existem, visando unificar seus comandos e evitar a duplicidade de serviços oferecidos. Já a hierarquização deve decorrer da divisão de níveis de atenção e garantir meios de acesso a serviços adequados à complexidade requerida pelo caso, nos limites dos recursos disponíveis numa dada região (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024).

O último princípio é a participação social, que propõe a atuação da sociedade no cotidiano do sistema, não apenas como usuários, mas como fiscais das ações e serviços de saúde. Nesse sentido, existem os Conselhos e as Conferências de Saúde, que visam formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024).

3.4 Financiamento do SUS

Para que as políticas de saúde possam ser de fato executadas, faz-se necessário a determinação das formas de financiamento. O art. 198 da Constituição

Federal estabelece que o SUS será financiado com os recursos do orçamento da seguridade social e de outras fontes. Esses recursos devem ser fornecidos pela União, os Estados e pelos Municípios. A Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, ainda detalha os mínimos constitucionais de cada ente, que representam os recursos mínimos que devem ser empregados na saúde por cada esfera de governo, como exposto a seguir.

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

Art. 6º Os Estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam o art. 157, a alínea “a” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios.

Art. 7º Os Municípios e o Distrito Federal aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam o art. 158 e a alínea “b” do inciso I do caput e o § 3º do art. 159, todos da Constituição Federal (BRASIL, 2012).

Observa-se que cada ente federativo tem um montante de recurso que deve ser aplicado anualmente em ações e serviços de saúde, porém, como retratado anteriormente, a política de saúde é descentralizada nos Municípios, ou seja, eles que executam a maioria das ações e serviços de saúde, cabendo à União e aos Estados atuarem de forma suplementar. Nesse sentido, Barroso (2007) ressalta que o fato de um ente federativo ser o responsável pelo fornecimento de determinado bem ou serviço à população não significa que lhe caiba custeá-lo sozinho. Ou seja, o financiamento do SUS deve ser feito de forma solidária, por meio de transferências de recursos entre os entes.

O Capítulo II, da Lei Federal nº 8.080/90 trata da gestão financeira do SUS. O art. 33 estabelece que os recursos financeiros do SUS serão depositados em conta especial, de cada ente federativo, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde. De forma simplificada, os recursos que devem ser destinados à saúde são transferidos, primeiramente, ao Fundo Nacional de Saúde e, depois, aos Estados e Municípios. Essas transferências secundárias ocorrem de acordo com

critérios estabelecidos na legislação, como perfil demográfico da região, perfil epidemiológico da população a ser coberta, entre outros.

Portanto, é por meio do recebimento de transferências da União e dos Estados que Municípios, que muitas vezes não apresentam grande capacidade para arrecadar impostos, conseguem financiar a realização das políticas de saúde. Logo, quando essas transferências não ocorrem de forma adequada, a execução das ações e serviços de saúde são prejudicados, abalando o acesso ao direito universal. O capítulo a seguir analisará de forma mais aprofundada o financiamento e a descentralização da política de saúde.

4 O FINANCIAMENTO E A DESCENTRALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE

A dívida a qual se trata o Acordo FES, mais do que relacionada à saúde, se refere ao processo de descentralização de recursos da saúde e aplicação do mínimo constitucional. Logo, é necessário explicitar como ocorre o financiamento e a descentralização de recursos para a política de saúde no Brasil. Nesse sentido, o presente capítulo apresentará, inicialmente, um breve histórico das legislações que determinam a origem dos recursos que financiam o SUS. Em seguida, será demonstrado como o mínimo constitucional da saúde deve ser aplicado e a forma de apuração dessa aplicação. Posteriormente, será abordada a movimentação dos recursos que financiam o SUS, tendo em vista a descentralização do sistema. A seguir, serão apresentados os Fundos de Saúde, instrumentos centrais no processo de descentralização. Por fim, serão explicitadas as formas de transferência intergovernamentais que ocorrem nos Fundos de Saúde.

4.1 A origem dos recursos para o financiamento do SUS

Ao estabelecer a criação do Sistema Único de Saúde, a Constituição Federal de 1988 define, no art. 198, que o sistema será financiado com recursos do orçamento da seguridade social de todos os entes federativos, além de outras fontes. Por sua vez, o financiamento da seguridade social foi estabelecido no art. 195 da Constituição, como exposto a seguir.

Art. 195. A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais: (Vide Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

I - dos empregadores, incidente sobre a folha de salários, o faturamento e o lucro;

I - do empregador, da empresa e da entidade a ela equiparada na forma da lei, incidentes sobre: (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

a) a folha de salários e demais rendimentos do trabalho pagos ou creditados, a qualquer título, à pessoa física que lhe preste serviço, mesmo sem vínculo empregatício; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

b) a receita ou o faturamento; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998) (Vide Emenda Constitucional nº 132, de 2023) Vigência

c) o lucro; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

II - dos trabalhadores;

II - do trabalhador e dos demais segurados da previdência social, não incidindo contribuição sobre aposentadoria e pensão concedidas pelo regime geral de previdência social de que trata o art. 201; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

II - do trabalhador e dos demais segurados da previdência social, podendo ser adotadas alíquotas progressivas de acordo com o valor do salário de contribuição, não incidindo contribuição sobre aposentadoria e pensão concedidas pelo Regime Geral de Previdência Social; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019)

III - sobre a receita de concursos de prognósticos.

IV - do importador de bens ou serviços do exterior, ou de quem a lei a ele equiparar. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 42, de 19.12.2003) (Vide Emenda Constitucional nº 132, de 2023) Vigência

V - sobre bens e serviços, nos termos de lei complementar. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 132, de 2023) (BRASIL, 1988).

Para assegurar o cumprimento da determinação constitucional, o Art. 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) definiu que “até que fosse aprovada a Lei de Diretrizes Orçamentárias, seriam destinados ao setor de saúde, 30%, no mínimo, do orçamento da seguridade social (OSS), excluído o seguro-desemprego” (BRASIL, 1988). No entanto, de acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde, essa aplicação de recursos na saúde não aconteceu.

Ainda na década de 1980, iniciaram as tentativas de vinculação de recursos para a área da saúde. A vinculação é o estabelecimento de elo normativo entre uma fonte e um destino. O inciso IV do art. 167 da Constituição Federal veda a “vinculação da receita de impostos a órgão, fundo ou despesa” (BRASIL, 1988), salvo algumas exceções, com a finalidade de manter a discricionariedade da administração pública na alocação dos recursos públicos, pelo menos quanto aos impostos. Assim, explica Furtado (2008), o elaborador de políticas públicas pode alocar os recursos de acordo com os critérios e as prioridades que reflitam as necessidades do determinado momento. No entanto, o autor também destaca que vincular parte do orçamento público a determinada função de governo é um mecanismo estratégico para viabilizar as metas governamentais e garantir alguns direitos fundamentais, como desejavam fazer com a saúde.

No ano 2000, foi promulgada a Emenda Constitucional 29 que teve como objetivo a priorização de recursos para as ações e serviços públicos de saúde nos orçamentos dos entes federados, através da vinculação de recursos para a área. A emenda alterou o § 2º do art. 198 da Constituição Federal, prevendo a afetação de

receitas de impostos para a área da saúde. É válido ressaltar que, para viabilizar essa alteração, a emenda também acrescentou uma exceção ao princípio da não afetação ou não vinculação da receita de impostos, constante no art. 167 da CF/1988.

Em relação aos percentuais mínimos de aplicação na política de saúde por cada ente federativo, a Emenda Constitucional n.29/2000, remeteu a fixação desses índices para a lei complementar referida no art.198 do texto constitucional. No entanto, ciente da possibilidade de que a promulgação dessa lei poderia demorar, o constituinte preferiu acrescentar o art.77 ao ADCT, como se segue.

Art. 77. Até o exercício financeiro de 2004, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde serão equivalentes:

I – no caso da União:

a) no ano 2000, o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999 acrescido de, no mínimo, cinco por cento;

b) do ano 2001 ao ano 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB;

II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, doze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; e

III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, quinze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º (BRASIL, 1988).

A primeira parte do artigo define que os valores referidos deveriam vigorar até o exercício financeiro de 2004. Porém, também prevendo a possibilidade de demora para regulamentação da matéria, o § 4º do artigo estabelece que “na ausência da lei complementar a que se refere o art. 198, § 3º, a partir do exercício financeiro de 2005, aplicar-se-á à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios o disposto neste artigo” (BRASIL, 1988). Ressalta-se que o art.77 do ADCT foi aplicado até a promulgação da Lei Complementar n. 141, em 2012.

A Lei Complementar n.141, de 13 de janeiro de 2012, trouxe a regulamentação do § 3º do art.198 da Constituição Federal. Ela determinou os percentuais de gasto mínimo obrigatório em ações e serviços públicos de saúde; os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados aos seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais; as normas de

fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde em cada esfera de governo; e as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União.

Essa lei ficou conhecida como a “regulamentação da Emenda 29”, uma vez que normalizou os dispositivos não autoaplicáveis da referida emenda. Porém, havia uma expectativa, por parte de alguns defensores da área da saúde, de que a lei inovaria na destinação de recursos para o setor, que não foi atingida. A LC 141/2012 manteve o financiamento da saúde pública nos mesmos moldes do art.77 do ADCT. Nem o percentual de gasto mínimo federal foi fixado, assim como existe para os Estados e Municípios.

Em relação aos percentuais de gastos dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, o art.9º da Lei Complementar 141/2012 esclarece que qualquer compensação financeira proveniente de impostos e transferências constitucionais previstos no § 2º do art.198 da Constituição, já instituída ou que vier a ser criada, estará compreendida na base de cálculo. Também integram a base de cálculo, além dos impostos arrecadados de forma regular, os impostos cobrados por meio da sua inscrição em dívida ativa, devendo ser incluídos a multa e os juros de mora respectivos, seja a cobrança por meio de processo administrativo ou judicial.

Em 2013, foi aprovada a Lei n.12.858, de 9 de setembro de 2013, que dispôs sobre a destinação para as áreas de educação e saúde de parcela da participação no resultado ou da compensação financeira pela exploração de petróleo e gás natural do pré-sal. As receitas da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios provenientes dos royalties e da participação especial, relativas a contratos celebrados a partir de 3 de dezembro de 2012, devem ser aplicados na área de educação (75%) e na área de saúde (25%). Além disso, 50% dos recursos recebidos pelo Fundo Social de que trata o art. 47 da Lei nº 12.351/2010 e as receitas da União decorrentes de acordos de individualização da produção de que trata o art. 36 desta lei devem ser destinados para o mesmo fim, até que sejam cumpridas as metas estabelecidas no Plano Nacional de Educação.

O art. 4º da Lei 12.858/2013 deve ser destacado por estabelecer que “os recursos destinados para as áreas de educação e saúde na forma do art.2º serão aplicados em acréscimo ao mínimo obrigatório previsto na Constituição Federal”. Ou seja, o dispositivo buscou assegurar um incremento efetivo no montante de recursos destinados às áreas sociais da educação e da saúde. O avanço no financiamento da

saúde pública que poderia decorrer dessa norma foi prejudicado pela promulgação da EC 86/2015.

A Emenda Constitucional n. 86, de 17 de março de 2015 alterou os artigos que dispunham sobre as normas orçamentárias e sobre o financiamento das ações e serviços públicos de saúde para tornar obrigatória a realização da programação orçamentária que específica. De acordo com o § 9º, adicionado ao art.166 da Constituição Federal, metade das emendas individuais ao projeto de lei orçamentária, que serão aprovadas no limite de 1,2% da receita corrente líquida prevista no projeto encaminhado pelo Poder Executivo, deve ser destinada a ações e serviços públicos de saúde. A Emenda Constitucional nº 126, de 2022, alterou esse percentual de aprovação, mas não será abordada no presente trabalho por estar fora do período de análise.

A Emenda também determina que o montante das emendas destinado à saúde pode ser aplicado no custeio do setor, como na aquisição de material de consumo ou em obras, sendo vedado o pagamento de pessoal e encargos sociais. Santos (2015) explica que essa vedação é razoável à medida que as despesas com pessoal e encargos sociais são correntes e, em geral, de longa duração, enquanto as emendas parlamentares não apresentam essas características.

Outra determinação da EC 86/2015 que deve ser destacada é que o montante das emendas individuais destinado a ações e serviços públicos de saúde serão computados no gasto mínimo da União. Os recursos dos royalties da exploração de petróleo e gás natural, pela União, também passam a ser computados no gasto mínimo, em dissonância com o esforço da Lei 12.858/2013 para reforçar o financiamento da política pública de saúde.

Por fim, a emenda inovou ao dispor sobre o montante do mínimo de aplicação da União em ações e serviços públicos de saúde, como se segue:

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

I - no caso da União, a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15% (quinze por cento); (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015) (BRASIL, 2015)

O art. 2º disciplinou que o percentual será aplicado de modo gradual, evoluindo em 5 anos de, no mínimo, 13,2%, 13,7%, 14,1%, 14,5%,15%. Portanto, o referido

percentual seria atingido apenas em 2020. Ao determinar expressamente a forma de cálculo da participação da União no financiamento da saúde, os constituintes reduziram as chances de se aumentar os recursos federais destinados a saúde, uma vez que demandará uma emenda constitucional para realizar tal alteração, o que é muito mais difícil que alterar uma Lei Complementar (Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015).

A Emenda Constitucional nº95, de 15 de dezembro de 2016, alterou o ADCT para instaurar o Novo Regime Fiscal. Promulgada em um contexto de crise, no qual o governo tomou medidas econômicas austeras, a emenda limita o crescimento dos gastos do Estado, no âmbito da União, do Ministério Público e da Defensoria Pública, pelos 20 anos seguintes. Em relação à saúde, esse teto para os gastos congelou os investimentos da União no percentual de 15% sobre a Receita Corrente Líquida (RCL) de 2017 corrigidos pela inflação (IPCA). A restrição pela mudança da lei ocorre porque, segundo o regime anterior os gastos em saúde, o percentual era calculado anualmente sobre a RCL, de modo a experimentar crescimento do montante absoluto a ser investido de forma proporcional ao crescimento econômico (PERSICOTTI; MYSZCZUK; MEZA, 2021).

É válido destacar que com a redução de recursos da União direcionados à saúde, por meio das EC 86/2015 e EC 95/2016, Estados e Municípios aumentam a cada dia os seus gastos com ações e serviços públicos de saúde. Isso ocorre pois o financiamento da saúde é tripartite e, enquanto para Estados e Municípios temos na legislação estabelecido o mínimo a ser aplicado na área, para a união, temos um teto (COSEMS-PR, 2023).

4.2 A aplicação e apuração dos recursos relativos aos mínimos constitucionais

Além de fixar os percentuais mínimos de aplicação de recursos na área da saúde por cada ente federativo, a Lei Complementar nº 141, de 2012, define os tipos de ações e serviços de saúde que podem ser custeados com esses recursos. As despesas com ações e serviços públicos de saúde devem atender a princípios como universalidade, integralidade e igualdade, assim como algumas diretrizes dispostas a seguir.

