

Marly Dias Oliveira de Castro

**O FINANCIAMENTO PÚBLICO DA SAÚDE NO ESTADO DE MINAS GERAIS
APÓS A VIGÊNCIA DA LEI COMPLEMENTAR 141 DE 2012: Uma análise
financeira para o período de 2013 a 2018**

Belo Horizonte

2019

Marly Dias Oliveira de Castro

**O FINANCIAMENTO PÚBLICO DA SAÚDE NO ESTADO DE MINAS GERAIS
APÓS A VIGÊNCIA DA LEI COMPLEMENTAR 141 DE 2012: Uma análise
financeira para o período de 2013 a 2018**

Monografia apresentada ao curso de Especialização em Administração Pública, Planejamento e Gestão Governamental – CEAPPGG/2017 da Fundação João Pinheiro, como requisito parcial para a obtenção do título de especialista.

Orientador: Sílvio Ferreira Junior

Belo Horizonte

2019

Castro, Marly Dias Oliveira de.

335f C O financiamento público da saúde no estado de Minas Gerais após a vigência da lei complementar 141 de 2012 [manuscrito] : Uma análise financeira para o período de 2013 a 2018 / Marly Dias Oliveira de Castro. – 2019.

[1], 59 f. : il.

Monografia de conclusão de Curso (Especialização em Administração Pública Planejamento e Gestão Governamental) – Fundação João Pinheiro, Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, 2019.

Orientador: Sílvio Ferreira Junior

Bibliografia: f. 65-70

1. Saúde pública – Minas Gerais – Finanças. 2. Sistema Único de Saúde (Brasil) – Finanças. 3. Política de Saúde Pública – Minas Gerais. 4. Brasil. [Lei Complementar n. 141 de 13 de janeiro de 2012]. I. Ferreira Júnior, Sílvio. II. Título.

CDU 614(815.1)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me dado força e coragem para conseguir alcançar mais esta meta.

Às pessoas queridas que sempre me deram apoio e incentivo.

Ao meu esposo Biga, companheiro, amigo, o meu porto seguro de todos os momentos, obrigada pela compreensão e incentivo para que eu siga em frente em busca dos meus sonhos. A minha filha Deborah que sempre esteve ao meu lado apoiando e auxiliando em minhas dificuldades, sem você, não sei o que eu seria. Ao meu filho Guilherme que, mesmo de longe, incentiva-me a ser persistente nas minhas realizações.

Ao meu orientador, Professor Doutor Sílvio Ferreira Junior, pela imprescindível contribuição e dedicação. Aos professores da Fundação João Pinheiro pela dedicação em compartilhar os seus conhecimentos e, em especial, a professora Isabella Virgínia Freire que se dispôs a me orientar no primeiro momento.

Aos meus colegas de turma, que jamais vou me esquecer, obrigada pelo companheirismo e trocas de experiências, especialmente a Nádia pelas companhia e afeto.

Aos meus colegas da Funed, obrigada pelo incentivo.

A todos que acreditaram na minha capacidade e que, de forma ou outra, contribuiu para esta realização, receba o meu muito obrigado, repleto de amor e gratidão.

“Eu só peço a Deus
Que a dor não me seja indiferente
Que a morte não me encontre um dia
Solitário sem ter feito o que eu queria”

Beth Carvalho

RESUMO

Para assegurar o financiamento da saúde, foram criadas legislações, como a Emenda Constitucional 29 (EC 29) que assegura a participação das três esferas de governo no financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde, a partir da definição do investimento percentual mínimo anual de recursos. Emenda que foi regulamentada com a lei complementar 141/2012, definindo o que, de fato, deve ser considerado como despesas com *Ações e Serviços Públicos de Saúde - ASPS* (art. 3º), além de relacionar quais as despesas que não devem ser incluídas no cálculo para apuração dos percentuais mínimos em saúde exigidos constitucionalmente, por não atenderem à definição das ASPS (art. 4º). Mas o que se tem observado nas últimas décadas é um encadeamento de despesas pendentes de liquidação ou pagamentos que são os restos a pagar. Cenário que Minas Gerais também está passando atualmente. Por isso, o presente estudo tem como objetivo geral fazer uma análise do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) à luz de suas normativas e, como objetivo específico, analisar o percentual de recurso investido no SUS pelo estado de Minas Gerais, no período de 2013 a 2018, considerando: as legislações e estudos bibliográficos; o contexto histórico das descentralizações das políticas públicas; o quantitativo de recurso investido; e os restos a pagar. A análise mostrou, que as despesas empenhadas em geral estão conforme o percentual mínimo a ser aplicado de acordo com a LC, nº 141, sem nenhum crescimento considerável, com exceção do ano de 2018, cujo o valor empenhado foi de R\$ 5.119.077.275,06, enquanto deveria ter empenhado R\$ 6.012.040.299,64. Por outro lado, nos restos a pagar, principalmente no que se refere aos restos a pagar não processados (RPNP), percebeu-se um aumento na taxa de crescimento considerável. Em 2018, do valor empenhado, somente R\$ 3.967.909.900,37 foi liquidado e situações como esta já vem acontecendo há alguns anos, conforme foi relatado pelo TCE de Minas Gerais. Isso mostra que efetivamente a LC nº141 não está sendo cumprida.

Palavras-Chave: Financiamento do SUS; Saúde Pública; Despesa Pública; Restos a Pagar.

ABSTRACT

In order to ensure health financing, legislation has been created, such as Constitutional Amendment 29 (EC 29), which ensures the participation of the three spheres of government in the financing of actions and public health services, from the definition of the minimum annual percentage investment resources. Amendment that was regulated by complementary law 141/2012, defining what should, in fact, be considered as expenses with Public Health Actions and Services (ASPS) (article 3), in addition to listing which expenses should not be included in the calculation for determining the minimum health percentage required by the Constitution, since they do not meet the definition of ASPS (Article 4). But what has been observed in the last decades is a chain of expenses pending settlement or payments that are the remains to be paid. A scenario that Minas Gerais is also going through today. Therefore, the present study has as general objective to analyze the financing of the Unified Health System (SUS) in light of its regulations and, as a specific objective, to analyze the percentage of resources invested in SUS by the state of Minas Gerais, in the period from 2013 to 2018, considering: legislation and bibliographic studies; the historical context of the decentralization of public policies; the amount invested; and the remains to be paid. The analysis showed that the expenditures committed in general are in accordance with the minimum percentage to be applied according to LC, nº 141, without any considerable growth, except for the year 2018, which the committed amount was R\$ 5.119.077.275.06, while it should have committed R\$ 6.012.040.299.64. On the other hand, in the remnants to be paid, especially with regard to unpaid leftovers (RPNP), there was an increase in the considerable growth rate. In 2018, of the amount invested, only R\$ 3.967.909.900.37 was settled and situations like this have been happening for some years, as reported by the TCE of Minas Gerais. This shows that LC nº 141 is effectively not being met.

Key Words: Financing SUS; Public health; Public Expenditure; Remains to Pay

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO

Quadro 1: Evolução das normas de gestão do SUS 34

Quadro 2: Cálculo das Despesas Próprias em Ações e Serviços Públicos de Saúde, Conforme LC 141/2012, aplicado pelo estado até o 6º bimestre de 2018 59

TABELAS

Tabela 1: Distribuição percentual da execução do MS por fonte de financiamento (1995-2011) em % 36

Tabela 2: Gastos com ações e serviços públicos em saúde (ASPS): total e por esfera de governo (2000-2011) (Em R\$ bilhões de 2011 deflacionados pela média anual do IPCA) 38

Tabela 3: Execução orçamentária em ações e serviços públicos de saúde. Ministério da Saúde, 2000 a 2004 e estimativa para 2005. Em R\$ bilhões correntes 41

Tabela 4: Despesas executadas na função saúde - valores atualizados pelo IGP-DI: dez. 2018 =100 - (R\$1 milhão) - Minas Gerais 52

Tabela 5: Distribuição percentual das despesas executadas na função saúde - Minas Gerais 53

Tabela 6: Despesas per capita executadas na função saúde – valores atualizados pelo IGP-DI: dez. 2018 = 100 – Minas Gerais 53

Tabela 7: Despesas inscritas em restos a pagar na função saúde - valores atualizados pelo IGP-DI: dez. 2018=100 (R\$1 milhão) - Minas Gerais 54

Tabela 8: Distribuição percentual das despesas inscritas em restos a pagar na função saúde - Minas Gerais	54
Tabela 9: Despesas per capita inscritas em restos a pagar na função saúde - valores atualizados pelo IGP-DI: dez. 2018=100 - Minas Gerais	55
Tabela 10: Despesas relacionadas às ASPS, conforme critério da LC 141/2012 - valores atualizados pelo IGP-DI: dez. 2018=100 (R\$1 milhão) - Minas Gerais	56
Tabela 11: Distribuição percentual das despesas relacionadas às ASPS, conforme critério da LC 141/2012 - Minas Gerais	56
Tabela 12: Despesas per capita relacionadas às ASPS, conforme critério da LC 141/2012 - valores atualizados pelo IGP-DI: dez. 2018=100 (R\$1 milhão) - Minas Gerais	57
Tabela 13: Receita própria e despesas em ASPS financiadas com recursos próprios, conforme critério da LC 141/2012 - valores atualizados pelo IGP-DI: dez. 2018=100 (R\$1 milhão) - Minas Gerais	58
Tabela 14: Receita própria per capita e despesas per capita em ASPS financiadas com recursos próprios, conforme critério da LC 141/2012 - valores atualizados pelo IGP-DI: dez. 2018=100 - Minas Gerais	58