Art. 2º Para fins de apuração da aplicação dos recursos mínimos estabelecidos nesta Lei Complementar, considerar-se-ão como

despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde que atendam, simultaneamente, aos princípios estatuídos no art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e às seguintes diretrizes: I – sejam destinadas às ações e serviços públicos de saúde de acesso universal, igualitário e gratuito;

II – estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente da Federação; e

III – sejam de responsabilidade específica do setor da saúde, não se aplicando a despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde da população.

Parágrafo único. Além de atender aos critérios estabelecidos no caput, as despesas com ações e serviços públicos de saúde realizadas pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios deverão ser financiadas com recursos movimentados por meio dos respectivos fundos de saúde (BRASIL, 2012).

O Plano de Saúde, referido no inciso II, é um instrumento de planejamento para definição e implementação de iniciativas na área da saúde em cada esfera de gestão do SUS para um período de 4 anos (CONASS, 2024). A partir da análise situacional, o instrumento demonstra as necessidades e especificidades de saúde da população e determina os compromissos do governo para com o setor de saúde. O Plano de Saúde serve como base para a execução, o acompanhamento e a avaliação da gestão do SUS, a medida em que estabelece diretrizes, metas, objetivos e indicadores. O instrumento deve ainda explicitar a metodologia de alocação dos recursos estaduais e a previsão anual de recursos aos Municípios, pactuada pelos gestores estaduais e municipais na CIB e aprovadas pelo Conselho Estadual de Saúde.

O art. 3º da Lei Complementar 141, de 2012, define quais ações e serviços públicos de saúde serão considerados para a aplicação dos recursos mínimos de saúde como se apresenta a seguir.

Art. 3º Observadas as disposições do art. 200 da Constituição Federal, do art. 6º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e do art. 2º desta Lei Complementar, para efeito da apuração da aplicação dos recursos mínimos aqui estabelecidos, serão consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde as referentes a:

I – vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária;

II – atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais;

III – capacitação do pessoal de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS);

IV – desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS;

V – produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como: imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos;

VI – saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pelo Conselho de Saúde do ente da Federação financiador da ação e esteja de acordo com as diretrizes das demais determinações previstas nesta Lei Complementar;

VII – saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos;

VIII – manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças;

IX – investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde;

X – remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividade nas ações de que trata este artigo, incluindo os encargos sociais;

XI – ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde; e

XII – gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde. (BRASIL, 2012)

A fim de evitar confusões, o art. 4º da Lei Complementar nº 141/2012 lista ações que não podem ser custeadas com os recursos provenientes dos mínimos constitucionais da saúde, mesmo que tenham impacto nas condições de saúde da população, como se segue.

Art. 4º Não constituirão despesas com ações e serviços públicos de saúde, para fins de apuração dos percentuais mínimos de que trata esta Lei Complementar, aquelas decorrentes de:

I – pagamento de aposentadorias e pensões, inclusive dos servidores da saúde; II – pessoal ativo da área de saúde quando em atividade alheia à referida área; III – assistência à saúde que não atenda ao princípio de acesso universal;

IV – merenda escolar e outros programas de alimentação, ainda que executados em unidades do SUS, ressalvando-se o disposto no inciso II do art. 3º;

V – saneamento básico, inclusive quanto às ações financiadas e mantidas com recursos provenientes de taxas, tarifas ou preços públicos instituídos para essa finalidade;

VI – limpeza urbana e remoção de resíduos;

VII – preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes da Federação ou por entidades não governamentais;

VIII – ações de assistência social;

IX – obras de infraestrutura, ainda que realizadas para beneficiar direta ou indiretamente a rede de saúde; e

X – ações e serviços públicos de saúde custeados com recursos distintos dos especificados na base de cálculo definida nesta Lei Complementar ou vinculados a fundos específicos distintos daqueles da saúde. (BRASIL, 2012)

A Lei Complementar reforçou os princípios do SUS, já instituídos pela Constituição e incluídos na Lei nº 8.080, de 1990, do acesso universal, igualitário e gratuito, uma vez que, somente ações e serviços que atendam a esses princípios podem ser custeados com recursos públicos da saúde. A legislação exige ainda que essas ações estejam previstas no respectivo Plano de Saúde, visando a garantia da execução de ações coerentes com os objetivos do governo e as necessidades da população a ser atendida.

Para a apuração da aplicação dos recursos mínimos, segundo o art. 24, “serão consideradas as despesas liquidadas e pagas no exercício e as despesas empenhadas e não liquidadas, inscritas em Restos a Pagar até o limite das disponibilidades de caixa ao final do exercício, consolidadas no Fundo de Saúde” (BRASIL, 2012). Dessa forma, de acordo com o § 4º do artigo citado, as ações e serviços públicos de saúde custeados com recursos derivados de “operações de crédito contratadas para essa finalidade ou quaisquer outros recursos não considerados na base de cálculo da receita, nos casos previstos nos arts. 6º e 7º da Lei Complementar” (BRASIL, 2012) não serão consideradas para fins de apuração dos mínimos constitucionais. Em caso de diferença entre os valores previsto e realizado para aplicação em ações e serviços públicos de saúde a lei estabelece o que se segue.

Art. 25. Eventual diferença que implique o não atendimento, em determinado exercício, dos recursos mínimos previstos nesta Lei Complementar deverá, observado o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 160 da Constituição Federal, ser acrescida ao montante mínimo do exercício subsequente ao da apuração da diferença, sem prejuízo do montante mínimo do exercício de referência e das sanções cabíveis.

Parágrafo único. Compete ao Tribunal de Contas, no âmbito de suas atribuições, verificar a aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde de cada ente da Federação sob sua jurisdição, sem prejuízo do disposto no art. 39 e observadas as normas estatuídas nesta Lei Complementar (BRASIL, 2012).

Além da competência do Tribunal de Contas de verificar a aplicação dos recursos na área da saúde, a LC 141/2012 estabelece que cada ente federativo mantenha os dados orçamentários atualizados em um sistema eletrônico atualizado. O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) foi implantado em 2000, como instrumento social de acompanhamento financeiro da saúde pública brasileira, com informações das três esferas de governo. A respeito da divulgação de dados orçamentários da saúde a legislação determina o que se segue.

Art. 39. Sem prejuízo das atribuições próprias do Poder Legislativo e do Tribunal de Contas de cada ente da Federação, o Ministério da Saúde manterá sistema de registro eletrônico centralizado das informações de saúde referentes aos orçamentos públicos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, incluída sua execução, garantido o acesso público às informações. § 1º O Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde (Siops), ou outro sistema que venha a substituí-lo, será desenvolvido com observância dos seguintes requisitos mínimos, além de outros estabelecidos pelo Ministério da Saúde mediante regulamento:

I – obrigatoriedade de registro e atualização permanente dos dados pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios;

II – processos informatizados de declaração, armazenamento e exportação dos dados;

III – disponibilização do programa de declaração aos gestores do SUS no âmbito de cada ente da Federação, preferencialmente em meio eletrônico de acesso público;

IV – realização de cálculo automático dos recursos mínimos aplicados em ações e serviços públicos de saúde previstos nesta Lei Complementar, que deve constituir fonte de informação para elaboração dos demonstrativos contábeis e extracontábeis;

V – previsão de módulo específico de controle externo, para registro, por parte do Tribunal de Contas com jurisdição no território de cada ente da Federação, das informações sobre a aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde consideradas para fins de emissão do parecer prévio divulgado nos termos dos arts. 48 e 56 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, sem prejuízo das informações declaradas e homologadas pelos gestores do SUS;

VI – integração, mediante processamento automático, das informações do Siops ao sistema eletrônico centralizado de controle das transferências da União aos demais entes da Federação mantido pelo Ministério da Fazenda, para fins de controle das disposições do inciso II do parágrafo único do art. 160 da Constituição Federal e do art. 25 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

§ 2º Atribui-se ao gestor de saúde declarante dos dados contidos no sistema especificado no caput a responsabilidade pelo registro dos dados no Siops nos prazos definidos, assim como pela fidedignidade dos dados homologados, aos quais se conferirá fé pública para todos os fins previstos nesta Lei Complementar e na legislação concernente.

§ 3o O Ministério da Saúde estabelecerá as diretrizes para o funcionamento do sistema informatizado, bem como os prazos para o registro e homologação das informações no Siops, conforme pactuado entre os gestores do SUS, observado o disposto no art. 52 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

§ 4o Os resultados do monitoramento e avaliação previstos neste artigo serão apresentados de forma objetiva, inclusive por meio de indicadores, e integrarão o Relatório de Gestão de cada ente federado, conforme previsto no art. 4º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

§ 5o O Ministério da Saúde, sempre que verificar o descumprimento das disposições previstas nesta Lei Complementar, dará ciência à direção local do SUS e ao respectivo Conselho de Saúde, bem como aos órgãos de auditoria do SUS, ao Ministério Público e aos órgãos de controle interno e externo do respectivo ente da Federação, observada a origem do recurso para a adoção das medidas cabíveis.

§ 6o O descumprimento do disposto neste artigo implicará a suspensão das transferências voluntárias entre os entes da Federação, observadas as normas estatuídas no art. 25 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000 (BRASIL, 2012).

O Siops gera o cálculo automático de quanto cada ente da Federação tem que aplicar, obrigatoriamente, em Saúde e identifica eventuais descumprimentos. Pelos dispositivos da LC 141/2012, o sistema foi diretamente interligado com os sistemas do Ministério da Fazenda, a quem cabe fazer o bloqueio de recursos de Estados e Municípios que deixarem de investir o mínimo legal em Saúde. O sistema eletrônico é alimentado pelos próprios Estados, Distrito Federal, Municípios por meio do preenchimento de dados em software desenvolvido pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS/MS). A partir de 2013 passou a captar os dados da União (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

4.3 A movimentação dos recursos

A Seção II da Lei nº141/2012 estabelece as normas para o repasse e aplicação dos recursos mínimos de cada ente governamental. O art. 12 distingue a possibilidade apenas à União de repassar os recursos ao Fundo Nacional de Saúde e às demais unidades orçamentárias que compõem o órgão Ministério da Saúde. Os recursos da União serão transferidos aos demais entes da federação e movimentados, até a sua destinação final, em contas específicas mantidas em instituição financeira oficial federal.

Já os governos estaduais, do Distrito Federal e municipais repassarão os seus recursos mínimos diretamente aos seus respectivos fundos de saúde, que

descentralizarão para as suas unidades orçamentárias, em caso de necessidade. Essa movimentação deve realizar-se, exclusivamente, mediante cheque nominativo, ordem bancária, transferência eletrônica disponível ou outra modalidade de saque autorizada pelo Banco Central do Brasil, em que fique identificada a sua destinação e, no caso de pagamento, o credor (BRASIL, 2012).

A Seção III da referida lei normatiza a movimentação de recursos da União vinculados a ações e serviços públicos de saúde. O repasse desses recursos aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios deve observar “as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde” (BRASIL, 2012), assim como os critérios dispostos no art. 35 da Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990, que se apresenta a seguir.

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

- I - perfil demográfico da região;
- II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;
- III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;
- IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;
- V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;
- VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;
- VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo (BRASIL, 1990).

Dessa forma, o Ministério da Saúde deve definir e publicar, anualmente, utilizando metodologia pactuada na CIT e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, os montantes a serem transferidos a cada ente federativo para custeio das ações e dos serviços públicos de saúde. Já os recursos destinados a investimentos serão programados anualmente de acordo com critérios que visem a reduzir as desigualdades na oferta de ações e serviços públicos de saúde e garantir a integralidade da atenção à saúde (BRASIL, 2012).

De 2007 a 2017, a transferência de recursos federais para financiamento de ações e serviços públicos de saúde era regulamentada pela Portaria nº 204/2007 e pela Portaria nº 837/2009. Elas estabeleciam que o repasse deveria ser realizado por

blocos de financiamento: I - Atenção Básica; II - Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; III - Vigilância em Saúde; IV - Assistência Farmacêutica; V - Gestão do SUS e VI – Bloco de Investimentos. Segundo as normas, os recursos referentes a cada bloco de financiamento devem ser aplicados nas ações e serviços de saúde relacionados ao próprio bloco.

Em 2017, foi publicada a Portaria GM/MS nº 3.992, alterando a forma de repasse dos recursos federais. A partir da pactuação da unificação dos blocos de financiamento do SUS, pela Comissão Intergestores Tripartite, foi determinado que os recursos do FNS a serem repassados na modalidade fundo a fundo serão organizados em dois blocos de financiamento: I - Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde; e II - Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde. O bloco de custeio passou a englobar grupos relacionados ao nível de atenção ou à área de atuação: Atenção Básica; Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; Assistência Farmacêutica; Vigilância em Saúde e Gestão do SUS. Por sua vez, o bloco de investimentos passou a englobar grupos relacionados ao nível de atenção ou à área de atuação: Atenção Básica; Atenção Especializada; Vigilância em Saúde; Gestão e desenvolvimento de tecnologias em Saúde no SUS e Gestão do SUS.

Apesar das mudanças no modelo de repasse, que possibilitam maior autonomia na utilização dos recursos financeiros durante o exercício financeiro vigente, mantém-se a definição de que os recursos que compõem cada Bloco de Financiamento devem ser aplicados em ações e serviços públicos de saúde relacionados ao próprio bloco. Isso significa que a execução dos recursos continuou sendo vinculada à normativa que deu origem ao repasse e ao estabelecido no Plano de Saúde e na Programação Anual (CONASEMS, 2018).

O rateio dos recursos dos Estados transferidos aos Municípios para ações e serviços públicos de saúde está disposto na Seção IV da Lei 141/2012. O art. 19 dispõe o que se segue.

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

§ 1º Os Planos Estaduais de Saúde deverão explicitar a metodologia de alocação dos recursos estaduais e a previsão anual de recursos aos Municípios, pactuadas pelos gestores estaduais e municipais, em comissão intergestores bipartite, e aprovadas pelo Conselho Estadual de Saúde.

§ 2º O Poder Executivo, na forma estabelecida no inciso II do caput do art. 9º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, manterá o respectivo Conselho de Saúde e Tribunal de Contas informados sobre o montante de recursos previsto para transferência do Estado para os Municípios com base no Plano Estadual de Saúde (BRASIL, 2012).

Observa-se que a distribuição dos recursos estaduais não se diferencia entre despesas de custeio e investimento, como a federal. A Lei Complementar 141, de 2012, também define que, nos casos em que os Estados e os Municípios estabelecerem consórcios ou outras formas legais de cooperativismo para a realização de ações e serviços de saúde, as parcelas dos recursos dos Fundos de Saúde, provenientes de receitas próprias como de transferências obrigatórias, podem ser remanejadas entre si e devem ser administradas de acordo com a modalidade gerencial pactuada pelos entes envolvidos.

O art. 22 da Lei 141/2012 veda a exigência de restrição à entrega dos recursos federais e estaduais vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios na modalidade regular e automática, os quais serão considerados “transferência obrigatória destinada ao custeio de ações e serviços públicos de saúde no âmbito do SUS”. No entanto, a União e os Estados podem condicionar a entrega dos recursos à instituição e ao funcionamento do Fundo e do Conselho de Saúde no âmbito daquele ente e à elaboração do Plano de Saúde.