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ALMG – Assembleia Legislativa de Minas Gerais
ASPS - Ações e Serviços Públicos de Saúde
CF/88 – Constituição Federal de 1988
CES- Conselho Estadual de Saúde
CNS – Conselho Nacional de Saúde
COSEMS – Conselho dos Secretários Municipais de Saúde
EC nº 29/00 – Emenda Constitucional 29 de 2000
FES – Fundo Estadual de Saúde
GS – Gastos em Saúde
GT – Gastos Totais
IPEA – Instituto de Pesquisa aplicada
IGP- DI – Índice Geral de Preços - Disponibilidade Interna
IPCA – Índice de Preços ao Consumidor Amplo
LC nº141/12 – Lei Complementar nº 141 de 2012
LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA – Lei Orçamentária Anual
LRF – Lei de Responsabilidade Fiscal
MPC – Ministério Público de Contas
NOB – Norma Operacional Básica
OSS – Orçamento da Seguridade Social
PPAG – Plano Plurianual de Ação Governamental
RA – Receita Arrecadada
RP – Restos a Pagar
RPNP – Restos a Pagar Não Processados
RPP – Restos a Pagar Processados
SEF – Secretaria de Fazenda de Minas Gerais
SEPLAG – Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão
SES – Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
SIAFI – Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal
SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde

TCEMG – Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 METODOLOGIA	16
3 FEDERALISMO NO BRASIL E A DESCENTRALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS	18
3.1 Federalismo no Brasil	18
3.2 Descentralização das Políticas Públicas	24
4 MODELO DE FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL	28
4.1 Saúde Pública no Brasil antes da Constituição de 1988	28
4.2 Sistema Único de Saúde (SUS)	30
4.2.1 Emenda Constitucional nº 29 e a Lei Complementar 141	37
4.2.2 Lei complementar 141	41
5 TERMOS RELEVANTES PARA ANÁLISE DAS DESPESAS EM ASPs	47
6 ANÁLISE DOS INVESTIMENTOS PÚBLICOS NA SAÚDE PELO ESTADO DE MINAS GERAIS	52
CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
REFERÊNCIAS	65

1 INTRODUÇÃO

O Estado brasileiro e suas instituições políticas passaram por muitas mudanças desde suas criações até os dias atuais. Momentos marcantes na história do Brasil, como o Estado Novo, o regime militar e a Constituição de 1988, assinalaram alterações importantes na característica das relações federativas. (ARRECH, 2002)

Na atual Constituição de 1988, o modelo de federação foi aprimorado em seu arcabouço, objetivos e fundamentos. Confiou maior competência legislativa e administrativa aos estados, melhorando e ampliando a distribuição de recursos, a fim de oferecer maior autonomia aos mesmos. (MELO, 2015)

No entanto, segundo Brito e Mendonça (2015), a repartição de receitas tributárias não ficou equilibrada entre os entes federativos com a atual Constituição. A maior parte das competências tributárias ficou em poder da União, com a responsabilidade de repassar as receitas, decorrentes da arrecadação de alguns desses tributos, aos demais entes federados. A falta desse repasse dificulta os entes federados menores de prover sua subsistência pelos próprios meios, prejudicando, assim, a sua gestão e autonomia, por estar em dependência da União.

Contudo, assim que foi institucionalizado o modelo de Estado federativo pela Constituição brasileira de 1988, sucedeu-se um processo de intensa descentralização de políticas públicas, em especial as que se referem às áreas sociais. Entre estas, a política de saúde foi uma das bem sucedidas, uma vez que sua descentralização não envolvia uma reforma constitucional, apenas exigia a adesão dos entes federativos às normas constitucionais já aprovadas em 1988. (AFFONSO, 2003)

Do mesmo modo, nesta mesma Constituição Federal (CF), foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS), regulado em 1990 pela Lei nº. 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde) que determina saúde como um direito de todos e dever do Estado. Para isso, o financiamento do SUS seria feito com recursos do Orçamento da Seguridade Social (OSS), cujos recursos seriam para a Saúde, Previdência e Assistência Social. A determinação era que a Saúde deveria ficar com 30% desse orçamento, até que o financiamento para a União fosse especificado por lei complementar.

A Constituição Federal, em seu artigo 159, especifica que “[...] a Seguridade Social será financiada [...] mediante recursos provenientes dos Orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e das seguintes contribuições sociais [...]”. Ainda que os estados e municípios tivessem participação no financiamento do SUS, havia uma respectiva ausência de critérios e parâmetros para definir a participação de cada esfera de governo. (BRASIL, 1988)

Este cenário de incerteza levou à busca de soluções, fazendo com que o SUS passasse por vários mecanismos de financiamento desde a sua criação. Foi somente após 10 anos da sua regulamentação, com muitas mobilizações sociais, para que tivesse uma definição de financiamento, quando se criou a Emenda Constitucional 29 (EC 29), pela qual assegura a participação das três esferas de governo no financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde, a partir da definição de um investimento percentual mínimo anual de recursos. Essa Emenda foi regulamentada com a Lei Complementar 141/2012, definindo o que, de fato, deve ser considerado como despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), em seu art. 3º, além de relacionar (em seu art. 4º) quais as despesas que não devem ser incluídas no cálculo para apuração dos percentuais mínimos em saúde exigidos constitucionalmente, por não atenderem à definição das ASPS.

De acordo com a EC 29 e a LC 141/2012, os estados e Distrito Federal (DF) deverão aplicar no SUS, no mínimo, 12% 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, sendo deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos municípios. (BRASIL, 2012)

No entanto, mesmo tendo legislações que estabelecem a aplicação mínima de recursos financeiros nas três esferas de governo e o que deve ser considerado como despesas em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), percebe-se que o problema financeiro do SUS ainda não foi sanado. Atualmente, o foco dos debates sobre o financiamento desse Sistema é sobre os restos a pagar, conceito relevante na análise destas despesas.

No orçamento público, a despesa é definida como o emprego de recursos públicos usados no financiamento das inúmeras atividades desenvolvidas pelo Estado para manutenção de suas instalações e equipamentos, prestação de serviços para a população ou realização de investimentos e outros gastos voltados para o desenvolvimento da economia. Nem todas as despesas realizadas são necessariamente pagas. Parte delas pode ser anulada total ou parcialmente. Isso porque o conceito trazido pela Lei 4.320/64 para despesa realizada é a despesa empenhada, ou seja, aquela que fica comprometida no orçamento público, mas ainda sendo necessário ser concluída, tendo em vista os outros dois estágios finais: a liquidação e o pagamento. (BRASIL, 1964)¹

Os restos a pagar são despesas empenhadas, porém não pagas, até o dia 31 de dezembro, distinguindo-se as processadas das não processadas. As despesas são inscritas como restos a pagar processados (RPP) quando os bens ou serviços já foram entregues e aceitos, mas o pagamento ao credor ainda não foi efetuado, o que significa que já tinham sido liquidadas. Também são inscritas como restos a pagar não processados (RPNP), ao final do exercício financeiro, as despesas que tinham sido apenas empenhadas. (Brasil, 1964)

Na última década, tem-se observado aumento do volume de despesas pendentes de liquidação e/ou pagamento, podendo parte delas ser cancelada nos exercícios financeiros subsequentes. No estado de Minas Gerais, a situação não é diferente. Os restos a pagar estão sendo um dos principais temas debatidos nas audiências públicas da comissão de saúde da Assembleia Legislativa de Minas Gerais, nos conselhos de secretarias municipais de Saúde (COSEMS/MG) e nas próprias instituições da Saúde vinculadas a Secretaria Estadual de Saúde. (COSEMS/MG, 2018)

Perante o problema apresentado, o presente estudo tem o intuito de responder o seguinte questionamento: afinal, a Lei Complementar nº 141/2012 tem contribuído de forma eficaz para que o SUS vença o desafio da garantia de seu financiamento? O recurso financeiro público na saúde investido pelo estado de Minas

¹ Segundo a Lei nº 4.320 (1964), as despesas passam por 3 fases: empenho, liquidação e o pagamento. O empenho de despesa é uma reserva do orçamento para garantir o pagamento da mercadoria ou serviço prestado. A liquidação é a entrega da mercadoria ou serviço prestado, requisito obrigatório para que haja o pagamento que é onde se encerra a realização da despesa.

Gerais tem aumentado ou diminuído nesses últimos 5 anos? Qual foi o quantitativo programado, o liquidado e o percentual de restos a pagar em cada ano?

Para isso, este estudo tem como objetivo geral fazer uma análise do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) à luz de suas normativas. Tendo como objetivo específico analisar o percentual de recurso investido no SUS pelo estado de Minas Gerais, no período de 2013 a 2018, considerando:

- a) as legislações e estudos bibliográficos;
- b) o contexto histórico e as descentralizações das políticas públicas;
- c) o quantitativo de recurso investido e os restos a pagar

Para tanto, foi realizado um estudo bibliográfico e documental baseado em artigos, trabalhos acadêmicos, livros e relatórios publicados sobre o tema, bem como a busca e análise dos dados, referentes aos anos de 2013 a 2018, registrados no Sistema de Informações Gerenciais de Planejamento (SIGPLAN), Portal da Transparência do Estado de Minas Gerais e do Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (Siops).

Além desta introdução, este estudo está organizado em mais seis seções. A seção 2 apresenta a metodologia que norteou a análise; a seção 3 faz uma revisão, com duas subseções, sobre o federalismo no Brasil e a descentralização das políticas públicas; a seção 4 trata-se da revisão do modelo de financiamento da saúde pública no Brasil, sendo também dividida em duas subseções (Saúde Pública no Brasil antes da Constituição de 1988 e Sistema Único de Saúde); a seção 5 traz conceitos de alguns termos importantes para a análise das despesas em ASPS; a seção 6 se destina à análise dos dados referentes ao investimento público na saúde pelo estado de Minas Gerais nos últimos 5 anos, bem como o valor empenhado, liquidado, pago e restos a pagar; por fim, a seção 7 apresenta as considerações finais, seguida pelas referências.