4.4 Os Fundos de Saúde

O art. 71 da Lei 4.320, define que “constitui fundo especial o produto de receitas especificadas que por lei se vinculam à realização de determinados objetivos ou serviços, facultada a adoção de normas peculiares de aplicação” (BRASIL, 1964). Santos (2015) define fundo, de maneira generalizada, como “instrumento de gestão orçamentária e financeira, sem personalidade jurídica, consistente em um conjunto de recursos públicos reunidos em conta diversa da conta única do Tesouro para uma finalidade específica”. O mesmo autor define fundo de saúde como “instrumento de gestão orçamentária e financeira, sem personalidade jurídica, constituído por um conjunto de recursos públicos, reunidos em conta especial, destinado às ações e serviços públicos de saúde” (SANTOS, 2015).

O Art. 14 da Lei 141/2012 estabelece que o Fundo de Saúde, instituído por lei e mantido em funcionamento pela administração direta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, constituir-se-á em unidade orçamentária e gestora dos recursos destinados a ações e serviços públicos de saúde, ressalvados os recursos repassados diretamente às unidades vinculadas ao Ministério da Saúde. Por unidade orçamentária, o art. 14 da Lei 4.320 define “o agrupamento de serviços subordinados ao mesmo órgão ou repartição a que serão consignadas dotações próprias” (BRASIL, 1964). O Tesouro Nacional esclarece como “menor nível da classificação institucional. É a destinatária das dotações do orçamento da União” (TESOURO NACIONAL, 2024).

Já unidade gestora, segundo o Tesouro Nacional, é a unidade orçamentária ou administrativa investida do poder de gerir recursos orçamentários e financeiros, próprios ou sob descentralização. Ou seja, além de possuírem dotações consignadas, os fundos de saúde realizam a gestão desses recursos do ponto de vista orçamentário. Assim, Santos (2015), determina que os fundos de saúde se apresentam como instrumento de gestão orçamentária e financeira, formados por contas-correntes em que são depositados os recursos destinados à realização da política de saúde.

O objetivo do Fundo de Saúde é a ampliação da capacidade de gestão orçamentária e financeira e da governabilidade administrativa, assim como dar maior transparência para o gasto público em saúde para fins do controle interno e externo por parte dos órgãos responsáveis e pela sociedade. Como o Fundo de Saúde é vinculado ao órgão da Administração, a movimentação contábil dos atos afetos à gestão dos recursos que lhe são destinados deve ser registrada separadamente, para, posteriormente, consolidar as informações aos registros do órgão. Tais informações subsidiarão os sistemas de gestão fiscal, acompanhamento da execução orçamentária e prestação de contas anual de responsabilidade do respectivo chefe de poder (COSEMS, 2023).

4.5 Formas de transferência intergovernamentais nos Fundos de Saúde

Entendido o que são os fundos de saúde, é possível explorar as formas de transferências existentes nos fundos de saúde, uma vez que o art. 16 da Lei 141/2012 determina que o repasse de recursos a serem utilizados nas ações e serviços públicos de saúde deve ser feito diretamente ao fundo de saúde do respectivo ente da

federação. As transferências de recursos realizadas entre os entes federativos objetivam proporcionar os meios necessários para que cada esfera de governo desempenhe as competências que lhes foram atribuídas, buscando reduzir as desigualdades existentes entre os entes.

Tendo em vista a maior capacidade de arrecadação de tributos da União e a concentração da responsabilidade de execução das ações e serviços públicos de saúde nos Municípios, as transferências assumem papel relevante na viabilização desse processo. Santos (2015) afirma que o caráter descentralizado do SUS somado à menor quantidade de recursos disponíveis aos entes subnacionais, resulta na necessidade permanente de que estes recebam recursos de outras esferas para a execução da política de saúde. Essas transferências, segundo o ordenamento jurídico, podem ser voluntárias ou obrigatórias.

As transferências obrigatórias são aquelas decorrentes de obrigações constitucionais ou legais, na doutrina, também são denominadas de automáticas. A Lei 8.142/1990 previa que os recursos do Fundo Nacional de Saúde deveriam ser repassados de forma regular e automática para os Estados, Distrito Federal e Municípios, sendo que, no mínimo, 70% do montante deveria ser destinado aos Municípios. A Lei Complementar 141/2012 regulamenta as transferências automáticas federais como se mostra a seguir.

Art. 18. Os recursos do Fundo Nacional de Saúde, destinados a despesas com as ações e serviços públicos de saúde, de custeio e capital, a serem executados pelos Estados, pelo Distrito Federal ou pelos Municípios serão transferidos diretamente aos respectivos fundos de saúde, de forma regular e automática, dispensada a celebração de convênio ou outros instrumentos jurídicos.

Santos (2015) explica que as transferências do FNS devem ser regulares e automáticas, pois o repasse desses valores não pode sofrer interrupções nem depender da discricionariedade do gestor federal, uma vez que destinam a custear um serviço público essencial à vida dos cidadãos. A dispensação da celebração de convênio ou outro instrumento jurídico também evita que o ente repassador exija mais uma etapa para a sua instrumentalização e torne o processo mais lento e burocrático. A determinação da transferência diretamente aos fundos de saúde dos entes subnacionais garante que os recursos destinados a área da saúde não se misturem com os outros valores do tesouro de cada ente. Portanto, os repasses de recursos do Fundo Nacional de Saúde aos entes subnacionais são realizados na modalidade

fundo a fundo, ou seja, do FNS diretamente para os Fundos de Saúde estaduais ou municipais.

Santos (2015) ressalta que, quanto à titularidade dos recursos, inicialmente, estes pertencem ao ente arrecadador, porém, após a transferência, passam a pertencer ao ente recebedor. Dessa forma, após o repasse ao fundo estadual ou municipal, os recursos incorporam-se ao patrimônio do respectivo instituidor do fundo. A análise feita sobre os repasses automáticos do Fundo Nacional de Saúde para as demais esferas de governo também e aplica às transferências legais dos Estados aos seus respectivos Municípios, haja vista o que determina o art. 20 da LC141/2012.

Art. 20. As transferências dos Estados para os Municípios destinadas a financiar ações e serviços públicos de saúde serão realizadas diretamente aos Fundos Municipais de Saúde, de forma regular e automática, em conformidade com os critérios de transferência aprovados pelo respectivo Conselho de Saúde.

Já as transferências voluntárias, de acordo com o Tribunal de Contas da União, são aquelas derivadas de um sistema de cooperação entre a União e as entidades governamentais ou não governamentais dos demais entes da federação, para execução de interesse recíproco, financiadas com recursos do orçamento federal. Nesse caso, a autoridade tem discricionariedade para decidir se realizará ou não a transferência, ou seja, depende da manifestação de vontade do órgão titular da arrecadação. Observa-se, a seguir, a determinação da LC 141/2012 sobre essa modalidade de transferência.

Art. 18. Parágrafo único. Em situações específicas, os recursos federais poderão ser transferidos aos Fundos de Saúde por meio de transferência voluntária realizada entre a União e os demais entes da Federação, adotados quaisquer dos meios formais previstos no inciso VI do art. 71 da Constituição Federal, observadas as normas de financiamento (BRASIL, 2012).

O artigo transcrito ressalta a aplicação em situações específicas dessa modalidade de transferência, ou seja, ela não pode ser usada como regra para a distribuição dos recursos destinados a saúde. Santos (2015) exemplifica que a transferência voluntária é utilizada para um propósito específico, como a construção de um hospital. A determinação de um propósito específico também veda a possibilidade de utilização dos recursos movimentados em finalidade diversa da pactuada, de acordo com o art. 25 §2º, da LRF.

Os recursos da transferência voluntária também deverão ser movimentados para o fundo de saúde do ente federativo que receberá os recursos, o que reforça a

necessidade de movimentação dos recursos direcionados à área da saúde por meio dos fundos de saúde. Essa modalidade de transferência não pode ocorrer de forma informal, é necessário, de acordo com o inciso VI do art. 71 da Constituição Federal, que seja adotado um meio formal, como “convênio, acordo, ajuste ou outros instrumentos congêneres” (BRASIL, 1988).

De acordo com a o Decreto nº 11.531, de 16 de maio de 2023, o Convênio é um instrumento que dispõe sobre a transferência de recursos financeiros provenientes do Orçamento Fiscal e da Seguridade Social da União, na ausência de legislação específica, para a execução de programas, projetos e atividades de interesse recíproco e em regime de mútua colaboração. Já o Contrato de Repasse, segundo o mesmo decreto, é um instrumento de interesse recíproco, por meio do qual a transferência de recursos financeiros se processa por intermédio de instituição ou agente financeiro público federal, atuando como mandatário da União.

O Decreto nº 11.531, de 16 de maio de 2023, normatiza a execução de convênios e contratos de repasse relativos às transferências de recursos federais com órgãos e entidades da administração pública estadual, distrital e municipal, consórcios públicos, entidades privadas sem fins lucrativos e serviços sociais autônomos, para a execução de programas, projetos e atividades de interesse recíproco e em regime de mútua colaboração. Os recursos provenientes desses instrumentos podem financiar ações de custeio ou capital e representam uma forma de os entes subnacionais obterem recursos extras para a saúde, complementares aos gastos mínimos obrigatórios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Nesse caso, a titularidade dos recursos transferidos continua a ser do concedente, ou seja, os recursos não se incorporam ao patrimônio do ente que os recebe (SANTOS, 2015).

5 CONCEITOS ECONÔMICOS E DA ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA E ORÇAMENTÁRIA

Compreendidas a política de saúde no Brasil e a sua forma de financiamento, é interessante entendermos alguns conceitos da Administração Financeira e Orçamentária e da Economia para basearmos o estudo de caso do presente trabalho. A seguir, serão apresentados os conceitos de orçamento público, receita pública, despesa pública e restos a pagar. Por fim, será exposto um breve conceito de dívida pública, que é um tema extenso dentro da economia, mas será resumido visando a relação do conceito com o presente trabalho.

5.1 Orçamento Público

O Orçamento Público, de acordo com Furtado (2012), é uma lei que estima receitas e fixa despesas para um determinado exercício financeiro. O art. 34 da Lei 4.320/64 esclarece que o exercício financeiro incide com o ano civil. Logo, o orçamento prevê o que o Estado deve receber e gastar a cada ano e, assim, decide-se quais serviços e políticas serão realizados naquele período. A “Lei Orçamentária Anual é o instrumento utilizado para a consequente materialização do conjunto de ações e objetivos que foram planejados visando ao atendimento e bem-estar da coletividade” (FURTADO, 2012, p.15).

Pascoal (2015) ressalta que o orçamento se caracteriza por ser um instrumento de planejamento, “que leva em conta aspectos do passado, a realidade presente e as projeções para o futuro (PASCOAL, 2015, p.18). O autor ainda traz que o orçamento apresenta um aspecto político, por autorizar o gasto público levando em conta as necessidades coletivas; um aspecto econômico, por meio do aumento ou diminuição dos gastos públicos; um aspecto regulador, ao financiar serviços públicos para populações mais necessitadas como mecanismo de justiça distributiva; e um aspecto técnico em observância à obrigatoriedade da técnica orçamentária (PASCOAL, 2015, p.15).

O art. 165 da Constituição Federal determina que o Poder Executivo deve propor leis que estabelecerão o plano plurianual, as diretrizes orçamentárias e os orçamentos anuais. O Plano Plurianual (PPA) é um planejamento de médio prazo, englobando um período de quatro anos, no qual o governante indica diretrizes, objetivos e metas para as despesas de capital e as relativas aos programas que duram mais de um exercício financeiro (FURTADO, 2012, p.20). A Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) orienta

a elaboração do orçamento anual, de forma a mantê-lo em acordo com o que foi planejado no PPA (FURTADO, 2012, p.20). Por fim, a Lei Orçamentária Anual (LOA) é o orçamento público de fato, em que são estimadas as receitas e fixadas as despesas para cada ano (FURTADO, 2012, p.22).

5.2 Receita Pública

Para executar suas obrigações, o Estado precisa de recursos, que são denominados receitas públicas. Portanto, a receita pública é “o conjunto dos ingressos disponíveis para a cobertura das despesas orçamentárias” (BEZERRA FILHO, 2013, p. 83). Esse conceito pode ser explicitado de forma ampla ou restrita. No sentido amplo, corresponde a “toda entrada ou ingresso de recursos que, a qualquer título, adentra os cofres públicos, independentemente de haver contrapartida no passivo” (FURTADO, 2012, p.69). No sentido restrito, “é a entrada que, integrando-se no patrimônio público sem quaisquer reservas, condições ou correspondências no passivo, vem acrescer o seu vulto, como elemento novo e positivo” (BALEEIRO, 1992, p. 126, apud FURTADO, 2012, p.69).

A receita pública pode ser classificada quanto à natureza (orçamentária e extraorçamentária); à categoria econômica (corrente e de capital); à afetação patrimonial (efetiva, não efetiva ou por mutação patrimonial); à coercitividade (derivada e originária); à regularidade (ordinária e extraordinária); e quanto ao poder de tributar (federal, estadual e municipal) (FURTADO, 2012, p.70). A classificação por categoria econômica ainda se desdobra na classificação por fontes. No entanto, para o presente trabalho, não é necessário compreender exatamente o que se trata cada uma dessas classificações. Por isso, elas não serão destrinchadas.

5.3 Despesa Pública

A despesa pública “é a aplicação de certa quantia em dinheiro, por parte da autoridade ou agente público competente, dentro de uma autorização legislativa, para execução de fim a cargo do governo” (BALEEIRO, 1998, p.73, apud PASCOAL, 2015, p.69). Em outras palavras, a despesa pública corresponde aos “desembolsos efetuados pelo Estado no atendimento dos serviços e encargos assumidos no interesse geral da comunidade, nos termos da Constituição, das leis, ou em

decorrência de contratos ou outros instrumentos” (SILVA, 1991, p.98, apud FURTADO, 2012, p.99).

As despesas públicas podem ser classificadas quanto à natureza (orçamentária e extraorçamentária); às categorias econômicas (corrente e de capital); à afetação patrimonial (efetivas e não efetivas ou por mutação patrimonial); e quanto à regularidade (ordinária e extraordinária). No entanto, para o presente trabalho, assim como as receitas, não será necessário destrinchar cada tipo de classificação.

Em relação às despesas, porém, é válido salientar os estágios das despesas públicas. De acordo com a Lei 4.320/64, os estágios são empenho, liquidação e pagamento. Os doutrinadores acrescentam o estágio de fixação, previamente ao empenho, em que o Poder Público estima quanto será alocado em cada ação e serviço. O empenho, de acordo com o art.58 da Lei 4.320/64, “é o ato emanado de autoridade competente que cria para o Estado obrigação de pagamento pendente ou não de implemento de condição” (BRASIL, 1964). Bezerra Filho explica que na prática, “o empenho consiste no comprometimento ou reserva de parcela do crédito orçamentário para realização de uma determinada despesa” (BEZERRA FILHO, 2013, p.168). O art. 59 da Lei 4.320/64 complementa que “o empenho da despesa não poderá exceder o limite de créditos concedidos” (BRASIL, 1964). Ou seja, não é possível que um valor seja empenhado sem que haja disponibilidade orçamentária para aquela despesa.

A próxima etapa é a liquidação que, de acordo com o art. 63 da Lei 4.320/64, “consiste na verificação do direito adquirido pelo credor tendo por base os títulos e documentos comprobatórios do respectivo crédito” (BRASIL, 1964). Com base na análise do contrato, da nota de empenho e dos comprovantes da entrega de matéria ou prestação de serviço, verifica-se a origem e o objeto que deve ser pago, a importância exata e a quem se deve pagar para extinguir a obrigação do Estado.

Após a verificação da liquidação, ocorre a ordem de pagamento que, segundo o art.64 da Lei 4.320/64, “é o despacho exarado por autoridade competente, determinando que a despesa seja paga” (BRASIL,1964). Então, a despesa será efetivamente paga. O pagamento consiste na entrega do valor devido ao credor e a quitação da obrigação por parte do Estado.

5.4 Restos a Pagar

Segundo o art. 36 da Lei 4.320/64, os Restos a Pagar são “as despesas empenhadas mas não pagas até o dia 31 de dezembro distinguindo-se as processadas das não processadas” (BRASIL, 1964). Os Restos a Pagar processados correspondem a despesas já liquidadas e os não processados são aqueles em que as despesas foram apenas empenhadas. A inscrição das despesas em Restos a Pagar é um procedimento técnico-contábil que a lei estabeleceu para o encerramento do exercício financeiro, tendo em vista o regime de competência e os limites do exercício financeiro (PASCOAL, 2015, p.87).

No encerramento do exercício financeiro, as despesas devem ser inscritas em Restos a Pagar via emissão de nota de empenho e terão validade até o fim do próximo ano. Os Restos a Pagar são inscritos como uma receita extraorçamentária e pagos, no ano seguinte à inscrição, como uma despesa extraorçamentária (FURTADO, 2012, p.153). Paiva (2018) explica que a inscrição como receita extraorçamentária se dá como forma de compensação pela inclusão de uma despesa de anos anteriores.

Caso os Restos a Pagar não sejam pagos até o final do exercício financeiro subsequente à sua inscrição, eles devem ser cancelados. Esse cancelamento, no entanto, só deve ocorrer “quando se extingue a obrigação da Administração Pública perante o credor, seja pela prescrição do direito ou pelo não cumprimento da fase de liquidação” (BEZERRA FILHO, 2013, p.194). E passados cinco anos da inscrição da despesa em restos a pagar, ela prescreve.

Um dos princípios do orçamento público é a anualidade, uma vez que ele prevê receitas e fixa despesas para um exercício financeiro. Dessa forma, o Restos a Pagar é um mecanismo que flexibiliza esse princípio ao transportar as despesas de um exercício financeiro para outro. Essa foi uma maneira estabelecida para se manter o fluxo das políticas públicas quando o Estado não consegue executar a despesa prevista em um ciclo orçamentário (CARVALHO, 2012, apud PAIVA, 2018).

5.5 Dívida Pública

O endividamento surgiu como uma forma de complementar o financiamento de gastos do Estado quando as arrecadações eram insuficientes para cobrir suas necessidades. No entanto, não existe um consenso na teoria econômica acerca da dívida pública. Garselaz (2000) resume essa questão em duas principais correntes

entre os economistas: a concepção clássica e a Teoria da Equivalência Ricardiana. Do ponto de vista clássico, a dívida pública aquece a economia e gera empregos, no curto prazo, mas reduz o investimento e o crescimento econômico, no longo prazo. Já na concepção da Teoria da Equivalência Ricardiana, a dívida pública não é capaz de alterar o consumo, pois os consumidores são racionais e ajustam seu comportamento de consumo e poupança, de acordo com a política fiscal adotada pelo governo.

Apesar de não haver consenso se a dívida pública beneficia ou prejudica a economia, é fato que o endividamento compromete as finanças públicas, devido aos juros. Nesse sentido, Garselaz (2000) afirma que é importante limitar a assunção de dívidas por parte dos administradores públicos, visando reduzir o comprometimento das receitas futuras. O autor também ressalta o que se apresenta a seguir.

A ausência de limites poderá constituir-se num fator incentivador do endividamento excessivo, posto que o administrador que financia o seu governo com recursos de terceiros não será, necessária e provavelmente, aquele que irá resgatá-los (GARSELAZ, 2000, p. 64).

Nesse sentido, é necessário que os Estados busquem o equilíbrio fiscal e tentem controlar suas dívidas. A Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000 (BRASIL, 2000), que estabelece um código de conduta para os administradores públicos, foi promulgada destacando a responsabilidade do Estado na gestão fiscal e ressaltando importância da prestação de contas sobre os gastos de recursos públicos. Essa lei também determina um conceito para dívida pública.

Dívida pública consolidada ou fundada: montante total, apurado sem duplicidade, das obrigações financeiras do ente da Federação, assumidas em virtude de leis, contratos, convênios ou tratados e da realização de operações de crédito, para amortização em prazo superior a doze meses (BRASIL, 2000).

Além do equilíbrio entre as despesas e receitas, a legislação estabelece que a lei de diretrizes orçamentárias, lei que direciona a formulação da lei orçamentária anual, deve conter um anexo de metas fiscais, estabelecendo valores para a dívida pública. Por isso, é possível afirmar que a legislação brasileira determina uma obrigação constitucional de limitação da dívida pública.

6 ESTUDO DE CASO: ACORDO FES

A partir dos conceitos e fundamentações apresentados nos itens anteriores, será desenvolvido um estudo do Acordo FES. O estudo de caso “consiste no estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento” (GIL, 2002, p.54). Nesse sentido, primeiramente, será explanada a formação da dívida abarcada no acordo para contextualizá-lo. Em seguida serão analisadas as partes envolvidas na construção da solução da dívida. Posteriormente, serão examinadas as considerações feitas pelas partes para a formação do acordo. Para finalizar a análise do termo de acordo, cada cláusula será apresentada e suas determinações explicitadas. Após a análise do termo de acordo, a Lei Complementar nº171, de 09 de maio de 2023, será comentada, visto sua relação com a aplicação dos recursos pagos pelo Acordo FES. Por fim, serão relatadas as mudanças trazidas pelo termo aditivo do acordo.

6.1 Causa da dívida do FES

Antes de se compreender a dívida da saúde do Estado de Minas Gerais, é preciso contextualizar o endividamento geral do Estado. Paiva (2018) afirma que “o atual desequilíbrio orçamentário do Estado de Minas Gerais é resultado de uma sequência histórica”. Desde a época que Minas Gerais ainda era uma província e o governo tomava empréstimos com entidades financeiras estrangeiras, sem preocupação com a saúde financeira do Estado. A promulgação da Constituição de 1988, de acordo com Paiva (2018), aumentou as responsabilidades dos Estados, mas não aumentou as receitas de forma proporcional, o que também resultou no aumento do déficit de Minas Gerais. Esses pontos abordados exemplificam como Minas Gerais está endividada desde antes do início do século XXI.

Em agosto de 2024, o estoque da dívida pública estadual era de R\$ 173,36 bilhões, sendo cerca de R\$160 bilhões referentes à dívida com a União (TESOURO ESTADUAL, 2024). Em relação ao montante devido à União, “a origem desses contratos remonta aos anos 1990, quando foram assinados para honrar dívidas mobiliárias e sanear bancos estaduais que seriam posteriormente privatizados” (ALMG, 2023).

O endividamento do Estado não é um problema recente, mas que vem se agravando a cada ano, o que impacta não apenas o equilíbrio do orçamento estadual,

mas, principalmente, sua capacidade de executar políticas públicas. Sobre o assunto, Paiva (2018) afirma o que se segue:

Traçado este panorama linear entre os diferentes governos mineiros, pode-se perceber que o problema do endividamento e o desequilíbrio orçamentário não é recente, porém ele foi se agravando ano a ano. Esse fenômeno foi minando a capacidade de financiamento do governo, o sujeitando a crise, falta de pagamento aos servidores e fornecedores do Estado, prejudicando as políticas públicas e o alcance das metas traçadas pelo governo (PAIVA, 2018, p. 78).

A partir dessa contextualização, é possível compreender melhor o endividamento do Fundo Estadual de Saúde de Minas Gerais. No caso da dívida do FES, ela não é resultado da tomada de crédito em período anterior, mas do não pagamento, em sua totalidade, do mínimo constitucional da saúde. De acordo com o estabelecido na EC nº29 e na Lei nº141/12 o Estado tem a obrigação de aplicar 12% de suas receitas arrecadas em ações e serviços públicos de saúde. No entanto, ao usar o termo “aplicação”, a legislação não determinou qual estágio da despesa seria considerado para a execução da norma. Paiva (2018) explica que, baseado na Lei nº 4.320 de 17 de março de 1964, padronizou-se o entendimento de despesa empenhada. Isso significa que a aplicação do mínimo constitucional é de natureza orçamentária, não financeira, uma vez que não se considera o valor efetivamente pago para a área da saúde (PAIVA, 2018, p. 79).

Esse entendimento de considerar o valor empenhado para apuração do mínimo abre margem para a não execução da despesa, pois “ao final do exercício financeiro aqueles empenhos que não foram pagos ou anulados podem ser inscritos nos restos a pagar, constituindo um saldo remanescente de um débito firmado pelo governo” (PAIVA, 2018, p.79). Dessa forma, o governo cumpre sua obrigação constitucional de empenhar 12% de sua receita na saúde, mas não paga essa obrigação de forma totalitária.

A diferença do valor empenhado e do valor pago cresceu exponencialmente no período de 2009 a 2020, pela crise fiscal enfrentada pelo Estado, o que afetou a execução da política de saúde em Minas Gerais. Seguindo esse entendimento, o Conselho de Secretários Municipais em Saúde do Estado de Minas Gerais desenvolveu um projeto para reunir dados relacionados a compromissos que o Estado tinha assumido com Municípios e entidades, mas não tinha cumprido, mantendo o valor em restos a pagar. Portanto, o valor acordado da dívida é referente aos valores da saúde inscritos em restos a pagar no ano de 2021 (R\$6.760.801.460,21).

6.2 Partes envolvidas no acordo

Segundo o Termo de Acordo, o “objeto envolve o pagamento de recursos devidos aos Municípios mineiros e prestadores de serviços quanto aos repasses obrigatórios e voluntários para a saúde” (FES, 2021). As partes envolvidas nesse acordo são o Estado de Minas Gerais, o Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais (TCE-MG), a Associação Mineira dos Municípios (AMM) e o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Minas Gerais (COSEMS/MG). A seguir, será apresentada a razão de envolvimento de cada um dos participantes.

Primeiramente, o Estado de Minas Gerais está envolvido no acordo por ser o detentor da obrigação de aplicação dos recursos em ações e serviços de saúde e o responsável pelo descumprimento dessa obrigação. Ou seja, o Estado de Minas Gerais é o detentor da dívida do Fundo Estadual de Saúde de Minas Gerais. Visto que os fundo de saúde não se constituem em pessoa jurídica, nem possuem personalidade jurídica, os recursos que estão depositados nele são da pessoa jurídica de direito público correspondente, no caso, o Estado (PAIVA, 2015, p. 139). Dessa forma, o fundo não deve constar no polo passivo da demanda, mas sim o Estado (PAIVA, 2015, p. 139).

Em segundo lugar, o Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais é um órgão de natureza político-administrativa que exerce controle externo da gestão dos recursos públicos e municipais (TCE-MG, 2024). A sua atuação abarca “a fiscalização contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial e abrange os aspectos de legalidade, legitimidade, economicidade e razoabilidade de atos que gerem receita ou despesa pública” (TCE-MG, 2024). Logo, o TCE-MG faz parte do acordo como órgão fiscalizador, que reconheceu a dívida calculada pelo Cosems/MG e passou a cobrá-la do Estado.

Já a Associação de Municípios Mineiros, em consonância com seu estatuto, tem por finalidade “representar judicial e extrajudicialmente seus associados” (AMM, 2024). Dessa forma, ela é uma das partes presentes no acordo como representante dos interesses dos Municípios. De acordo com o art. 4º do Estatuto da AMM, um dos objetivos da associação é “acompanhar as ações dos Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário, do Ministério Público, dos Tribunais de Contas, intervindo conforme o interesse dos seus associados” (AMM, 2024).

Por fim, o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Minas Gerais, é uma associação de direito privado, sem fins lucrativos, que tem por finalidade geral a promoção da melhoria da saúde das populações dos Municípios mineiros. Para a execução de sua finalidade, o Estatuto propõe o que se segue.

Art. 2º [...]

d) Lutar pela municipalização da saúde, através de um processo que garanta recursos financeiros aos Municípios para que estes possam, de forma efetiva, executar ações de saúde que beneficiem a toda população;

e) Subsidiar, levantar e transmitir aos Municípios o máximo de informações que possibilitem a obtenção de recursos financeiros e técnicos, buscando a melhoria e a qualidade dos serviços e ações de saúde e a ampliação de repasse de recursos para o setor de saúde dos Municípios (COSEMS/MG, 2023).

Nesse sentido, o Cosems, em colaboração com outras instituições, foi responsável por reunir dados confiáveis sobre a ausência do aporte financeiro estadual, identificando o valor da dívida. Esa apuração da dívida causou uma repercussão política que levou a AMM a promover uma cobrança judicial ao governo. Portanto, cada parte tem um motivo pelo qual está presente no Acordo FES. É válido ressaltar, para além da responsabilidade individual de cada um, o trabalho coletivo para a construção de uma solução para a dívida do Fundo Estadual de Saúde, que vinha impactando a execução das ações e serviços de saúde da população mineira.

6.3 Análise das considerações

O Termo de Acordo consta seis considerações para o estabelecimento das cláusulas. Ou seja, esses foram os pontos levantados que afetavam o processo de negociação e que foram ponderados para a construção de uma solução para a dívida do Fundo Estadual de Saúde.

A primeira consideração é a situação de calamidade financeira vivida pelo Estado de Minas Gerais. A situação foi estabelecida pelo Decreto nº47.101, de 05 de dezembro de 2016, e ratificada pela Resolução nº 5.513, de 12 de dezembro de 2016. A calamidade financeira foi decretada tendo em vista três pontos: a caracterização de calamidade pública, disposta no art. 65 da Lei Complementar Federal nº 101, de 4 de maio de 2000, a situação financeira do Estado e a necessidade de viabilizar a continuidade da atuação estatal. De acordo com a LRF, o decreto de calamidade pública suspende a contagem dos prazos e as disposições estabelecidas na lei

referentes a despesa total com pessoal e a dívida consolidada. O atingimento dos resultados fiscais e a limitação de empenho também serão dispensados nesse caso. A lei ressalta que essas suspensões são válidas enquanto perdurar a situação de calamidade, mas não afasta a responsabilidade do Ente relativa à transparência, controle e fiscalização orçamentária.

A segunda consideração traz as demandas judiciais referentes à ausência ou insuficiência do repasse de verba da saúde por parte do Estado. São citados os números de algumas demandas para exemplificar a situação. O fato de diversos Municípios e prestadores de serviço enfrentarem problemas pelo descumprimento do compromisso estatal, demonstra que não foi uma questão pontual, justificando a necessidade de uma atuação conjunta.