2 METODOLOGIA

Considerando o objetivo proposto neste estudo e o que as normativas legais do SUS estabelecem, optou-se por uma metodologia de pesquisa bibliográfica e documental, de natureza quantitativa e qualitativa, com revisão literária e levantamento de dados.

Para Gil (2008), a pesquisa bibliográfica é aquela feita com a utilização de material secundário, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Já a pesquisa documental é elaborada com materiais que ainda não foram analisados ou que ainda podem ser reconstituído de acordo com os objetos da pesquisa.

A fim de alcançar o propósito desta pesquisa, procedeu-se inicialmente à revisão da legislação concernente, especialmente quanto aos principais termos da Lei 4.320/64, EC Nº29 e da Lei Complementar 141 de 2012. Em seguida, procedeu-se ao embasamento teórico, contextualizando os vários momentos históricos vividos pelo Brasil e os modelos da saúde pública em cada período analisado.

Após, foram coletados dados financeiros da saúde pública disponíveis no site do Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (Siops) e no Portal da transparência do Estado de Minas Gerais, pesquisando pela função saúde. Os dados trabalhados neste estudo permitiram a construção de indicadores do desempenho financeiro do estado de Minas Gerais na área da saúde entre os anos de 2013 a 2018 e cujos resultados estão apresentados em 11 tabelas.²

Os valores monetários foram atualizados para dezembro de 2018, a partir dos dados mensais do IGP-DI, disponíveis no site do IPEA. Atualização procedeu-se pela utilização da seguinte fórmula:³

² O portal da Transparência tem o objetivo de facilitar o exercício do direito de acesso às informações públicas. Já o Siops é um sistema desenvolvido pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), responsável pelo recebimento, controle e a organização de dados referentes às receitas totais e despesas com ASPs realizadas pelos entes federativos. Este sistema também é utilizado como ferramenta de planejamento, gestão e controle social do SUS. (BRASIL, 2013)

³ O Índice Geral de Preços - Disponibilidade Interna (IGP-DI), calculado pelo Instituto Brasileiro de Economia (IBRE) da Fundação Getúlio Vargas (FGV), é um indicador econômico usado como referência para correções de preços e valores contratuais. O IGP-DI também é diretamente empregado no cálculo do Produto Interno Bruto (PIB) e das contas nacionais em geral. (FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS, 2014).

Deflator no ano t = (IGP-DI dez./2018) / (IGP-DI médio no ano t) (1).

As variáveis de desempenho expressas em termos *per capita*, foram construídas com a utilização dos dados da população residente estimada os anos de 2013 e 2018, disponíveis no site do IBGE.

Nas tabelas de resultados desta pesquisa, optou-se por incluir o cálculo da tendência observada para cada variável de desempenho no período 2013 a 2018, de maneira a permitir uma síntese do seu comportamento no período de análise. Também conhecida como taxa geométrica de crescimento (TGC), o cálculo dessa tendência pressupõe que, a despeito das oscilações comuns a qualquer série temporal, essas séries seguem comportamentos possíveis de serem representados por uma taxa anual de crescimento no período. A TGC pode ser obtida pela estimação de regressões lineares simples, cujos detalhes podem ser obtidos em Gujarati (2011).

Como complementação à análise dos resultados, foi feita uma análise do relatório TCE-MG da prestação de contas referente ao exercício de 2017.

3 FEDERALISMO NO BRASIL E A DESCENTRALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

3.1 Federalismo no Brasil

Na democracia exercida pelo federalismo, o poder é dividido entre os níveis de governo central e não central. Na prática, sabe-se que todos os entes federativos exercem poderes, influenciando em ambos os níveis. Nesse sentido, entende-se que federalismo é uma junção de competências centralizadas e competências descentralizadas, em que as responsabilidades fiscais são compartilhadas entre os governos e suas referentes esferas federativas. (SILVA, 2005)

Segundo Arretche (2002), o Estado e suas instituições políticas brasileiras passaram por muitas mudanças desde suas criações. Esses momentos históricos do Brasil como o Estado Novo, o regime militar e a Constituição de 1988 caracterizaram o modelo federativo. Entende-se, então, que é importante conhecer as diferentes fases de desenvolvimento em que passaram os Estados federados contemporâneos criados antes do final do século XX, para compreender a nossa conjuntura atual.

Em comparação a outras federações contemporâneas, o Brasil tem características semelhantes aos Estados Unidos da América (EUA). Os dois têm um modelo de federalismo no qual as instituições políticas respeitam os processos de decisão de acordo com a manifestação da vontade da maioria, que é expressa na escolha do presidente, o representante executivo. Nos estados menores, a manifestação da vontade da maioria é demonstrada através do poder legislativo (Câmara dos Deputados e Senado), que representa os estados e que também revela o poder de seu veto. (STEPAN, 1999)

Para Stepan (1999), sem o apoio do Congresso e dos governadores, os presidentes brasileiros ficariam impossibilitados de governar, pois esses têm o poder de decisão e qualquer proposta de reforma que pudesse afetar os interesses dos Estados ou Município teria impedimento para ser aprovada. O autor afirma que com a vasta redação da Constituição de 1988, composta por requisitos que exigem votos da maioria para

emendas constitucionais, os estados apresentam oportunidades a mais para veto às iniciativas de reforma da Presidência. Vale lembrar, ainda, que a proporção do poder político varia entre os Estados federativos, dependendo do modo como estão constituídas as relações entre Executivo e Legislativo na esfera federal.

Embora apresentem características semelhantes, as origens da criação do federalismo no Brasil e nos Estados Unidos foram diferentes. Enquanto um país foi dividido em estados com o poder centralizador, no outro os estados se uniram para formar uma união com poderes descentralizados. Inclusive, o modelo federativo centralizado foi em maior período no Brasil, os momentos de modelo descentralizado foram poucos, desde a sua origem até a Constituição de 1988, onde foi instituída a autonomia dos estados.

Em 1891, início do arranjo federativo brasileiro, houve uma tentativa de aumentar a autonomia dos estados, contrária à centralização dos tempos do Império. Esse movimento de descentralização foi interrompido com a Revolução de 1930 e voltou a entrar em ação com fim do Estado Novo. Essa redemocratização e a Constituição de 1946 foram marcos importantes para a redistribuição do gasto público, fazendo com que os entes federais voltassem a ter maior participação na carga tributária total. (AFFONSO & JUNQUEIRA, 2008)

Mas, com o golpe militar de 1964, o Estado retorna ao modelo centralizador e, assim, todos os recursos ficam retidos na União, deixando os estados e municípios praticamente sem autonomia. Pois a reforma tributária de 1966 e a Constituição de 1967-1969 concentraram todo poder político e tributário na esfera federal. Segundo Affonso (1999), em 1983, aproximadamente 70% da receita tributária disponível e do gasto público nacional ficava centralizada na União.

No entanto, mesmo com toda a centralização de poder, a reforma tributária dos militares foi a que criou o primeiro sistema de transferência de recursos da esfera federal para os outros entes federativos, por meio dos fundos de participação - Fundo de Participação dos Estados (FPE) e Fundo de Participação dos Municípios (FPM) -,

regulamentados em 1966, com a distribuição de recursos aos estados e municípios feita no ano seguinte e de acordo com a população. (SOUZA, 2005)

Entretanto, com a crise no final dos anos 70, o colapso da economia e o enfraquecimento do regime militar, um novo movimento da sociedade volta a pressionar por redemocratização. E, desta vez, o foco principal do novo movimento era a descentralização fiscal. (AFFONSO, 1999)

Tendo em vista que a centralização dos recursos era um fator fundamental para a concentração pelo Poder Executivo Federal, tornava-se difícil que o governo federal ampliasse a autonomia e os recursos disponíveis para os governos estaduais e municipais. Por isso, essa foi a principal bandeira da redemocratização. Assim, desde o início dos anos 80, houve expressiva elevação das transferências tributárias em favor dos governos estaduais e municipais. (AFONSO & JUNQUEIRA, 2008)

Com a atual Constituição de 1988, o modelo de federação foi aprimorado em seu arcabouço, objetivos e fundamentos. Confiou maior competência legislativa e administrativa aos estados, melhorando e ampliando a distribuição de recursos, a fim de oferecer maior autonomia aos mesmos. A atual Constituição proíbe a União em intervir nos territórios de outros entes federados nas competências administrativas e legislativas. Garantiu-se a forma federalista, pois nenhuma emenda tem o poder de alterar a forma federativa de governo. E com o intuito de implantar o federalismo cooperativo de forma efetiva, aumentou significativamente o elenco das competências comuns e concorrentes, possibilitando vínculos e parcerias entre as esferas federativas para a implantação de reformas necessárias, com a previsão de transferência de subsídios. (MELO, 2015)

Segundo Melo (2015), o compromisso federativo de 1988 se revigorou no texto constitucional. Isso ficou evidenciado com a inclusão dos municípios como entes federativos, assim como os estados na divisão de competências; o ingresso do Supremo Tribunal Federal na intervenção federal e como guarda da constituição; ampliação da competência do Senado Federal no controle de atos financeiros do interesse da União, dos estados e dos municípios; a repartição de receitas tributárias; e, mais importante, o compromisso à defesa e à implementação do pacto federativo.

Entretanto, a repartição de receitas tributárias não ficou equilibrada entre os entes federativos na Constituição de 1988. Os estados e municípios ficaram com os encargos de prestação de serviços públicos e a União ficou com uma fatia muito maior na repartição tributária. De acordo com Brito e Mendonça (2015), maior parte das competências tributárias na atual Constituição ficou em poder da União, tendo a responsabilidade de repassar as receitas decorrentes da arrecadação de alguns desses tributos aos demais entes federados. A falta desse repasse dificulta os entes federados menores de prover sua subsistência pelos próprios meios, impossibilitando sua gestão. Com isso, sua autonomia fica prejudicada por estar em dependência da União.

Nesse sentido, Silva (2005) fala como deve ser repartição de receitas tributárias em um modelo federativo

Nos Estados politicamente organizados em sistemas federativos, as diversas unidades federadas dividem a responsabilidade pela gestão das funções alocativas, distributivas e estabilizadoras. A principal questão relativa à organização do sistema fiscal é a definição clara e precisa de competências que devem ser atribuídas a cada nível de governo, isto é, o grau de autonomia capaz de permitir o alcance de uma situação Pareto-eficiente (SILVA, 2005 pg.120)

De acordo com Ferreira (2012), o federalismo em suas origens foi alicerçado por um modelo de plena descentralização das competências político-governamentais, permitindo a centralização somente das demandas públicas que tivessem o mesmo tipo de atuação entre os entes federativos. No entanto, o ser humano é de natureza centralizadora e muito inflexível para poder romper com o paradigma de um modelo de concentração de poderes e conseguir mudar para uma forma democrática participativa, com divisão de competências. O federalismo foi se adaptando ao longo tempo com a cultura de cada país. Para o autor, o federalismo deve ser fundamentado pelas três diferentes questões:

- a) o número de níveis de governo que devem compor a federação;
- b) a forma de representação destes diferentes níveis no governo central; e,
- c) a distribuição dos poderes e das competências políticas entre os diversos níveis de governo. (FERREIRA, 2012, p.5)

Logo, determinado o modelo federativo com a descentralização nas diferentes esferas de governo, é imprescindível que seja estabelecido uma forma de distribuição das

competências tributárias entre esses entes, mediante critérios adequados, conforme a teoria econômica da taxaço ótima, a fim de assegurar aos entes federativos os recursos financeiros necessários ao exercício de sua função na sociedade de garantir o bem-estar dos seus cidadãos. (FERREIRA, 2012)

Uma vez que, se não houver uma definição clara e precisa em relação ao sistema de federalismo fiscal, haverá desequilíbrio entre os entes federados, assim como a falta de coordenação da política fiscal entre os três níveis de governo causa problemas e externalidades sobre as receitas tributárias. Isso acontece quando o ente federativo, a fim de resolver seus problemas, adota critérios referentes aos tributos de forma individual. Esses problemas são originados no nível de concorrência efetiva entre a União, os estados e municípios em suas bases tributárias. Em se tratando de competição vertical, a receita tributária total se eleva e a União, ao priorizar a arrecadação dos tributos de sua competência, arruma um jeito de ampliar sua receita tributária disponível, prejudicando, assim, a receita tributária dos estados e municípios. (JUNIOR, et al., 2012)

Neste sentido, Ferreira (2012), sugere que:

(...) “crise” do federalismo fiscal brasileiro - deve ser analisada com o devido cuidado, visto que é preciso uma anterior e minuciosa verificação se o hodierno desequilíbrio fiscal da União decorre da estruturação fiscal decorrente da Constituição Federal de 1988 ou de consequências posteriores do modelo econômico federal, vinculado a uma crescente necessidade quanto ao pagamento de juros, gerando demandas cada vez maiores de recursos financeiros. Essa dúvida ainda não foi suficientemente debatida e explicitada. Todas as modificações examinadas no âmbito do Congresso Nacional tendem a uma evidente redução das autonomias estaduais e municipais, passando o governo central a dispor sobre questões anteriormente afeitas tão somente ao âmbito interno de cada ente federado (FERREIRA, 2012, pg.9)

Ainda de acordo com Ferreira (2012), o governo central carece de um volume cada vez maior de recursos financeiros, motivo pelo qual, desde a Constituição de 1988, conseguiu utilizar-se de procedimentos que contribuísse com o aumento de sua arrecadação em prejuízo aos estados e municípios, sobretudo através de maiores alíquotas de contribuições sociais não repartíveis. O governo federal e o Congresso também aprovaram e utilizam de normas que afetam os recursos financeiros dos demais entes da federação, assim como o Fundo de Estabilização Fiscal e a Lei Kandir.

Vale ressaltar que o governo federal, a fim de aumentar intensamente os recursos arrecadados, acaba retendo os recursos relativos aos estados e aos municípios. Com isso, pode-se dizer que o federalismo fiscal, resultante do processo com os seus correspondentes poderes e competências, em um país de diferentes entes federativos, depara-se em crise no momento atual no Brasil, tendo em vista que o governo central atua no sentido oposto ao de dar autonomias próprias aos demais entes federados. (FERREIRA, 2012)

Para Ferreira (2012), o equilíbrio determinado pela Constituição Federal de 1988, por participantes de diversas correntes políticas e federalistas, não está sendo implementado, devido a algumas ações praticadas pelo governo federal, como a retenção de recursos financeiros dos estados e municípios, ou quando estabelece contribuições que não constam no sistema de transferências intergovernamentais obrigatórias.

Ainda, segundo Couto e Silva (1998) *apud* Lima et al. (2002), com o predomínio da descentralização, presente na Constituição de 1988 que deu autonomia aos entes federativos, no tocante aos recursos financeiros, a maior participação dos governos estaduais e municipais na carga tributária e coordenação da seguridade social não foi garantida. O fracasso da redistribuição é inerente do ajuste fiscal, pois a recentralização fiscal garante o aumento das contribuições sociais na receita federal e o conseqüente insucesso das políticas sociais descentralizadas provocadas pela crise financeira dos governos subnacionais. A proposta de descentralização é fracassada pelos seguintes motivos:

- a) a previsão de aumento da participação das instâncias subnacionais nos fundos de participação não se efetivou, decaindo, entre 1988 e 1996, de 21% para 15% a sua participação na receita tributária da União, uma vez que os tributos partilhados – Imposto de Renda (IR) e Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) – não acompanharam a evolução desta receita;
- b) os estados perderam autonomia, em razão dos seus níveis crescentes de endividamento;
- c) os recursos da seguridade foram contingenciados (primeiro, no período inflacionário, através dos atrasos na liberação; segundo, após a estabilização, pela criação do Fundo Social de Emergência e posterior Fundo de Estabilização Fiscal), tornando a seguridade uma variável de ajuste do processo de estabilização. (D'ÁVILA, 2002, p.497)

Corroborando com que disseram os autores sobre a falta de equilíbrio fiscal, Junior et al., 2012, afirma que existe dois problemas específicos no modelo de federalismo fiscal no Brasil:

[...] do lado das competências sobre os gastos públicos, apesar dos avanços na década de 1990, ainda não há uma clara definição sobre as responsabilidades de cada nível de governo; e do lado das competências tributárias, por falta de coordenação da política fiscal entre os três níveis de governo, existe uma disputa por receita tributária. (JUNIOR et al, 2012, pg. 221)

O autor afirma que o problema da falta de organização da política fiscal entre os diferentes entes federativos pode ser resolvido por meio da autorização do monopólio do poder de tributar a um dos entes federados. Com isso, os impactos sobre as receitas seriam incorporados pelos estados e a União teria uma redução nos gastos com o total de recursos repassado pelos estados. Igualmente implicariam em uma carga tributária menor, menor peso morto gerado pela tributação e melhor eficiência do governo, pois os custos da tributação não seriam mais subestimados, como acontece quando mais de um nível de governo detém o poder de tributar numa mesma jurisdição.

Entende-se que é relevante esta análise do modelo federalismo e a distribuição da receita tributária, já que a implementação e eficácia das políticas públicas descentralizadas, tema da próxima subseção, depende do formato de federalismo adotado no país, bem como da redistribuição da receita tributária.

3.2 Descentralização das Políticas Públicas

Segundo Arretche (2002), as principais reivindicações nas décadas de 1970 e 1980 baseavam na descentralização das políticas públicas. A análise é que o autoritarismo centralizador praticado pelo regime militar originou a incapacidade, desvirtuação e a falta de participação nas decisões políticas. Isso acarretou a união das diferentes correntes políticas para um objetivo comum de descentralização, pois era consenso que, com a descentralização, a gestão seria eficiente, transparente, participativa e por uma responsabilidade social moldada nos valores morais e éticos. Como a centralização e autoritarismo eram vistos como frutos da ditadura no Brasil, a descentralização, a democratização e uma gestão pública eficiente estariam atreladas no contrário.

Assim que foi institucionalizado o modelo de Estado federativo no Brasil, sucedeu-se um processo de intensa descentralização de políticas públicas, em especial as que se refere às áreas sociais. Mas, para Arretche (2002), o autoritarismo e a centralização não são idênticos, assim como o federalismo e descentralização não estão atrelados aos mesmos processos de políticas, embora tenham nascidos no mesmo contexto histórico no Brasil.

De acordo com Peterson e Rom (1990) e Peterson (1995), citados por Arretche (2002) em seu estudo “Relações federativas nas políticas sociais” (2002):

As relações entre federalismo e descentralização das políticas sociais não são homogêneas entre os países federativos. Nos EUA, por exemplo, há uma corrida para baixo (*race to the bottom*) entre os estados no tocante à oferta de serviços sociais, pois estes temem atrair migrantes pobres caso ofereçam políticas sociais generosas. O fato de que o sistema fiscal norte-americano seja baixamente redistributivo – isto é, a capacidade fiscal dos estados repousa basicamente em seus próprios impostos – implica que elevação do gasto signifique elevação de impostos. Os estados norte-americanos competem entre si para atrair investimentos; e impostos elevados podem significar retração dos investimentos das empresas. Por esta razão, as políticas sociais dos governos estaduais são em geral financiadas por transferências do governo federal. (ARRETCHE, 2002, p.44)

Ainda segundo a autora, que cita Pierson (1994), os interesses do governo em mostrar à sociedade o seu empenho nos benefícios sempre foi um dos motivos da expansão das políticas sociais. Por isso que, nos Estados federativos onde essas políticas estão no centro desses interesses ou quando é fácil de ser visível, há uma competição entre os entes federativos que indica maior oferta dos serviços sociais. (ARRETCHE, 2002)

Entretanto, de acordo com Arretche (2002), a descentralização das políticas sociais que têm a finalidade de gerar o bem-estar da população foi concretizada no Brasil no momento em que o governo federal estava preparando para ordenar e realizar os processos de transferência de funções dos governos locais. Porquanto, nos governos de grandes instabilidades ministeriais, as reformas apresentaram dificuldades para serem implementadas, pois o grande número de mudança nas documentações para a sua formalização impediam que as políticas sociais fossem descentralizadas, mesmo elas estando no centro da agenda das reformas.