A terceira consideração aborda o Procedimento Administrativo sob presidência do Procurador da Justiça que trata do atraso nos repasses de verbas destinadas ao custeio de ações e serviços públicos de saúde. De acordo com o inciso XI, do art.69, da Lei Complementar estadual nº 34/1994, cabe ao Procurador-Geral de Justiça zelar pelo efetivo respeito dos serviços de relevância pública e promover o inquérito civil e a ação civil pública, para a proteção de outros interesses difusos e coletivos, quando a autoridade reclamada for o Governador do Estado, bem como quando, por ato praticado em razão de suas funções, contra estes deva ser ajuizada a competente ação.

A quarta consideração é o levantamento de dados realizado pelo Cosems/MG sobre a falta de repasses do Estado aos Municípios e prestadores de serviços. O Cosems, com o apoio do TCE/MG e da AMM, calculou o montante da dívida do FES e apresentou ao Estado. O montante, de R\$6.760.801.460,21, foi calculado pelo valor inscrito em Restos a Pagar de 2021 relacionados a saúde e reconhecido por todas as partes. Este é, portanto, o valor da dívida presente no acordo.

A quinta é o objetivo do Estado de regularizar suas dívidas. O 8º objetivo estratégico presente no Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI) 2019-2030 é “recuperar o equilíbrio econômico-financeiro do Estado” (MINAS GERAIS, 2019). O PMDI é um instrumento de planejamento que articula planos de médio e curto prazo para conferir coerência na atuação do governo. Logo, é válido que o Estado considere o objetivo de recuperar sua situação econômico-financeira do Estado, para tomar uma decisão frente a dívida do FES. Além disso, a consideração traz a construção de relações, com Municípios e prestadores de serviços, baseadas

na boa-fé e lealdade, que são alguns dos princípios que devem nortear a atuação da Administração Pública.

Por fim, a sexta consideração é a rigidez orçamentária vivenciada pelo Estado. Segundo a Lei Orçamentária Anual (LOA) de 2021, ano em que o acordo foi assinado, a receita estimada para foi de R\$105.730.778.653,00, enquanto a despesa foi fixada em R\$ 121.924.067.305,00, o que significa que o Estado estava em déficit. O orçamento deficitário limita a atuação do governo, a medida em que o recurso disponível não é suficiente para executar todos os compromissos do Estado já assumiu, dificultando a firmação de novos compromissos. Nesse sentido, a própria consideração traz a preocupação de se resolver a dívida passada, sem prejudicar a execução dos exercícios presentes e futuros.

6.4 Análise das cláusulas

O Acordo FES apresenta doze cláusulas que constroem uma solução para a dívida dos Fundo Estadual de Saúde. A seguir, cada cláusula será apresentada e analisada, a partir das diretrizes da Administração Financeira e Orçamentária, a fim de se compreender como o acordo solucionou a dívida.

CLÁUSULA PRIMEIRA: O ESTADO reconhece como devidos aos Municípios mineiros e prestadores de serviços por repasses obrigatórios e voluntários para a saúde os valores constantes da Planilha que compõe o Anexo II, ratificada pelo TCEMG, que faz parte integrante do presente ACORDO (FES, 2021).

A primeira cláusula do Acordo diz respeito à declaração de reconhecimento, por parte do Estado, de sua dívida com os Municípios e os prestadores de serviços de Minas Gerais. Esse reconhecimento é fundamental para que o Estado aceite sua responsabilidade legal e financeira e sinaliza que o ente está disposto a resolver as pendências. Ou seja, a partir do momento em que o Estado de Minas Gerais reconhece a dívida, ele admite que tem a obrigação de honrá-la. O Anexo II, citado na cláusula, é uma planilha que especifica os Municípios e prestadores de serviço que participam do acordo e o valor devido a cada um.

CLÁUSULA SEGUNDA: O ESTADO se compromete a quitar a dívida acima referida, no montante global de R\$6.760.801.460,21 (seis bilhões, setecentos e sessenta milhões, oitocentos e um mil, quatrocentos e sessenta reais e vinte e um centavos), conforme discriminado abaixo:

- O valor mínimo de R\$400.000.000,00 (quatrocentos milhões de reais), a ser depositado até o mês de dezembro de 2021, observando-

se, para a distribuição entre os Municípios, o disposto na Cláusula Terceira;

- O valor mínimo de R\$400.000.000,00 (quatrocentos milhões de reais), a ser depositado entre os meses de janeiro e junho de 2022, observando-se, para a distribuição entre os Municípios, o disposto na Cláusula Terceira;

- O valor residual será pago em 96 (noventa e seis) parcelas mensais e consecutivas, a partir de outubro de 2022, observando-se, para a distribuição entre os Municípios, o disposto na Cláusula Terceira (FES, 2021).

A segunda cláusula define o montante da dívida (R\$6.760.801.460,21), que foi calculado pelo Cosems/MG e validado pelo TCE/MG e pela AMM. Além disso, a cláusula define como essa dívida deve ser paga, tendo em vista a realidade orçamentária do Estado, na qual o orçamento é deficitário. Dessa forma, a solução para adequar o pagamento da dívida à dificuldade orçamentária do Estado foi parcelar o montante devido. Assim, o Estado honra sua obrigação perante aos Municípios e prestadores de serviços, sem prejudicar a execução de outros compromissos estatais, sejam eles presentes ou futuros.

CLAUSULA TERCEIRA: A distribuição dos recursos a serem repassados nos termos da Cláusula Segunda ocorrerá conforme valores constantes na Planilha Anexa, que preza pelo pagamento integral da dívida, nos termos da legislação em vigor.

Parágrafo único: O pagamento de que trata o caput ocorrerá de forma proporcional aos créditos de cada Município em relação ao total da dívida, em cada exercício de efetivo pagamento (FES, 2021).

A cláusula terceira complementa a segunda, na medida em que estabelece como o valor das parcelas será dividido entre os Municípios e prestadores de serviço constantes no Anexo II. Estabeleceu-se que o pagamento será realizado de forma proporcional ao valor que cada parte deve receber. Isso significa que cada um recebe um valor equivalente à porcentagem que seu crédito total corresponde sob a dívida total. Dessa forma, garante-se que cada Município ou prestador de serviço receba uma parte justa do montante devido, além de favorecer a transparência e a equidade no processo.

CLÁUSULA QUARTA: Caso as liminares obtidas pelo ESTADO nas ACO's 3108, 3215, 3225, 3233, 3235, 3244, 3252 e 3270 sejam revogadas pelo Supremo Tribunal Federal e haja o bloqueio de valores pela União, em patamar que inviabilize o cumprimento do pagamento de verbas atuais de saúde, educação, salários, repasse de duodécimos e demais despesas obrigatórias a cargo do Ente Estadual a par da quitação das parcelas oriundas do presente termo, as partes, os Municípios aderentes e os prestadores de serviço aderentes

repactuarão as obrigações constantes da Cláusula Segunda, mediante nova conciliação no Centro Judiciário de Solução de Conflitos - CEJUSC Social/TJMG.

Parágrafo único - Ocorrendo a hipótese prevista no caput, o ESTADO se compromete a apresentar aos partícipes os valores já transferidos e remanescentes, para repactuação (FES, 2021).

Nas ações cíveis originárias (ACO's) retratadas na cláusula, de forma geral, o Estado de Minas Gerais informa que não conseguiu pagar parcelas de determinadas dívidas e solicita tutela para suspender a execução de contragarantias por parte da União. As dívidas retratadas pelo Estado eram garantidas pela União, logo, como o Estado não as pagou, o Tesouro Nacional foi obrigado a honrá-las. Como contragarantia, a União bloquearia os valores nas contas estaduais. No entanto, devido à situação fiscal e orçamentária do Estado, Minas Gerais solicitou que a contragarantia não fosse executada, alegando que impactaria na execução de serviços públicos essenciais.

Dessa forma, a cláusula estabelece que, caso as ACO's sejam revogadas e o Estado tenha valores bloqueados pela União, prejudicando o pagamento de despesas obrigatórias, haverá a repactuação do valor das parcelas do presente acordo. Ainda se estabelece que é compromisso do Estado apresentar os valores já pagos e os remanescentes para repactuação, caso a hipótese se concretize. Portanto, a cláusula prevê determinações judiciais que poderiam impactar no orçamento estatal e, conseqüentemente, na capacidade do Estado de pagar a dívida e determina o que deve ser feito para ajustar o acordo à situação.

CLÁUSULA QUINTA: Os Acordantes se comprometem, após a assinatura do presente, a apresentarem o ACORDO para homologação perante o Centro Judiciário de Solução de Conflitos - CEJUSC Social/TJMG, bem como a peticionarem nas respectivas ações judiciais relacionadas ao objeto do presente ACORDO, para extingui-las (FES, 2021).

A quinta cláusula diz respeito à necessidade de apresentação do acordo ao Centro Judiciário de Solução de Conflitos (CEJUSC), que é uma unidade responsável pelas conciliações, mediações processuais ou outras formas adequadas de solução de conflitos no âmbito do tribunal (TJMG, 2024). É preciso apresentar o documento no CEJUSC para que o acordo seja homologado. Além disso, define-se que os acordantes peticionarão o acordo nas ações judiciais relacionadas à dívida do FES, para extingui-las. Isso significa que as partes apresentarão o acordo em suas

respectivas ações judiciais, para evitar a movimentação de ações que já foram solucionadas.

CLÁUSULA SEXTA: O disposto em todas as cláusulas deste termo alcança apenas o Município que manifestar expressamente sua intenção em aderir ao presente ACORDO, seja ele filiado ou não à AMM.

Parágrafo único - O disposto no caput aplica-se igualmente ao prestador de serviço que expressamente aderir ao ACORDO (FES, 2021).

A sexta cláusula determina que, para ser abarcado no acordo, o Município ou prestador de serviço deve manifestar seu interesse assinando o termo de adesão. O termo de adesão foi disponibilizado pelo Estado e engloba desde a manifestação de adesão, até as obrigações das partes ao aderirem ao acordo. Essa cláusula é importante para formalizar o compromisso e garantir clareza sobre quais Municípios e prestadores de serviço têm direito aos repasses.

CLÁUSULA SÉTIMA: O ESTADO poderá compensar eventuais valores bloqueados ou repassados judicialmente ao Município ou prestador de serviço durante a execução deste ACORDO com as parcelas a ele devidas, conforme valores constantes da Planilha Anexa.

Parágrafo único - Os valores bloqueados judicialmente poderão ser levantados pelos Municípios ou prestadores de serviço nos processos judiciais, aplicando-se a compensação prevista no caput (FES, 2021).

A sétima cláusula determina que se o Estado tiver valores bloqueados ou judicialmente repassados a Municípios ou prestadores de serviço, durante a execução do acordo, ele poderá compensar esses valores nas parcelas futuras daquela parte. O objetivo dessa cláusula é evitar a duplicidade de pagamentos. O parágrafo único estabelece que os Municípios ou prestadores podem ter acesso aos valores bloqueados por meio de processo judicial, mas o valor será abatido das próximas parcelas pagas pelo Estado.

CLÁUSULA OITAVA: No tocante aos repasses voluntários, demonstrada a impossibilidade material ou a desnecessidade atual da ação de saúde prevista no Convênio ou Resolução, impossibilitando sua execução, deverão os Restos a Pagar serem cancelados, devendo a disponibilidade financeira ser efetivamente aplicada em ações e serviços públicos de saúde até o término do exercício seguinte ao do cancelamento, mediante dotação específica para essa finalidade, em valor igual ou superior ao valor cancelado por Município, sem prejuízo do percentual mínimo a ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde no exercício correspondente pelo ESTADO (FES, 2021).

De acordo com o art. 25 §2º da LRF, é vedada a utilização dos recursos relativos a transferências voluntárias, as quais apresentam propósito específico, em finalidade diversa da pactuada. No entanto, as parcelas a serem pagas a partir de 2021, correspondem a valores que deveriam ter sido repassados no período de 2009 a 2020. Logo, devido ao espaço de tempo existente entre a pactuação e a realização do repasse, pode ser que não seja possível aplicar o recurso na finalidade pactuada. Nesse sentido, a oitava cláusula define que, caso não haja necessidade ou não seja possível realizar a ação de saúde pactuada, o valor inscrito em Restos a Pagar deve ser cancelado e o valor repassado deve ser aplicado em outra ação ou serviço de saúde até o término do exercício financeiro seguinte ao cancelamento. Assim, assegura-se que o valor continue sendo aplicado na saúde. Nessa situação, o valor continua sendo contabilizado para a aplicação do mínimo constitucional do ano correspondente, no âmbito do Estado.

CLÁUSULA NONA: Caso algum dos valores objeto deste ACORDO seja também cobrado pelo MPMG, para fins do cumprimento do índice constitucional em ações e serviços públicos de saúde (12%), a cargo do ESTADO em exercícios anteriores, os valores serão apresentados ao juiz competente para apreciação para fins de abatimento no montante pleiteado nos autos das ações civis públicas, mediante petição comprobatória do pagamento previsto na cláusula segunda, sem que tal implique em reconhecimento do pedido nas respectivas ações.

Parágrafo primeiro: Na hipótese do caput, as partes informarão o presente ACORDO nos autos das respectivas ações civis públicas, para fins de composição amigável total ou parcial, no limite dos valores a serem abatidos.

Parágrafo segundo: Eventuais valores constantes do presente ACORDO que não tenham sido computados para fins cumprimento do índice constitucional em ações e serviços públicos de saúde (12%), a cargo do ESTADO em exercícios anteriores, serão considerados para tal fim na data de liquidação da despesa.

Parágrafo terceiro: O Estado de Minas Gerais definirá mecanismo gerencial e/ou orçamentário para identificação das despesas a que se refere o presente acordo, de modo a possibilitar o seu acompanhamento pelo Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais e demais órgãos de controle (FES, 2021).

A nona cláusula define que, caso o Ministério Público de Minas Gerais (MPMG) mova uma ação civil pública cobrando o cumprimento do mínimo constitucional por parte do Estado em anos anteriores, o Estado apresentará o acordo, para que os valores abarcados sejam abatidos das ações civis públicas e ele não seja obrigado a pagar mais do que o estabelecido pela Constituição. O abatimento dos valores não

implica no reconhecimento dos demais pedidos nas ações. O segundo parágrafo ainda estabelece que, caso algum valor do acordo não tenha sido considerado para a contabilização do mínimo estadual em anos anteriores, ele será considerado no ano que a despesa for liquidada. O terceiro parágrafo determina que o Estado definirá um mecanismo para possibilitar o acompanhamento das despesas do acordo pelo TCE-MG e demais órgãos de acordo. Esse mecanismo é o painel do Power BI disponível no site da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Os dados desse painel são extraídos do Sistema Integrado de Administração Financeira (SIAF) e atualizados pela SES à medida que o pagamento das parcelas é realizado.

CLÁUSULA DÉCIMA: Em relação aos honorários advocatícios, considerando o interesse público que a todos congrega no presente ACORDO, as partes ajustam que não haverá pagamento de honorários em decorrência da assinatura do presente ajuste ou da adesão dos Municípios e prestadores de serviço aos seus termos.