Portanto, o equilíbrio e o alinhamento na formalização das políticas da área social, durante o governo Fernando Henrique Cardoso possibilitou a efetivação da descentralização através da adoção de vários programas que influenciavam a tomada de decisão dos governadores locais. Nesse período, o governo federal utilizou de vários meios estratégicos, como aprovação de emendas à Constituição, edição de portarias ministeriais, adoção de critérios para a implementação das transferências federais e o não financiamento das empresas públicas. A implementação das descentralizações sugere que os governos locais tem pouco poder de veto sobre as reformas adotadas pelo governo federal do que presume a teoria política sobre o federalismo. (ARRETCH, 2004)

Ao mesmo tempo, Arretche (2004) revela que a autoridade do governo federal não mostra tão evidente com relação aos resultados da redistribuição de recursos para implementação das políticas sociais, pelo menos em quatro áreas de política social – educação fundamental, saúde, habitação e saneamento. Diferente do que diz a literatura que ressalta o poder de veto dos governos locais no federalismo brasileiro, esses governos não interferem no veto intransponível à implementação da agenda de reformas do governo federal nessas políticas em particulares.

Além do mais, a autora relata que, ao contrário do que afirma Stepan (1999), a aprovação de emendas constitucionais é muito mais fácil no Brasil do que nos Estados Unidos, uma vez que as regras não têm a necessidade de confirmação das assembleias estaduais aqui. O poder dos estados brasileiros é bem menor do que a dos estados norte-americanos.

Para Affonso (2003), no que se refere as atribuições e prestação de serviços de cada ente federativo, sobretudo no que se refere a municipalização, o processo de descentralização adotou um modelo tumultuado, pois não seguiu a previsão e rigor da redistribuição de competências e receitas tributárias. As desigualdades regionais, tanto nos aspectos econômico e padrão de financiamento público como na capacidade de gestão e disponibilidade de recursos humanos, tornaram grandes desafios para articular e formalizar a função de cada ente federativo.

No entanto, mesmo com todas as lacunas apontadas no desenho de descentralização federal, as atribuições entre os governos foram se acertando e a descentralização das políticas públicas foi bem sucedida. O poder público municipal acabou descobrindo um jeito de se estabilizar para prestar de forma coerente a maioria dos serviços sociais básicos como ações de ensino fundamental, atenção básica à saúde e desenvolvimento urbano, ficando o governo federal responsável por ações de caráter mais geral de proteção social, como é o caso da previdência social, do seguro-desemprego e da assistência social. (AFFONSO, 2003)

Neste sentido, foi implementada a política de saúde descentralizada. Mas, mesmo sendo implementadas em diferentes direções, seu financiamento era centralizado e administrado pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) e pelos programas verticais do Ministério da Saúde. Modelo idêntico ao da época do regime militar, em que os estados e municípios eram, meramente, uma extensão do governo federal para a execução local das políticas estabelecidas pelo poder federal, através de projetos formalizados para solicitação de recursos do governo federal. (BRASIL, 2013)

Para Arretche (2004), a descentralização das responsabilidades na política de saúde foi decorrida de uma centralização de recursos financeiros e normas por parte do governo federal que tinha o objetivo de ganhar apoio político dos municípios. Esta forma de transferência de responsabilidade foi uma tática de grande capacidade de persuasão utilizada pelo governo federal. Dada a improbabilidade dos municípios conseguirem obter recursos, assumir o encargo de prestar os serviços de saúde, era uma forma de poder aumentar as suas receitas.

Na próxima seção será feita uma breve revisão das diversas normas que moldaram a forma de financiamento para saúde pública adotado no Brasil antes e depois da Constituição 1988.

4 MODELO DE FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

4.1 Saúde Pública no Brasil antes da Constituição de 1988

O financiamento da saúde desde a época do império até a regulamentação do Sistema Único de Saúde era feito por um modelo de seguro social, com contribuições e cobertura restrita aos seus contribuintes, baseado em uma sociedade capitalista e no desenvolvimento industrial.

De acordo com um estudo realizado pelo Ministério da Saúde (2013), no início do século XX, os novos trabalhadores urbano-industriais em maior nível de organização demandaram proteção social, mas muito restrito, pois ainda não se pensava que o Estado tinha o dever de oferecer condições dignas de sobrevivência, com proteção social a todos os seus cidadãos. Nesta época, os trabalhadores criavam associações, mantidas com suas contribuições, que socorriam seus associados em casos adversos como os de doença, invalidez e morte.

Neste conceito de seguro em que o benefício era restrito somente a seus segurados, surgiram as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), regulamentadas pela Lei Eloy Chaves, em 1923. Seguido por esse modelo, cria-se a Previdência Social no Brasil, originada de um sistema de proteção social, porém, na lógica de seguro, excluindo quem não contribuía. (BRASIL, 2013)

Esse modelo de proteção foi se institucionalizando e aperfeiçoando ao longo do tempo.

[...] da década de 1930, ganhou força: surgiram os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que absorveram a maioria das antigas CAPs. Esses institutos buscavam prover cobertura aos trabalhadores dos mais diversos segmentos contra alguns riscos sociais. Em 1966, o governo cria o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) por meio do Decreto nº 72. O INPS agrega os IAPs e herda seu modelo de seguro social com proteção limitada aos trabalhadores do mercado formal, portanto, aos contribuintes. (BRASIL, 2013, p. 19)

Os cidadãos excluídos do mercado formal de trabalho, tinha que disputar com os mais pobres e indigentes à assistência ofertada pelas Santas Casas de

Misericórdia, pois somente as ações de saúde coletiva, como campanhas de vacinação contra doenças transmissíveis, eram para todos.

Na Emenda Constitucional nº 11, de 31 de março de 1965, foi constituído o princípio da precedência da fonte de custeio, determinando que “nenhuma prestação de serviço de caráter assistencial ou de benefício compreendido na previdência social poderá ser criada, majorada ou estendida sem a correspondente fonte de custeio total”. (BRASIL, 1965 *apud* BRASIL, 2013). Esse princípio permaneceu na Constituição do Brasil de 1967, com o Estado protegendo somente quem tinha vínculo empregatício. (BRASIL, 2013)

Ainda, de acordo com o Ministério da Saúde (2013), na Lei nº 6.439, de 1º de julho de 1977, foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas) e designou o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) como autarquia vinculada ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) (BRASIL, 1977 *apud* BRASIL, 2013). A finalidade do Sinpas era unificar as atribuições de concessão e manutenção de benefícios e prestação de serviços; custeio de atividades e programas; e gestões administrativa, financeira e patrimonial, referentes às entidades que passaram a integrar sua estrutura:

- O Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) – responsável pela concessão e manutenção dos benefícios e demais prestações previdenciárias;
- O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) – prestava assistência médica;
- A Fundação Legião Brasileira de Assistência (LBA) – prestava assistência social à população carente;
- A Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (Funabem) – executava a política do bem-estar do menor;
- A Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (Dataprev) – processava os dados da previdência;
- O Instituto de Administração Financeira da Previdência Social (Iapas) – promovia a arrecadação, fiscalização e cobrança das contribuições e de outros recursos pertinentes à Previdência e Assistência Social; e
- A Central de Medicamentos (Ceme). (BRASIL, 2013, p.42)

Nesta estrutura, o financiamento da saúde era disputado entre outras áreas da seguridade social, bem como pelos recursos advindos do orçamento fiscal e os da educação, justiça, transporte, defesa nacional, previdência do servidor público e outras responsabilidades da União. (BRASIL, 2013)

A partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, a Saúde passou a ter uma nova configuração, estabelecida como direito universal de todos e dever do Estado, assegurada mediante políticas sociais e econômicas. Essa visa, além da redução do risco de doença ou outros agravos, ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação. Então criou-se o Sistema Único de Saúde (SUS).

4.2 Sistema Único de Saúde (SUS)

O artigo 196 da Constituição Brasileira de 1988 determina que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988), o que posteriormente veio a ser regulamento pela Lei 8080/1990 - Lei Orgânica da Saúde (LOS/90) -. Em complementação à esta, foi aprovada a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e das transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde.

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) coincide com a abertura das eleições com voto direto e com valor igual para todos, a princípio para garantir um dos direitos fundamentais da Constituição: os direitos políticos. Entretanto, nesta época, o Brasil estava em crise financeira e o governador eleito trazia, em seu histórico, a intenção de um governo neoliberal, com tendência à redução da participação do Estado na implementação das políticas sociais, travando, assim, a institucionalização das diretrizes da lei vigente da Saúde. Em decorrência da restrição orçamentária a que foi instituída a gestão social, os serviços públicos, principalmente os da área da saúde, não se tornaram abrangentes neste período.

A Constituição de 1988 não definiu o percentual dos recursos dentro da seguridade social para cada política, bem como não definiu, no caso da saúde, como se daria a participação de cada esfera de governo - municipal, estadual e federal - no seu financiamento. Segundo estudo do IPEA (2011), nas disposições transitórias desta

Constituição ficou garantido pelo menos 30% dos recursos da seguridade social para a Saúde. Esse dispositivo cessou em 1990, com a aprovação da lei nº 8080, que regulamentou o SUS.