Parágrafo primeiro - Nas ações judiciais relacionadas ao tema objeto do presente ACORDO, cada parte arcará com os honorários de seus respectivos patronos, excetuadas aquelas demandas cujo rito não preveja sua fixação, a exemplo de ações civis públicas e mandados de segurança (FES, 2021).

A décima cláusula estabelece que, tendo em vista o interesse público das partes presentes no acordo, os advogados não receberão honorários relativos à assinatura ou à adesão dos Municípios e prestadores de serviço ao acordo. O primeiro parágrafo da cláusula ressalta que, em relação às ações judiciais relacionadas à dívida do FES, é responsabilidade de cada parte arcar com os honorários de seus respectivos patronos.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA: Em caso de judicialização das dívidas de que trata esse acordo, em momento posterior a sua assinatura, por parte de Município signatário ou entidade beneficiada, os pagamentos respectivos serão suspensos (FES, 2021).

A décima primeira cláusula determina que, caso um Município ou prestador de serviço mova uma ação judicial relacionada às dívidas tratadas no acordo, após a assinatura do acordo, o pagamento de suas respectivas parcelas será suspenso. Nesse caso, o montante das parcelas por exercício financeiro do credor fica retido e, se o credor não retirar a ação até o fim do ano, o montante é repassado aos credores aptos a receberem, adiantando suas parcelas. Dessa forma, as partes são forçadas a seguir o que foi pactuado, sem tentar obter ganhos adicionais por meio de ações judiciais.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA: O pagamento das dívidas de que trata esse acordo ocorrerá pela execução das despesas empenhadas na unidade orçamentária do Fundo Estadual de Saúde do Estado de Minas Gerais (FES).

Parágrafo único - Os recursos transferidos aos Municípios, provenientes da execução prevista no caput, deverão ser realizados por meio do Fundo Municipal de Saúde (FES, 2021).

A última cláusula do acordo estabelece que o pagamento da dívida tratada no acordo será empenhado na unidade orçamentária do FES, uma vez que se refere a recursos direcionados à saúde. Além disso, fica estabelecido que os Municípios devem receber os recursos pelos seus respectivos Fundos Municipais de Saúde. Portanto, o pagamento da dívida será realizado na modalidade fundo a fundo, explicada no item 4.5 do presente trabalho. Essa cláusula organiza a execução orçamentária, assim como garante maior transparência no processo e o uso adequado dos recursos.

A análise de cada cláusula do termo de acordo permite esclarecer a solução estabelecida no documento. De forma geral, o acordo resolve duas questões que dificultavam o pagamento da dívida: as inúmeras ações judiciais relatando a falta ou insuficiência de repasse de recursos da saúde e a limitação orçamentária vivida pelo Estado. A existência de muitas ações judiciais discutindo a ausência ou insuficiência dos repasses da saúde por parte do Estado dificultava a resolução de caso por caso, pois, além da morosidade característica do sistema judiciário, a atuação do Estado e do Poder Judiciário devem seguir ao princípio da isonomia. Dessa forma, se tinham vários Municípios e entidades com problemas semelhantes, a solução oferecida a um deveria ser a mesma oferecida a todos. No entanto, com a limitação orçamentária do Estado, não era viável que ele pagasse todas as dívidas de uma vez. Portanto, o acordo agrupa todas essas dívidas e estabelece uma forma de pagamento coerente com a realidade orçamentária do Estado que garante a igualdade entre os credores.

6.5 Lei Complementar nº 171, de 09 de maio de 2023

A Lei Complementar nº 171 surgiu como uma iniciativa da Assembleia Legislativa de Minas Gerais e foi regulamentada pelo Estado no Decreto 48.671, de 08 de agosto de 2023. A ementa da lei define o que se segue.

Dispõe sobre a transposição e a transferência dos saldos constantes dos Fundos de Saúde dos Municípios, provenientes de repasses da Secretaria de Estado de Saúde, e de saldos financeiros resultantes de

parcerias e convênios firmados com o Estado, e dá outras providências (MINAS GERAIS, 2023).

Para compreender o que a legislação estabelece, é válido explicar quatro conceitos trazidos na ementa: transposição, transferência, saldos constantes e saldos financeiros. De acordo com o Decreto 48.671, transposição é a realocação de recursos entre diferentes programas de trabalho. Por exemplo, se um Município recebeu recursos para compra de vacinas, mas, por algum motivo, entende que a aquisição de vacinas não é mais necessária, realocar esse recurso não utilizado para a compra de veículos fumacê seria a transposição de recursos.

A transferência, por sua vez, é a troca da categoria econômica da despesa dentro do mesmo programa de trabalho. Ou seja, é a realocação de recursos de uma despesa corrente, por uma de capital, ou vice-versa. Para ilustrar o conceito, o exemplo trazido no webinar de esclarecimentos sobre a LC nº171/2023, disponível no site da SES, foi sobre recursos que um Município que recebe relacionados a uma unidade hospitalar. Inicialmente, o recurso era destinado à reforma dessa unidade (despesa de capital), mas, por algum motivo, a Administração deseja utilizar esse recurso para a aquisição de matérias de consumo para essa mesma unidade hospitalar (despesa corrente).

Saldos constantes são os créditos provenientes de repasses não efetivados pelas SES. Durante o webinar, foi esclarecido que esses são recursos que os Municípios têm direito de receber, mas ainda não receberam e eles constam no Anexo II do Acordo FES. Já o saldo financeiro é o saldo de recursos de exercícios financeiros anteriores ou de rendimentos de aplicações financeiras remanescentes em conta bancária específica do beneficiário. Ou seja, é o saldo que o Município apresenta parado em sua conta.

Esclarecidos os conceitos, partimos para a compreensão do que a norma estabelece. O art. 1º da lei firma o que se segue.

Art. 1º – Ficam autorizadas aos Municípios, até o final do exercício financeiro de 2023, a transposição e a transferência dos saldos constantes de seus Fundos de Saúde provenientes de repasses da Secretaria de Estado de Saúde – SES –, bem como a transposição e a transferência de saldos financeiros remanescentes de exercícios anteriores resultantes de parcerias e convênios firmados com o Estado (MINAS GERAIS, 2023).

O inciso VI do art. 167 da Constituição Federal, que estabelece que “são vedadas a transposição, o remanejamento ou a transferência de recursos de uma

categoria de programação para outra ou de um órgão para outro, sem prévia autorização legislativa” (BRASIL, 1988). Por isso, a Lei Complementar é necessária para autorizar os Municípios a realizarem transposições e transferências. É válido ressaltar que, no âmbito dessa lei, as operações devem ser destinadas exclusivamente à realização de ações e serviços públicos de saúde, segundo os critérios definidos pelos arts. 2º, 3º e 4º da Lei Complementar Federal nº 141, de 2012.

Os beneficiários abarcados pela Lei nº 171, de 9 de maio de 2023, são os Municípios mineiros e os consórcios públicos de saúde, regularmente constituídos nos termos da Lei Federal nº 11.107, de 6 de abril de 2005. E o disposto na legislação não se aplica a recursos provenientes de repasses posteriores à publicação da lei, nem a saldos financeiros de recursos vinculados a convênios e resoluções com prestação de contas reprovadas, até a data de publicação da lei.

A legislação não prevê a realização da transposição e da transferência de forma livre, é preciso enquadrar a situação em uma das três razões previstas: cumprimento do objeto, impossibilidade material de cumprimento ou desnecessidade da ação de saúde. No webinar, apresentara situações que ilustram as razões para facilitar a compreensão de cada caso. O exemplo apresentado de cumprimento do objeto é quando um Município recebe a doação de um equipamento que seria objeto de uma resolução que houve repasse de recurso. Ou seja, o objeto foi cumprido sem o gasto do recurso repassado pela SES destinado à sua compra. Para ilustrar a impossibilidade material de cumprimento do objeto, o exemplo citado foi quando um Município recebe recursos para a compra de veículo, de uma resolução que tem como objeto o aumento da frota da secretaria. Porém, o Município não pode mais contratar pessoas, no caso, motoristas, para dirigir os veículos e atingir ao fim que se destinou a compra dos veículos. Nesse caso, o objeto se tornou impossível de ser realizado antes da execução da compra dos veículos. Por fim, a desnecessidade foi exemplificada com a situação do COVID 19. Em 2019 e 2020, os recursos repassados foram muito necessários para o controle da pandemia, mas passada a pandemia, não há a necessidade de se aplicar os recursos como naquela época.

De acordo com o art. 3º da LC nº171/2023, os Municípios que realizarem transposição ou transferência de saldos financeiros deverão informar os respectivos Conselhos de Saúde e incluir o recurso movimentado na Programação Anual de Saúde e na respectiva LOA, com indicação da nova categoria econômica a ser vinculada. E o art. 4º da mesma lei estabelece que a execução orçamentária e

financeira dos recursos transpostos ou transferidos devem constar no Relatório Anual de Gestão de cada Município.

Portanto, essa lei é extremamente importante no que se refere à aplicação dos recursos repassados pelo pagamento da dívida do FES. Tendo em vista que a dívida foi acumulada de 2009 a 2020, e começou a ser paga em 2021, há um espaço de tempo muito grande entre o momento em que o repasse de recurso foi estabelecido (empenhado) e o momento em que ele foi, ou será, efetivamente pago. Dessa forma, grande parte dos recursos se encaixam nas razões previstas para a realização de transposição ou transferência (cumprimento, impossibilidade material ou desnecessidade do objeto). Caso não criassem essa lei, os Municípios receberiam as parcelas de pagamento do acordo, mas não conseguiriam aplicar o recurso. Ou seja, ficariam com crédito parado em caixa, sendo que existem diversas demandas na área da saúde a serem realizadas. Como o pagamento das parcelas do acordo continuaram sendo pagas em 2024, em 27 de dezembro de 2023, foi publicada a Lei Complementar nº 172, que alterou o art. 1º da LC nº171/2023 e prorrogou o prazo para a transposição e transferência dos saldos até o final do exercício financeiro de 2024.

6.6 Análise do Termo Aditivo

O Acordo FES, até o presente momento, possui um termo aditivo assinado em 26 de setembro de 2023, com o objetivo de tornar as ações previstas no acordo mais efetivas, sem prejuízo das cláusulas já pactuadas e homologadas. A seguir, serão analisadas as duas principais mudanças propostas pelo termo aditivo.

A primeira mudança é a separação dos prestadores de serviço do acordo. Inicialmente, o pacto estabelecia uma solução única que envolvia os Municípios e os prestadores de serviço, na qual a dívida seria quitada em outubro de 2030. No entanto, visando dar mais celeridade e flexibilidade ao pagamento da dívida com os hospitais filantrópicos de Minas Gerais, seu montante foi separado do valor total da dívida.

Os recursos são referentes à dívida do Pro-Hosp, extinto programa de fortalecimento de hospitais prestadores de serviços ao SUS em Minas Gerais, ao Encontro de Contas e Câmara de Compensação (extrapolamento) e aos saldos referentes aos débitos de entidades, somando R\$463 milhões. O Estado se comprometeu a pagar em até dois anos, quitando a dívida com os 106 prestadores de serviços em todo o Estado. Em julho de 2024, o total pago era de R\$ 431 milhões,

restando R\$ 32 milhões da dívida total com entidades e consórcios gestores, que serão pagos meses subsequentes.

Devido à essa separação, o Termo Aditivo retirou a referência aos prestadores de serviço dos artigos 1º, 4º, 6º, 7º e 10º do Termo de Acordo original. Por esse motivo também, o artigo 2º foi alterado, reduzindo o valor da dívida do Acordo FES de R\$6.760.801.460,21 para R\$6.301.322.001,98. Outra alteração feita no art. 2º foi a previsão do adiantamento de parcelas do acordo caso o Estado tenha disponibilidade financeira.

A segunda principal alteração trazida pelo Termo Aditivo foi a regulamentação da transposição e transferência de saldos constantes e financeiros provenientes de repasses, parcerias e convênios firmados com a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais até 9 de maio de 2023. Essa alteração está em consonância com o que foi estabelecido na LC nº171/2023. Como a Lei Complementar nº171 foi promulgada após a homologação do acordo, que é um ato jurídico perfeito, ou seja, ele foi pactuado de forma legítima entre as partes e validado de acordo com a legislação daquele momento, para que a nova lei seja incorporada ao acordo, é necessário fazer um termo aditivo. A seguir será apresentada a nova redação da cláusula oitava do Acordo FES.

CLÁUSULA OITAVA: Em se tratando de Restos a Pagar devidos aos Municípios credores, comprovado o cumprimento dos objetos previamente estabelecidos ou demonstrada a impossibilidade material de cumprimento ou a desnecessidade atual da ação de saúde, impossibilitando sua execução, os saldos serão pagos, devendo a aplicação dos recursos ser redirecionada pelos Municípios, mediante transposição e/ou transferência, exclusivamente para realização de ações e serviços públicos de saúde, segundo os critérios definidos pelos arts. 2º, 3º e 4º da Lei Complementar Federal nº 141, de 13 de janeiro de 2012.

Parágrafo Primeiro – O Município deverá comprovar a ciência do respectivo Conselho Municipal de Saúde (CMS) e a inclusão dos recursos transpostos e/ou transferidos na Programação Anual de Saúde (PAS) e na respectiva Lei Orçamentária Anual (LOA), com indicação do programa de trabalho e da nova categoria econômica a ser vinculada, via publicação de Decreto municipal de crédito suplementar.

Parágrafo Segundo – A execução dos recursos transpostos e/ou transferidos deverá ocorrer no prazo de vinte e quatro (24) meses após o recebimento dos recursos no Fundo Municipal de Saúde, com ordem de pagamento acatada pelo banco.

Parágrafo Terceiro – Se a execução financeira não ocorrer no prazo indicado no parágrafo segundo, os recursos não executados deverão ser restituídos ao Fundo Estadual de Saúde.

Parágrafo Quarto – A comprovação, pelo Município, da execução orçamentária e financeira dos recursos transpostos e/ou transferidos de que trata o caput será realizada por meio de Relatório Anual de Gestão.

Parágrafo Quinto – O Município deverá informar a realização da transposição e/ou transferência quando da prestação de contas do instrumento de repasse de origem.

Parágrafo Sexto – O processo de trabalho a ser adotado pelos Municípios para a operacionalização das transposições e transferências dos saldos de Restos a Pagar serão definidos por meio de Resolução SES/MG.

Parágrafo Sétimo – Serão cancelados os saldos de Restos a Pagar, que, em virtude da apuração de metas ocorrida até a data de publicação deste Termo Aditivo, for inferior ao valor da Resolução de origem.

Parágrafo Oitavo – Os cancelamentos previstos no parágrafo sexto deverão ter disponibilidade financeira efetivamente aplicada em ações e serviços públicos de saúde até o término do exercício seguinte ao do cancelamento, mediante dotação específica para essa finalidade, em valor igual ou superior ao valor cancelado por Município, sem prejuízo do percentual mínimo a ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde no exercício correspondente pelo ESTADO (FES, 2023).