A ampliação da cobertura da assistência exigia a discussão sobre a questão do financiamento das ações e dos serviços de saúde, pois, até 1988, mais de 80% dos recursos financeiros estavam vinculados ao INAMPS/Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). No entanto, perante o crescimento das despesas previdenciárias, a partir de 1993, a arrecadação feita pelo INSS passara a ser unicamente destinados para a Previdência. Nesse momento, a Saúde perde uma enorme fonte de financiamento. (BRASIL, 2013)

Diante da falta de definição e a lentidão para implementar o que estava determinado na Lei Orgânica do Saúde, surgem movimentos sociais, apoiados pelo Conselho Nacional de Saúde, exigindo que fosse cumprido o que tinha sido determinado nas leis 8080/90 e 8142/90, as quais conferem poder de deliberação aos conselhos de saúde e à Conferência de Saúde na atuação, formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Essa reivindicação foi expressa no documento “Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei”. (BRASIL, 1993)

Neste sentido, aprova-se a Norma Operacional Básica NOB-SUS/93 que, em seu art. 1º, regulamenta o processo de descentralização da gestão dos serviços e ações no âmbito do SUS, estabelecendo os mecanismos de financiamento das ações de saúde, em particular da assistência hospitalar e ambulatorial, bem como as diretrizes para os investimentos no setor.

No financiamento, de acordo com NOB/93:

[...] as ações e serviços ambulatoriais, públicos e privados, que integram o Sistema Único de Saúde serão custeados através do sistema de financiamento ambulatorial, tendo como instrumento operacional o Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS e o formulário próprio para Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de alto custo-APA, a ser definido em Ordem de Serviço específica e sua emissão autorizada exclusivamente por médico (não credenciado pelo sistema e sem vínculo com prestador conveniado ou contratado) encarregado pelo gestor para este fim.

[...] O teto financeiro de custeio das atividades hospitalares para estados será calculado através da multiplicação do quantitativo de AIH pelo valor médio histórico da AIH no estado (janeiro a dezembro de 1992), corrigido na mesma proporção que a tabela básica de remuneração de procedimentos hospitalares. (BRASIL, 1993, p. 4 e 6)

Esta portaria do Ministério da Saúde possibilitava aos municípios o poder de optar entre três modalidades distintas de habilitação, de acordo com suas capacidade administrativa, para a receber recursos federais diretamente, conforme a gestão assumida. Nesse momento, ainda existe a incerteza quanto à capacidade do Ministério da Saúde efetivamente realizar a totalidade das transferências por causa da escassez de recursos. Neste contexto, 63% dos municípios brasileiros aderiram aos critérios estabelecidos pela portaria. (ARRETCHE, 2002)

A NOB/93 ampliou o escopo de escolhas no processo de habilitação ao SUS, iniciado com a NOB/91 e NOB/92, as quais regulamentavam a sistematização de transferências de recursos aos estados e municípios. Processo que foi concluído com a NOB/96, mas que somente entrou em vigor efetivamente a partir de 1998. Nessa Norma, a adesão dos municípios foi bem superior ao resultado esperado do Ministério da Saúde. (ARRETCHE, 2002)

Sobre o financiamento, a NOB/96 apresenta:

10.1. Responsabilidades

O financiamento do SUS é de responsabilidade das três esferas de governo e cada uma deve assegurar o aporte regular de recursos, ao respectivo fundo de saúde.

Conforme determina o Artigo 194 da Constituição Federal, a Saúde integra a Seguridade Social, juntamente com a Previdência e a Assistência Social. No inciso VI do parágrafo único desse mesmo Artigo, está determinado que a Seguridade Social será organizada pelo poder público, observada a "diversidade da base de financiamento".

Já o Artigo 195 determina que a Seguridade Social será financiada com recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e de Contribuições Sociais.

10.2. Fontes

As principais fontes específicas da Seguridade Social incidem sobre a Folha de Salários (Fonte 154), o Faturamento (Fonte 153 COFINS) e o Lucro (Fonte 151 - Lucro Líquido).

Até 1992, todas essas fontes integravam o orçamento do Ministério da Saúde e ainda havia aporte significativo de fontes fiscais (Fonte 100 - Recursos Ordinários, provenientes principalmente da receita de impostos e taxas). A partir de 1993, deixou de ser repassada ao MS a parcela da Contribuição sobre a Folha de Salários (Fonte 154, arrecadada pelo Instituto Nacional de Seguridade Social - INSS).

Atualmente, as fontes que asseguram o maior aporte de recursos ao MS são a Contribuição sobre o Faturamento (Fonte 153 - COFINS) e a Contribuição sobre o Lucro Líquido (Fonte 151), sendo que os aportes provenientes de Fontes Fiscais são destinados praticamente à cobertura de despesas com Pessoal e Encargos Sociais.

Dentro da previsibilidade de Contribuições Sociais na esfera federal, no âmbito da Seguridade Social, uma fonte específica para financiamento do SUS - a Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras - está criada, ainda que em caráter provisório. A solução definitiva depende de uma reforma tributária que reveja esta e todas as demais bases tributárias e financeiras do Governo, da Seguridade e, portanto, da Saúde. (BRASIL, 1996)

A NOB/SUS 01/96 ampliou a transferência “fundo a fundo” através da criação do Piso de Atenção Básica (PAB), incentivos financeiros e da implantação da transferência direta dos recursos federais para os estados habilitados e um grande número de municípios. Para Arretch (2002), a publicação de portarias era um mecanismo utilizado pelo governo federal para condicionar as transferências federais, a aceitação dos outros entes federativos aos desígnios da política federal.

Ainda, em janeiro de 2001, ocorreu a publicação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/SUS 01/2001). Ela teve como propósito "promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população, o mais próximo possível de sua residência, às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção". Para isso, era necessário que ocorresse a regionalização através da criação de um Plano Diretor, coordenado pelo gestor estadual e com a participação dos municípios. (BRASIL, 2001)

A partir de junho de 2001, os recursos foram transferidos para estados e municípios, fundo a fundo, de acordo com a habilitação em quatro itens principais:

- Recursos para a Atenção Básica (PAB Fixo e PAB Variável)
- Recursos para a Vigilância Epidemiológica e Controle de Doenças
- Recursos para a Assistência de Média Complexidade
- Recursos para a Assistência de Alta Complexidade. (BRASIL, 2001)

É importante ressaltar que, em 22 de fevereiro de 2006, foi criado o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS, com aprovação das Diretrizes Operacionais dessa referida reforma. Ela teve o intuito de aprimorar a gestão descentralizada do SUS e a relação intergovernamental cooperativa através da pactuação e articulação entre gestores, assim como o seu financiamento. Também na intenção de organizar e planejar

o SUS, foi publicado o Decreto nº 7.508/11, sobre a assistência à saúde e a articulação interfederativa. (MOREIRA et al., 2016)

Quadro 1: Evolução das normas de gestão do SUS			
Norma	CrITÉRIOS de repasse	Modalidade de repasse	Tipos de Recursos
NOB/91	Atendimentos a requisitos básicos	Formato de convênio	Pagamento da produção de serviços aos prestadores
NOB/92	Atendimentos a requisitos básicos	Formato de convênio	Pagamento da produção de serviços aos prestadores
NOB 01/93	Condições de gestão: incipiente, parcial e semiplena	Transferência regular e automática	Baseados na série histórica dos gastos no estado e/ou município
NOB 01/96	Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema de Saúde	Transferência regular e automática	Tetos financeiros definidos pela PPI (Assistência; Vigilância Sanitária; Epidemiologia e Controle de Doenças)
NOAS/02	Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada (GPABA	Transferência regular e automática	Tetos financeiros definidos pela PPI (Assistência; Vigilância Sanitária; Epidemiologia e Controle de Doenças)
	Gestão Plena do Sistema Municipal		
	Gestão Avançada do Sistema Estadual		
Pacto da Saúde/06 Termos de Compromisso de Gestão Transferência regular e automática	Termos de Compromisso de Gestão	Transferência regular e automática	Blocos de financiamento I. Atenção Básica II. Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar III. Vigilância em Saúde Farmacêutica IV. Assistência V. Gestão do SUS VI. Investimentos na Rede de Serviços de Saúde
Decreto nº 7.508/11	Contrato Organizativo da Ação Pública	Transferência regular e automática	Não teve alteração

Fonte: Financiamento Público de Saúde - Eixo 1 Volume 1 - Ministério da Saúde (BRASIL, 2013, p.73)

Conforme observado no Quadro 1, os critérios de repasse dos recursos federais aos estados e municípios são alterados a cada norma publicada, de acordo com determinadas condições de gestão pré-estabelecidas.

Como já foi dito anteriormente, os novos direitos sociais conquistados na atual Constituição aconteceu no mesmo período de recessão e restrições macroeconômicas. Isso fez com que várias áreas lutassem para efetivar o que tinha sido definido nossa Carta Magna, gerando uma disputa por recursos financeiros. Contudo, o percentual de 30% dos recursos da seguridade social que estava previsto para a saúde, não foi cumprido em 1990 e 1991 e retirado da composição dos recursos da Saúde em 1993. A falta do recurso da Seguridade Social agravou a situação financeira da Saúde, de modo a recorrer ao Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) para garantir um mínimo de recursos para a área. (MENDES e MARQUES, 2009, *apud* PIOLA et al., 2013)

Conforme afirma Ugá et al. (2012) *apud* Piola et al. (2013), como alternativa para a grave situação financeira evidenciada,

O governo criou o Fundo Social de Emergência, denominado Desvinculação de Receitas da União (DRU) que passou a retirar parte das receitas destinadas à seguridade social e à descentralização – receitas do Fundo de Participação dos Estados (FPE) e do Fundo de Participação dos Municípios (FPM). (UGÁ et al., 2012 *apud* PIOLA et al., 2013)

Ainda, diante a situação demonstrada e conforme previsto na Norma Operacional Básica de 1996 - NOB SUS/96, para amenizar a falta de financiamento da Seguridade Social, principalmente da área da Saúde, em 1996 foi instituída a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), com o acréscimo do art. 74 ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (Emenda Constitucional nº 12, de 15/08/1996), que permitiu à União estabelecer esse tipo de contribuição. (PIOLA et al., 2013)

De acordo com Piola et al. (2013), o prenúncio advocatício para a criação da CPMF era que a sua arrecadação seria “integralmente destinada ao Fundo Nacional de Saúde, para financiamento de ações e serviços de saúde (artigo 18, da Lei 9.311, de 24 de outubro de 1996)”. A CPMF teve início com um percentual de 0,2% sobre movimentações financeiras. Em 2002 essa contribuição foi prorrogada com uma taxa de 0,38%, tendo como “justificativa prover recursos para a Previdência Social”, sendo prorrogada novamente em 2004, com vigor até dezembro de 2007.

De acordo com a tabela 1, a CPMF se tornou uma das principais fontes de financiamento do MS no período de sua vigência.

TABELA 1: Distribuição percentual da execução do MS por fonte de financiamento (1995-2011) e (Em %)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Recursos ordinários	3,2	0,2	1	10,8	15,1	5,3	12,5	10,3	13,1	7,4	4,8	7,1	5,2	20,1	44,4	4,6	2,4
Operação de créditos interna e externa	1,1	0,9	0,5	1,1	1,5	2,7	2,2	1,9	1,1	0,7	0,7	0,4	0,1	0	0	0	0,1
Recurso diretamente arrecadado	2,5	2,5	2,4	2,6	3,5	3,3	5,1	2,7	2,3	2,2	2,4	3,1	3,7	4	3,9	4,3	4
Títulos de Responsabilidade do Tesouro Nacional	2,7	3,4	2,8	0,2	0,3	0,2	0,3	0,4	0,5								0,03
Contribuições Sociais	70,5	66,2	72,8	71,8	61,5	80,9	74,9	81,3	82,5	88,3	91,3	88,8	87,1	71,8	90,8	86	89,9
CSLL-pessoa Jurídica	20,2	20,7	19,3	8	13,2	12,6	7	22,5	27,4	32,3	39,7	40,3	38,7	34,7	49,4	37,6	37,7
Confins	48,8	42,2	25,6	25,9	26,3	37,1	38,5	18,6	21,1	25,2	19,2	13,5	15,4	34,9	37,1	45,8	52
CPMF			27,9	37	22	31,2	28,2	38,4	32,5	29,4	29,3	32,4	30,8	1	1,5	0,4	0
CPSS	1,55	3,3		0,9			1,2	1,9	0,8	0,9	1,2	1	0,9	0,2	0,9	0,6	0,2
Contribuição Patronal do Plan. Seguridade									0,01	0,5	1,9	1,6	1,3	1	1,9	1,6	0,1
Fundo de combate a Erradicação da Pobreza							4,5	2,4		0,9	0,3		3	3			
Fundo social de Emergência	11,7	17,9	19,6	13,3	14,5												
Fundo de Fis. das Telecom. (Fistel)																2,2	0
Demais Fontes	8,3	8,9	0,8	0,3	3,6	7,6	0,6	0,9	0,6	0,5	0,6	0,6	0,8	1,1	0,9	2,9	1
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fontes: Siafi/Sidor, (Gasto Social Federal-Ipea: 1995 a 2007), e Siga Brasil, 2008, 2009, 2010 e 2011. Elaboração própria

A CPMF foi responsável por em torno de 30% do total de recursos, respondendo em média, por 1/3 do total dos recursos do MS no período entre 1997 e 2007. No entanto, como essa contribuição era provisória, os gestores da saúde e os próprios movimentos sociais sempre continuaram batalhando por alternativas mais amplas e definitivas. Nesse sentido, foram apresentadas várias propostas ao legislativo. Todas elas buscavam pela vinculação dos recursos orçamentários da saúde dos três níveis de governo, que, no caso dos subnacionais, ficavam em torno de 10 a 15% da receita arrecada. (PIOLA, et al., 2013)

4.2.1 Emenda Constitucional nº 29 e a Lei Complementar 141

A Emenda Constitucional nº 29/2000 foi um fruto dos 12 anos de intenso debate desde a promulgação da Constituição entre conservadores e movimentos sociais, bem como entre os ministérios da área social e os da área econômica do governo, uma vez que “os primeiros precisavam de mais recursos para cumprir suas obrigações na assistência à população” e “a área econômica trabalhava para reduzir despesas e manter as contas públicas superavitárias”. (BRASIL, 2013)

A Emenda Constitucional 29 instituiu a vinculação dos recursos orçamentários dos três entes federativos para despesas com saúde. Para a União foi determinado que, para o ano 2000, o montante mínimo aplicado em ações de saúde deveria ser o valor executado em 1999 acrescido de 5%. Nos anos seguintes, entre 2001 e 2004, o aumento das despesas seria vinculado à variação nominal do PIB. Para os estados e municípios, os percentuais mínimos de vinculação de sua receita de impostos deveriam chegar a 12% e 15% em 2004, respectivamente, estipulando-se um percentual mínimo de aplicação de 7% para o ano 2000 como um ponto de partida. (BRASIL, 2000)

Nesse sentido, esta Emenda Constitucional determinou que a arrecadação para cobrir as despesas em ASPS, no caso dos estados e do Distrito Federal, seria dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os artigos 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos municípios. No que tange os municípios e o DF, os 15% é sobre a arrecadação das contribuições referente o art. 156 e dos recursos de que tratam os artigos. 158 e 159

(inciso I, alínea b e § 3º da CF). Para estes entes federativos, até mesmo o DF, valerá o determinado nas respectivas constituições ou lei orgânica, caso o percentual nelas estabelecidos for superior aos fixados na lei complementar da CF. (BRASIL, 2000)

Segundo Piola et al. (2013), a EC 29 teve o intuito de garantir não somente o equilíbrio dos recursos para a saúde perante as variáveis alterações no investimento das políticas públicas, mas também de assegurar que os entes federativos, principalmente os estados, aumentassem a sua participação no financiamento do SUS, conforme demonstrado na figura abaixo

Tabela 2: Gastos com ações e serviços públicos em saúde (ASPS): total e por esfera de governo (2000-2011) (Em R\$ bilhões de 2011 deflacionados pela média anual do IPCA)

Ano	Federal	(%)	Estadual	(%)	Municipal	(%)	Total	(%)
2000	41,31	59,8	12,82	18,5	14,96	21,7	69,09	100,0
2001	42,70	56,1	15,71	20,7	17,65	23,2	76,07	100,0
2002	43,34	52,8	17,66	21,5	21,08	25,7	82,07	100,0
2003	41,51	51,1	18,67	23,0	21,02	25,9	81,20	100,0
2004	46,85	50,2	22,96	24,6	23,51	25,2	93,33	100,0
2005	49,80	49,7	23,11	23,1	27,19	27,2	100,10	100,0
2006	52,44	48,4	25,48	23,5	30,37	28,0	108,28	100,0
2007	55,01	47,5	28,02	24,2	32,81	28,3	115,84	100,0
2008	57,18	44,2	32,81	25,4	39,24	30,4	129,23	100,0
2009	65,27	45,8	36,13	25,4	40,98	28,8	142,38	100,0
2010	66,08	44,1	39,74	26,5	44,08	29,4	149,90	100,0
2011	72,33	44,7	41,50	25,7	47,94	29,6	161,77	100,0

Fonte: Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO)/MS (esfera federal) e Siops (esferas estadual e municipal, extraídos em 27 de novembro de 2012).

De acordo com o estudo do IPEA (2013), demonstrado na Tabela 2, com a implementação da EC nº 29, os estados, municípios e Distrito Federal aumentaram o investimento nas ações e serviços públicos de saúde, pois no ano 2000, durante o início de sua implementação, a União ainda era responsável por quase 60% do total de recurso investido na Saúde. Como se pode observar, a sua participação foi caindo nos anos subsequentes, ficando em torno de 44% em 2011, mesmo tendo acréscimos reais no total de investimento destinado à Saúde. Enquanto que, neste mesmo período, o investimento dos referentes aos estados passou de 18,5% para 25,7% e a participação dos municípios aumentou de 18,5% para 25,7%. Sendo assim, pode-se afirmar que cada

ente federativo teve impacto diferente com a implementação da EC nº 29 e que ela atendeu o seu objetivo da descentralização no financiamento da política de saúde.

A relevância da EC 29 vai além da apreensão com a estabilidade dos recursos no financiamento das políticas de saúde. Ao determinar maior participação efetiva dos estados e municípios no financiamento, também aumenta a participação e o comprometimento dessas instâncias no arranjo federativo que sustenta o SUS.

[...] a Emenda Constitucional n. 29 tem um papel crucial na ampliação do gasto em saúde [...]. No entanto, vale frisar a importância da EC no sentido de reforçar as ações de saúde numa situação de competência concorrente das três esferas de governo. De um lado, a fixação de recursos mínimos para aplicação dos Estados serve como catalisador da discussão, que já vem sendo conduzida, sobre a necessidade da esfera estadual assumir maiores obrigações dentro da gestão do SUS, notadamente na alta e média complexidade e na articulação regional do sistema. De outro lado, a fixação de recursos mínimos a serem aplicados por cada uma das municipalidades trabalha no sentido de abolir a prática identificada em certas regiões, onde alguns municípios, mais comprometidos com o SUS, acabavam assumindo a atenção à saúde de cidadãos de outros municípios. (BIASOTO JR, 2003 *apud* PIOLA et al., 2013, p. 39-40)

Ainda assim, de acordo com o estudo do Ministério da Saúde (2013), em 2000 a 2003 vários entes federativos não cumpriram a Emenda 29. O percentual das despesas em Ações e Serviços Públicos de Saúde, neste período, ficaram abaixo dos 12%, pois nos anos de 2000 e 2001, respectivamente 11 e 18 estados não investiram o mínimo exigido pela lei. Já em 2003, 13 estados também ficaram abaixo dos 12% com o investimento em ASPS.