No texto original do acordo, o cumprimento dos objetos inicialmente estabelecidos para a execução dos repasses não foi abordado. Dessa forma, seguindo a legislação vigente no momento de pactuação do acordo, os recursos não poderiam ser aplicados em ação ou serviço de saúde distinto do previsto no empenho. Além disso, nos casos de impossibilidade material ou desnecessidade da execução da ação de saúde prevista no repasse, os restos a pagar deveriam ser cancelados. A disponibilidade financeira deveria, então, ser aplicada em ações e serviços públicos de saúde até o fim do exercício financeiro seguinte ao do cancelamento.

Com a nova redação da cláusula oitava, em caso de cumprimento, impossibilidade material ou desnecessidade do objeto pactuado no momento de definição do repasse, ao receber o recurso, o Município tem a possibilidade de transpor ou transferir o montante para outra ação ou serviço de saúde, coerente com as necessidades atuais do Município. Só serão cancelados os restos a pagar que, na apuração de metas realizada até o momento de publicação do Termo Aditivo, apresentarem saldo inferior ao valor da resolução de origem. Nesse caso, se mantém a aplicação da disponibilidade financeira em ações e serviços de saúde até o fim do ano seguinte ao cancelamento, como previsto no texto original da cláusula oitava.

Os Municípios têm dois anos, a partir do recebimento dos recursos no Fundo Municipal de Saúde, para executar os recursos transpostos e/ou transferidos. Caso esse prazo não seja cumprido, os recursos devem ser devolvidos ao FES. A nova redação da cláusula também estabelece os procedimentos que devem ser seguidos pelos Municípios para executar a transposição ou transferência, de acordo com o estabelecido pela LC 171/2023. Dentre os procedimentos estão a comprovação da ciência do respectivo Conselho Municipal de Saúde, inclusão do recurso na Programação Anual de Saúde e na LOA, e a comprovação da execução do recurso pelo Relatório Anual de Gestão. Esses procedimentos asseguram que apenas os valores efetivamente necessários e justificados sejam transpostos ou transferidos, ou seja, otimiza o uso dos recursos mantendo a transparência e a responsabilidade na gestão.

Dessa forma, a alteração da oitava cláusula garante maior autonomia municipal, ao permitir que os gestores direcionem os recursos de forma mais alinhada às necessidades locais. Essa determinação está em consonância com o princípio de municipalização do SUS, uma vez que o Município é responsável por executar a política de saúde, é válido que ele tenha autonomia para aplicar os recursos que receber, principalmente pelo espaço de tempo existente entre o momento em que o recurso foi orçado e efetivamente repassado. Assim, a gestão da política de saúde se torna mais eficaz e eficiente.

Além disso, a mudança permite a melhor utilização dos recursos públicos. Tendo em vista que os recursos são limitados e que as demandas em relação à saúde são diversas, manter recursos parados em conta sem possibilidade de aplicação não é a melhor forma de aproveitá-los. Portanto, permitir a utilização de um mecanismo que possibilita o aproveitamento de recursos que estavam impedidos de serem aplicados viabiliza a realização de ações e serviços de saúde que beneficiarão a população local.

Portanto, as mudanças trazidas pelo Termo Aditivo podem ser entendidas como avanços, que beneficiam tanto os prestadores de serviço, quanto os Municípios credores. Os hospitais filantrópicos tiveram acesso aos recursos que tinham direito muito antes do previsto, propiciando o investimento na qualidade do atendimento e na estrutura hospitalar, ou a regularização das contas, no caso das instituições que apresentam alguma dificuldade financeira. Os Municípios, por sua vez, terão acesso

aos recursos que têm direito e poderão aplicá-los de acordo com as demandas atuais da saúde.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve como objetivo entender a forma que o Acordo FES foi desenvolvido como ferramenta para solucionar a dívida assistencial do Fundo Estadual da Saúde de Minas Gerais. Para cumprimento do objetivo geral, estabeleceu-se três objetivos específicos: descrever como se dá a realização e o financiamento da política de saúde no Brasil, descrever o funcionamento dos Fundo de Saúde e analisar as cláusulas do Acordo FES, compreendendo-o como instrumento de solução da dívida assistencial do FES.

Ao longo do trabalho foi possível apresentar como a política de saúde é realizada no Brasil, destacando seu financiamento e a utilização dos fundos de saúde como mecanismos para a descentralização de recursos para a execução da política. Para a exploração do Acordo FES, foi feita uma análise das partes envolvidas, do que se considerou para a construção do acordo e de cada cláusula. Também foi analisada a LC nº171/2023 que faz referência aos recursos repassados pelo pagamento da dívida do FES e o Termo Aditivo, que altera algumas cláusulas do acordo. Assim, foi possível compreender o Acordo FES como um todo e destrinchar a solução estabelecida por ele.

Na contextualização histórico-institucional, inicialmente, foi discorrida a forma como se dá a realização da política de saúde em todo o país. Com base nas legislações que regulamentam a área – cabe ressaltar a Constituição Federal de 1988, a Lei Federal nº 8.080/90 e a Lei Federal nº 8.142/90 - e em textos que abordam o tema, foi exposto o funcionamento do Sistema Único de Saúde. O SUS apresenta estrutura extensa e complexa, que envolve a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios. Como os entes possuem responsabilidade igualitária de gestão do sistema, é necessária uma coordenação da atuação para a garantia do direito à saúde de todos os cidadãos. Nesse sentido, é válido evidenciar o princípio de descentralização do SUS para os Municípios. A municipalização do SUS significa que os Municípios são os entes responsáveis por executar, de fato, as ações e serviços de saúde. Os demais entes, apresentam funções específicas, mas devem, de forma geral, apoiar os Municípios no que for necessário para assegurar a realização da política.

No que se refere ao financiamento do SUS, foram apresentadas as normas que definem a origem dos recursos, dentre elas a Constituição Federal de 1988, a Emenda

Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000, a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 e a Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015. A principal forma de financiamento trazida pela legislação é o mínimo constitucional. São valores mínimos anuais de aplicação em ações e serviços públicos de saúde para cada ente, no caso dos Estados, é 12% dos recursos arrecadados com impostos. Foram apresentadas a aplicação e a apuração do mínimo constitucional, mas, tendo em vista a municipalização da política de saúde, é válido ressaltar a movimentação desses recursos. Para que os Municípios possam realizar as ações e serviços de saúde, é preciso que a União e os Estados repassem recursos para eles.

Existem repasses obrigatórios, como os mínimos constitucionais, e voluntários, como os convênios. Nesse mecanismo de repasses, os Fundos de Saúde são instrumentos muito importantes, pois, basicamente, os recursos da saúde são repassados do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde. Os repasses estaduais também são realizados dos fundos estaduais para os municipais. Ao utilizar os Fundos de Saúde, a capacidade de gestão financeira e orçamentária é ampliada e é possível dar maior transparência para o gasto público em saúde.

Após a apresentação de como se dá a realização e o financiamento da política de saúde no Brasil, foram apresentados alguns conceitos da administração financeira e orçamentária e da economia, para ancorar o referencial teórico da pesquisa. Dentre os conceitos explanados, está o Restos a Pagar, que são “as despesas empenhadas, mas não pagas até o dia 31 de dezembro distinguindo-se as processadas das não processadas” (BRASIL, 1964). Esse conceito é fundamental para a compreensão da dívida tratada no Acordo FES.

Compreendidos a contextualização e o referencial teórico, foi desenvolvido um estudo de caso do Acordo FES. O acordo trata de uma dívida que o Estado de Minas Gerais possui com os Municípios mineiros e prestadores de serviço do SUS. Essa dívida resultou da falta de repasses por parte de Estado. O Estado tem a obrigação constitucional de aplicar 12% de sua receita em ações e serviços públicos de saúde. No entanto, devido à dificuldade fiscal e orçamentária vivenciada pelo Estado, ele não foi capaz de aplicar esses recursos em sua totalidade. No período de 2009 a 2020 o Estado empenhou recursos que seriam repassados para Municípios e entidades, mas não pagou efetivamente essas despesas, inscrevendo os valores em Restos a Pagar. Dessa forma, o montante foi se acumulando, resultando em uma dívida de

R\$6.760.801.460,2. Desde 2021, o Estado de Minas Gerais vem cumprindo com a aplicação dos 12% de sua arrecadação na área da saúde, evitando o aumento do montante da dívida.

Em outubro de 2021, o Estado de Minas Gerais, o Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais (TCE-MG), a Associação Mineira dos Municípios (AMM) e o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Minas Gerais (COSEMS) firmaram o Acordo FES, que estabelece o pagamento dessa dívida. O Estado está presente no acordo o como devedor, o TCE-MG é fiscalizador da gestão dos recursos do Estado, a AMM representa os credores e o COSEMS foi o responsável pela apuração do valor total da dívida.

A partir da análise específica de cada cláusula, percebe-se que, de forma geral, a solução apresentada no acordo agrupa diversas dívidas que o Estado tinha com cada município e prestador de serviço e estabelece uma forma de pagamento única, que garante a isonomia entre os credores e está de acordo com a realidade orçamentária do Estado. Já existiam diversas ações judiciais que tratavam da falta ou insuficiência dos repasses estaduais, mas elas não eram resolvidas pela morosidade do sistema e pela dificuldade do Estado de estabelecer uma solução para que ele atendesse às demandas garantindo a isonomia em sua atuação, uma vez que ele não era capaz de pagar todas de uma vez e não poderia escolher quais pagaria e quais não pagaria. Nesse sentido, foi estabelecer uma forma de pagamento que abarca todos os credores e está de acordo com o que o Estado é capaz de pagar.

O Estado iniciou o pagamento da dívida em 2021, mas é preciso ressaltar que os valores devidos são referentes a empenhos de 2009 a 2020. Ou seja, os Municípios começaram a receber recursos que tinham sido planejados para a execução de ações e serviços públicos de saúde antigos e a lei estabelece que os recursos devem ser gastos de acordo com aquilo que ele foi programado. No entanto, muitas vezes o objeto do repasse já foi realizado com outras fontes de recurso, não é possível de ser realizado ou não é mais necessário e, ao receber o recurso, o Município não consegue aplicá-lo na saúde.

Tendo em vista esse problema, e mais algumas situações não relacionadas ao acordo, a Assembleia Legislativa de Minas Gerais propôs a Lei Complementar nº 171, de 9 de maio de 2023, que autoriza os Municípios a realizarem transposição e transferência dos saldos constantes de seus Fundos de Saúde provenientes de repasses da Secretaria de Estado de Saúde. Assim, os Municípios ficam autorizados

a aplicarem os recursos recebidos em ações e serviços de saúde adequados com as suas necessidades atuais.

Após a análise dessa lei, foi analisado o primeiro, e único até o momento, Termo Aditivo do acordo, assinado em 26 de setembro de 2023. O Termo Aditivo incorporou a inovação trazida pela LC 171/2023, alterando a oitava cláusula do acordo. Dessa forma, seguindo os requisitos e procedimentos estabelecidos na legislação, os Municípios ficaram autorizados a aplicarem os recursos recebidos pelo pagamento do acordo nas ações e serviços públicos de saúde que eles julgam mais importantes e necessários no momento.

Essa alteração garante maior autonomia municipal e melhor utilização dos recursos públicos, ao permitir que os gestores direcionem os recursos de forma mais alinhada às necessidades locais. Assim, a gestão da política de saúde se torna mais eficaz e eficiente, promovendo a prestação do serviço de saúde de qualidade à população.

Além disso, o Termo Aditivo separou a dívida dos prestadores de serviço e dos Municípios. O montante relativo à dívida com as entidades foi retirado do acordo e seu pagamento foi replanejado. Os recursos são referentes à dívida do Pro-Hosp, extinto programa de fortalecimento de hospitais prestadores de serviços ao SUS em Minas Gerais, ao Encontro de Contas e Câmara de Compensação (extrapolamento) e aos saldos referentes aos débitos de entidades, somando R\$463 milhões, que o Estado se comprometeu a pagar em até dois anos. Devido à essa separação, o artigo segundo do acordo foi alterado, reduzindo o valor da dívida do Acordo FES de R\$6.760.801.460,21 para R\$6.301.322.001,98.

Por fim, este trabalho se ateve a entender como o Acordo FES e seu Termo Aditivo solucionaram a dívida que o Estado de Minas Gerais acumulou com seus Municípios e prestadores de serviço do SUS, pela falta de repasses estabelecido. No entanto, visto que a ferramenta está surtindo efeito e a dívida está sendo de fato paga, é valido estudar o acordo de outros pontos de vista, por exemplo, como a solução pode ser replicada em outros casos de dívidas. Em Minas Gerais, por exemplo, a área da educação também sofre com falta de repasses. Nesse caso, seria interessante avaliar se é possível agregar o valor devido a cada Município e estabelecer uma forma justa de o Estado pagar esse montante total devido relacionado à educação.

REFERÊNCIAS

AMM. **Estatuto Associação Mineira de Minas Gerais**. 04 jun. 2024. Disponível em: < <https://portalamm.com/wp-content/uploads/2024/06/ESTATUTO-SOCIAL-AMM-2024.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2024.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DE MINAS GERAIS. **Gestores traçam perfil da dívida de Minas Gerais**. 26 out. 2023. Disponível em: < [BARROSO, Luis Roberto. **Da falta de efetividade à judicialização excessiva: Direito à Saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial**. Rio de Janeiro: Renovar, 2009. Disponível em: <https://www.coniur.com.br/dl/estudobarroso.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2024](https://www.almg.gov.br/comunicacao/noticias/arquivos/Gestores-tracam-perfil-da-divida-de-Minas-Gerais/#:~:text=A%20evolu%C3%A7%C3%A3o%20m%C3%A9dia%20da%20d%C3%ADvida,grandes%20altera%C3%A7%C3%B5es%20na%20sua%20composi%C3%A7%C3%A3o.>>. Acesso em: 09 out. 2024.</p></div><div data-bbox=)

BEZERRA FILHO, J. E.. **Orçamento aplicado ao setor público: abordagem simples e objetiva**. 2.ed. São Paulo: Atlas, 2013.

BRASIL. **Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, de 5 de outubro de 1988**. Brasília, 1988. Disponível em: < <https://legis.senado.leg.br/norma/604119/publicacao/16434816>>. Acesso em: 09 set. 2024.

BRASIL. **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil (de 16 de Julho de 1934)**. Rio de Janeiro: Presidência da República, 1934. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao34.htm>. Acesso em: 12 ago. 2024.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 12 ago. 2024.

BRASIL. **Decreto nº 11.531, de 16 de maio de 2023**. Regulamenta disposições da Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021, que institui normas de licitações e contratos administrativos. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, 17 maio 2023. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/decreto-n-11.531-de-16-de-maio-de-2023-481837609>. Acesso em: 30 set. 2024.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000**. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, 14 set. 2000. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/emendas/emc/emc29.htm. Acesso em: 10 set. 2024

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015.** Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, 18 mar. 2015. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc86.htm. Acesso em: 12 set. 2024.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016.** Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, 16 dez. 2016. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 12 set. 2024.

BRASIL. **Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.** Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, 5 maio 2000. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm >. Acesso em: 23 mai. 2024.

BRASIL. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.** Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília: Planalto, 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LCP/Lcp141.htm. Acesso em: 14 ago. 2024.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007.** Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, 30 jan. 2007. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007.html. Acesso em: 23 set. 2024.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Portaria nº 837, de 23 de abril de 2009.** Estabelece diretrizes para a execução e o financiamento das ações de vigilância em saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, 24 abr. 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0837_23_04_2009.html. Acesso em: 23 set. 2024.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017.** Altera as regras sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, 29 dez. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html. Acesso em: 23 set. 2024.

BRASIL. **Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964.** Estatui normas gerais de direito financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, 23 mar. 1964. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l4320.htm. Acesso em: 25 set. 2024.

BRASIL. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Senado Federal, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm#:~:text=L8080&text=LEI%20N%C2%BA%208.080%2C%20DE%2019%20DE%20SETEMBRO%20DE%201990.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20as%20condi%C3%A7%C3%B5es%20para,correspondentes%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs. Acesso em 12 ago. 2024.

BRASIL. **Lei 8.142, de 28 dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Senado Federal, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 12 ago. 2024.

BRASIL. **Lei nº 12.858, de 9 de setembro de 2013.** Destina à área de saúde e à área de educação parte dos valores que especifica, oriundos da participação no resultado ou da compensação financeira pela exploração de petróleo e gás natural e outros hidrocarbonetos fluidos. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, 10 set. 2013. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12858.htm. Acesso em: 12 set. 2024.

BRASIL. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde 96.** Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1996. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm>. Acesso em: 14 ago. 2024.

CONGRESSO NACIONAL. **Glossário de Termos Orçamentários.** 2024. Disponível em: <https://www.congressonacional.leg.br/legislacao-e-publicacoes/glossario-orcamentario>. Acesso em: 25 set. 2024.

CONSELHO DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO PARANÁ. **Financiamento do SUS.** 2023. Disponível em: https://cosemspr.org.br/wp-content/uploads/2023/07/Financiamento-do-SUS_2023-4.pdf. Acesso em: 14 set. 2024.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Guia de Apoio à Gestão Estadual do SUS.** 2024. Disponível em: <https://www.conass.org.br/guiainformacao/plano-de-saude/>. Acesso em: 19 set. 2024.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **O Financiamento da Saúde.** Para entender a gestão do SUS / 2011 – atualização/Jun.2015. Disponível

em: < <https://www.conass.org.br/biblioteca/o-financiamento-da-saude-2/>>. Acesso em: 12 set. 2024.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **Mudanças no Financiamento da Saúde. 2018 Confederação Nacional de Municípios – CNM.** Disponível em: < <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2018/08/Mudan%C3%A7as-no-Financiamento-da-Sa%C3%BAde.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2024.

COSEMS/MG. **Estatuto Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Minas Gerais.** 31 out. 2023. Disponível em: < <https://www.cosemsg.org.br/Estatuto.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2024.

FURTADO, Fábio. **Administração Financeira e Orçamentária: direito financeiro simplificado.** 2ª ed. Rio de Janeiro. Ed., Ferreira. 2012.

FES. Fundo Estadual de Saúde de Minas Gerais **Sessão de Assinatura de Termo de Acordo.** 28 out. 2021. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/1_noticias/09_2021/04-out-nov-dez/acordo-amm/01.%20Ata%20da%20audi%C3%A7%C3%A3o%20e%20termos%20do%20Acordo.pdf. Acesso em: 23 mar. 2024.

FES. Fundo Estadual de Saúde de Minas Gerais. **Termo Aditivo.** Belo Horizonte, 2023. Disponível em: < https://www.saude.mg.gov.br/images/1_noticias/06_2023/1-out-nov-dez/acordo/Termo%20Aditivo%20Acordo.pdf>. Acesso em: 15 out. 2024.

FURTADO, José de Ribamar Caldas. **O problema da Vinculação de Recursos Orçamentários.** Revista do TCU, jan/abr, 2008. Disponível em: < <https://revista.tcu.gov.br/ojs/index.php/RTCU/article/view/453>>. Acesso em: 09 set. 2024.

GARSELAZ, Paulo da Silva. **Dívida pública: Uma abordagem teórica, um relato histórico e o caso do Rio Grande do Sul.** 2000. Dissertação (mestrado em Administração) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Administração, Rio Grande do Sul. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/3820/000344102.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 9 jun. 2024

Gil, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa.** 4 ed. São Paulo: Editora Atlas. 2002. Disponível em: <https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/150/o/Anexo_C1_como_elaborar_projeto_de_pesquisa_-_antonio_carlos_gil.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2024.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social.** 6 ed. São Paulo: Editora Atlas. 2008.

JUNIOR, E. B.; OLIVEIRA, G. S.; SANTOS, A. C. O; SCHNEKENBERG, G. F. **Análise Documental como Percurso Metodológico na Pesquisa Qualitativa.** Cadernos da Fucamp, v.20, n.44. 2021. Disponível em: <

<https://revistas.fucamp.edu.br/index.php/cadernos/article/view/2356>>. Acesso em: 12 jun. 2024.

JUNQUEIRA, Silvana Regina Santos. **Judicialização da Saúde: como decide o poder judiciário federal? Análise das Demandas de Saúde na Seção Judiciária de Minas Gerais**, 2013. Dissertação (PósGraduação em Administração Pública) - Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho da Fundação João Pinheiro, Belo Horizonte, Minas Gerais. 2013. Disponível em: <<http://repositorio.fjp.mg.gov.br/server/api/core/bitstreams/e2c8a5af-e8d4-4cb6-8197-f639d13bad96/content>>. Acesso em: 20 ago. 2024.

MINAS GERAIS. **Decreto nº 39.223, de 10 de novembro de 1997**. Aprova o Regulamento do Fundo Estadual de Saúde – FES -, criado pela Lei nº 11.983, de 14 de novembro de 1995. Belo Horizonte: ALMG, 1997. Disponível em <https://www.almg.gov.br/legislacao-mineira/texto/DEC/39223/1997/?cons=1>. Acesso em: 23 mar. 2024.

MINAS GERAIS. **Decreto nº 47.101, de 05 de dezembro de 2016**. Decreta situação de calamidade financeira no âmbito do Estado. Belo Horizonte, 2016. Disponível em: < <https://www.almg.gov.br/legislacao-mineira/texto/DEC/47101/2016/?cons=1>>. Acesso em: 12 out. 2024.

MINAS GERAIS. **Decreto 48.671, de 08 de agosto de 2023**. Dispõe sobre a transposição e a transferência dos saldos constantes e financeiros provenientes de repasses, parcerias e convênios firmados com a Secretaria de Estado de Saúde, de que trata a Lei Complementar nº 171, de 9 de maio de 2023. Belo horizonte, 2023. Disponível em: < <https://www.almg.gov.br/legislacao-mineira/texto/DEC/48671/2023/?cons=1>>. Acesso em: 17 out. 2024.

MINAS GERAIS. **Lei nº 11.983, de 14 de novembro de 1995**. Institui o Fundo Estadual de Saúde – FES – e dá outras providências. Belo Horizonte: ALMG, 1995. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/legislacao-mineira/texto/LEI/11983/1995/>. Acesso em: 23 mar. 2024.

MINAS GERAIS. **Lei nº 23.751, de 30 de dezembro de 2020**. Estima as receitas e fixa as despesas do Orçamento Fiscal do Estado de Minas Gerais e do Orçamento de Investimento das Empresas Controladas pelo Estado para o exercício financeiro de 2021. Belo Horizonte, 2020. Disponível em: < <https://www.almg.gov.br/legislacao-mineira/texto/LEI/23751/2020/?cons=1>>. Acesso em: 17 out. 2024.

MINAS GERAIS. **Lei Complementar nº 34, de 12 de setembro de 1994**. Dispõe sobre a organização do Ministério Público do Estado e dá outras providências. Belo Horizonte, 1994. Disponível em: < <https://www.almg.gov.br/legislacao-mineira/texto/LCP/34/1994/?cons=1>>. Acesso em: 15 out. 2024.

MINAS GERAIS. **Lei Complementar nº 171, de 09 de maio de 2023**. Dispõe sobre a transposição e a transferência dos saldos constantes dos Fundos de Saúde dos municípios, provenientes de repasses da Secretaria de Estado de Saúde, e de saldos financeiros resultantes de parcerias e convênios firmados com o Estado, e dá

outras providências. Belo Horizonte, 2023. Disponível em: <<https://www.almg.gov.br/legislacao-mineira/texto/LCP/171/2023/?cons=1>>. Acesso em: 17 out. 2024.

MINAS GERAIS. **Lei Complementar nº 172, de 27 de dezembro de 2023**. Altera a Lei Complementar nº 171, de 9 de maio de 2023, que dispõe sobre a transposição e a transferência dos saldos constantes dos Fundos de Saúde dos municípios, provenientes de repasses da Secretaria de Estado de Saúde, e de saldos financeiros resultantes de parcerias e convênios firmados com o Estado, e dá outras providências. Belo Horizonte, 2023. Disponível em: <<https://www.almg.gov.br/legislacao-mineira/texto/LCP/172/2023/>>. Acesso em: 17 out. 2024.

MINAS GERAIS. **Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado**. 2019. Disponível em: <https://www.mg.gov.br/system/files/media/planejamento/documento_detalhado/2022/planejamento-e-orcamento/plano-mineiro-de-desenvolvimento-integrado-pmdi/pmdi_2019-2030_virtual2.pdf>. Acesso em: 15 out. 2024.

MINAS GERAIS. **Resolução nº 5.513, de 12 de dezembro de 2016**. Reconhece o estado de calamidade pública de ordem financeira no Estado de Minas Gerais, nos termos do Decreto nº 47.101, de 5 de dezembro de 2016. Belo Horizonte, 2016. Disponível em: <<https://www.almg.gov.br/legislacao-mineira/texto/RAL/5513/2016/?cons=1>>. Acesso em: 17 out. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Financiamento público de saúde**. Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/financiamento_publico_saude_eixo_1.pdf>. Acesso em 19 set. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema Único de Saúde (SUS)**. Portal Governo Brasileiro, 2024. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus>>. Acesso em: 12 ago. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **SUS: Princípios e Conquistas**. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Brasília, 2000. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2024.

MOURA, Elisangela Santos de. **O Direito à Saúde na Constituição Federal de 1988**. Teresina: Revista Jus Navigandi, 2013. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/25309/o-direito-a-saude-na-constituicao-federal-de-1988#google_vignette>. Acesso em: 12 ago. 2024.

PAIVA, Bruna Boroni de. **O Cumprimento do Mínimo Constitucional em Ações e Serviços de Saúde em Minas Gerais: Diferença entre despesas empenhadas e os valores inscritos em restos a pagar na função “saúde” entre os anos de 2012 e 2017**. Monografia (Graduação em Administração Pública). Fundação João Pinheiro, Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, Belo Horizonte,

Minas Gerais, 2018. Disponível em: <
<http://repositorio.fjp.mg.gov.br/server/api/core/bitstreams/a5f6a994-e8d4-48eb-a370-ee4e034ee4d8/content>>. Acesso em: 10 out. 2024.

PASCOAL, Valdecir. **Direito Financeiro e Controle Externo**. 9ª ed. São Paulo. Ed. Forense. 2015.

PERSICOTTI, Fabiana Guancino; , MYSZCZUK, Ana Paula; MEZA, Maria Lúcia Figueiredo Gomes de. **O Impacto da Emenda Constitucional 95/2016 para o Agravamento das Desigualdades Regionais na Prestação da Saúde à População**. Seminário Internacional sobre Desenvolvimento Regional, 2021. Disponível em: <
<https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/sidr/article/view/21231/1192613457>>. Acesso em: 14 set. 2024.

SANTOS, Ricart César Coelho dos. **Os Fundos de Saúde e o Financiamento do Sistema Único de Saúde no Brasil**. 2015. Dissertação (Pós-Graduação em Direito Econômico e Financeiro) – Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, São Paulo, São Paulo, 2015. Disponível em: <
https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2133/tde-20052016-084057/publico/Ricart_Cesar_Coelho_dos_Santos_COMPLETA_Fundos_saude_financiamento_SUS.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2024.

SAÚDE, Minas Gerais. **Acordo Fundo Estadual de Saúde, AMM e COSEMS**. 2024. Disponível em: <
<https://www.saude.mg.gov.br/acordofes>>. Acesso em: 23 mar. 2024.

SAÚDE, Minas Gerais. **Webinário Lei Complementar nº 171/2023**. Disponível em: <
<https://saude.mg.gov.br/lei171>>. Acesso em: 17 out. 2024.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. **Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas**. Revista Brasileira de História e Ciências Sociais, São Leopoldo, RS, Ano 1, n.1, Jul., 2009. Disponível em: <
https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7255626/mod_resource/content/1/S%C3%81-SILVA%2C%20J.%20et%20al.%20%E2%80%9CPesquisa%20documental%20pistas%20te%C3%B3ricas%20e%20metodol%C3%B3gicas%E2%80%9D.%20Revista%20Brasileira%20de%20Hist%C3%B3ria%20%20Ci%C3%AAs%20Sociais%20Ano%201%20%281%29%201-15%2C%202009.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2024.

SILVA%2C%20J.%20et%20al.%20%E2%80%9CPesquisa%20documental%20pistas%20te%C3%B3ricas%20e%20metodol%C3%B3gicas%E2%80%9D.%20Revista%20Brasileira%20de%20Hist%C3%B3ria%20%20Ci%C3%AAs%20Sociais%20Ano%201%20%281%29%201-15%2C%202009.pdf. Acesso em: 10 mai. 2024.

TESOURO ESTADUAL. **Gestão da Dívida Pública Estadual**. Secretaria do Estado de Fazenda de Minas Gerais. Disponível em: <
<https://www.fazenda.mg.gov.br/tesouro-estadual/divida-publica/portal-da-divida-publica-estadual/>>. Acesso em: 12 out. 2024.

TESSLER, Marga Inge Barth. **A justiça e a efetividade na saúde pública**. 2010. 144 p. Dissertação (Mestrado Profissional em Poder Judiciário). Escola de Direito do Rio de Janeiro. Fundação Getúlio Vargas. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em <http://bibliotecadigital.fgv.br>. Acesso em: 08 out. 2024.

TRIBUNAL DE CONTAS DE MINAS GERAIS. **Jurisdição e Competência**. 2024. Disponível em: < <https://www.tce.mg.gov.br/Noticia/Detalle/126>>. Acesso em: 19 out. 2024.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **Centro Judiciário de Solução de Conflitos (CEJUSC)**. 2024. Disponível em: < <https://www.tjmg.jus.br/portal-tjmg/institucional/3-vice-presidencia/centro-judiciario-de-solucao-de-conflitos-e-cidadania-de-segundo-grau-cejusc-de-2-grau.htm>>. Acesso em: 19 out. 2024.

TUZZO, S. A.; BRAGA C. F. **O processo de triangulação da pesquisa qualitativa: o metafenômeno como gênese**. Revista Pesquisa Qualitativa, São Paulo, SP, v.4, n.5, p.140-158, ago., 2016. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/38/31>. Acesso em: 10 mai. 2024.

YIN, R. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Editora Bookman, 2001. Disponível em: < http://maratavarespsictics.pbworks.com/w/file/attach/74304716/3-YIN-planejamento_metodologia.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2024.