Com isso, fazia-se necessária a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, até mesmo para orientar os respectivos Tribunais de Contas no processo de fiscalização do seu cumprimento. Corroborando com essa afirmação, Piola et al. (2013) mostra que foram encaminhadas várias questões relevantes para a reavaliação desta EC, que tinha previsão de acontecer a cada cinco anos. Entre as questões estavam a confirmação dos percentuais de participação das três esferas no financiamento do SUS; critérios de rateio dos recursos da União destinados aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios, bem como dos estados destinados aos respectivos municípios; e as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União.

Além dessas questões, também existia a falta de clareza da definição de ASPS, talvez a mais importante, a que justificasse a necessidade dessa regulamentação. Entendia-se que a denominação utilizada deveria ser “financiamento das ações e serviços do SUS” no lugar da expressão “ASPS”, já que esta foi utilizada na EC nº 29, sem definir o que estava incluído no conceito.

Para sanar esta distorção, o Conselho Nacional (CNS) até tentou definir o que estaria incluído como “ASPS”, através da resolução 322/2003, mas nem todos os gestores e envolvidos reconheceram a resolução. Em razão da falta de definição validada pelo ato normativo do alto Poder Executivo Federal, gestores de determinadas esferas de governo incluíam no percentual de gastos, como ASPS, ações que não deveriam estar em seu escopo. A base de cálculo para a correção do valor dos recursos federais que deveriam ser investidos, entre outras questões, também geraram muitas contestações pela falta de regulamentação da EC.29.

De acordo com a Resolução nº 322 para o cumprimento da EC 29, são consideradas despesas com ASPS

[...] com a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, como os seguintes:

I – vigilância epidemiológica e controle de doenças;

II – vigilância sanitária;

III – vigilância nutricional, controle de deficiências nutricionais, orientação alimentar e a segurança alimentar promovida no âmbito do SUS;

IV – educação para a saúde;

V – saúde do trabalhador;

VI – assistência à saúde em todos os níveis de complexidade;

VII – assistência farmacêutica;

VIII – atenção à saúde dos povos indígenas;

IX – capacitação de recursos humanos do SUS;

X – pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em Saúde, promovidos por entidades do SUS;

XI – produção, aquisição e distribuição de insumos setoriais específicos, tais como medicamentos, imunobiológicos, sangue e hemoderivados, e equipamentos;

XII – saneamento básico e do meio ambiente, desde que associado diretamente ao controle de vetores, a ações próprias de pequenas comunidades ou em nível domiciliar, ou aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), e outras ações de saneamento a critério do Conselho Nacional de Saúde;

XIII – serviços de saúde penitenciários, desde que firmado termo de cooperação específico entre os órgãos de saúde e os órgãos responsáveis pela prestação dos referidos serviços; (Brasil, 2018)

A Resolução nº 322, ainda intensifica o critério do sistema de base móvel, do cálculo com base no orçamento do ano imediatamente anterior, esclarece a definição do conceito de Ações e Serviços Públicos de Saúde e o que não deve ser incluído como gastos em saúde. O Conselho Nacional de Saúde, por meio desta Resolução, materializou os princípios que foram sancionados na Lei complementar nº 141. A sua primeira versão foi editada em 04 de abril de 2002 com o número 316, contudo não foi homologada pelo então ministro da Saúde da época. Sendo assim, em 2003, o CNS apresentou a Resolução novamente para o novo ministro de Estado da Saúde, Humberto Costa, que a homologou e publicou com o número 322, tornando-a, assim, ato normativo com efeitos jurídicos. (BRASIL, 2003)

Tabela 3: Execução orçamentária em ações e serviços públicos de saúde. Ministério da Saúde, 2000 a 2004 e estimativa para 2005. Em R\$ bilhões correntes

	(a)	(b)	Base Fixa (c) ¹	Base Móvel (d) ²
2000	20,4	20,4	19,3	19,3
2001	22,5	22,5	21,8	23,1
2002	24,9	24,9	23,8	25,1
2003	27,2	26,8	26,7	28,2
2004	32,7	31,9	30,8	32,6
2005	36,8	35,7	34,9	37,2

Fonte: Ribeiro et al. (2011) apud SIAFI/SIDOR

¹ Na abordagem "Base Fixa", o percentual de variação do PIB nominal é aplicado sobre o valor mínimo de recursos calculado para o ano anterior

² Na abordagem de "Base Móvel", o percentual de variação do PIB nominal é aplicado sobre o volume de recursos executado no ano anterior, exceto quando este for inferior ao piso mínimo calculado.

De acordo com a Tabela 3, ao observar os gastos sob o conceito de Ações e Serviços Públicos de Saúde, utilizado na coluna b, com o piso calculado de acordo com o critério de "base fixa", na coluna c, percebe-se que a Emenda teria sido cumprida sem dificuldade, excetuando o exercício de 2003, quando a execução foi apertada mesmo sob o piso menor obtido a partir da "base fixa". Contudo, observando a coluna d, o resultado é muito diferente ao utilizar o critério de "base móvel". (RIBEIRO et al., 2011)

4.2.2 Lei complementar 141

Embora não tenha contemplado todas as reivindicações feitas pelos gestores e movimentos sociais, a regulamentação da Emenda Constitucional foi

sancionada pela Presidência da República em 13 de janeiro de 2012. Mesmo não tendo atendido a proposta de aumentar o financiamento por parte da União, a sua regulamentação foi relevante, pois validou o conceito de ASPS, conforme previsto na Resolução nº 322. (BRASIL, 2012)

Além disso, a regulamentação estabeleceu que os recursos cancelados que estavam contabilizados no percentual mínimo para cumprimento da lei devem ser repostos no ano seguinte, compensando a diferença. Portanto, o ente federativo terá que aplicar o percentual mínimo do ano corrente acrescentando o que deixou de aplicar do ano anterior em ações de serviços públicos de saúde. (BRASIL, 2012)

Entretanto, nos últimos anos, tem-se observado um aumento do volume de despesas pendentes de liquidação e/ou pagamento, sendo que parte delas pode ser cancelada nos exercícios financeiros subsequentes. Segundo o Conselho de Secretários Municipais de Minas Gerais, no estado em questão, os restos a pagar estão sendo um dos principais temas debatidos nas audiências públicas da comissão de saúde da Assembleia Legislativa de Minas Gerais, nos conselhos de secretários municipais de Saúde (COSEMS/MG) e nas próprias instituições de Saúde vinculadas à Secretaria Estadual de Saúde, por estar gerando impacto negativo ao cumprimento das ações de Saúde. (COSEMS/MG, 2018)

Para Piola (2013), a regulamentação da EC nº 29 seria uma possibilidade de aumentar o investimento no SUS. Além de adotar requisitos mais rigorosos, no caso do não cumprimento, ainda acreditava-se que a participação da União poderia ser maior, já que tinha sido aumentada a carga tributária total em favor da União. Além disso, esperava que o critério de vinculação do gasto do governo federal relativa da saúde passaria a ser calculada no percentual da receita tributária, assim como é feito nos estados e municípios. Porém essa a alteração não foi aprovada e, de acordo com a LC nº 141, no que refere ao recurso mínimo aplicado no caso da União, no art. 5º:

A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual [...] (BRASIL, 2012)

No parágrafo 2º desse mesmo artigo, a lei diz ainda que se variação do PIB for negativa, o valor aplicado não poderá ser reduzido, em termos nominais, de um exercício financeiro para o outro. (BRASIL, 2012)

Já no caso dos estados, objetivo específico do presente estudo, o art. 6º fala que:

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. 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. (BRASIL, 2012)

Nesse sentido, para as ações e serviços públicos de saúde, os estados têm que destinar pelo menos 12% da arrecadação do Imposto sobre a Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS), do Imposto de Transmissão Causa Mortis (ITCM), do Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotivos (IPVA) e das transferências constitucionais feitas pela União, deduzidas as parcelas destinadas aos respectivos municípios, nos termos dos artigos. 157 e 159, I, “a” e II. Também se considera para base de cálculo, conforme o artigo 9º,

Qualquer compensação financeira proveniente de impostos e transferências constitucionais previstos no § 2º do art. 198 da Constituição Federal, já instituída ou que vier a ser criada, bem como a dívida ativa, a multa e os juros de mora decorrentes dos impostos cobrados diretamente ou por meio de processo administrativo ou judicial. (BRASIL, 2012)

A Lei complementar nº 141/2012 também validou o conceito de ASPS, um dos principais questionamentos que mais justificou a necessidade da regulamentação da EC nº29. Para esta Lei, de acordo com art. 3º, são consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde:

- 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)

Embora, em seu conceito amplo, a Saúde esteja relacionada como determinantes e condicionantes, como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, atividade física, transporte, lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, entre outros, esses condicionantes e determinantes não são consideradas “Ações e Serviços Públicos de Saúde” para efeito da aplicação do percentual mínimo estabelecido na LC nº 141.

O art. 4º da Lei Complementar nº 141 cita que não são consideradas como ações e serviços públicos de saúde, para fins de apuração dos percentuais mínimos de que trata esta Lei Complementar, as seguintes ações:

- 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)

Vale ressaltar que a Lei complementar 141/12 estabelece em seu artigo 24, inciso II, que somente poderão ser consideradas as despesas empenhadas, liquidadas ou não, inscritas em Restos a Pagar até o limite das disponibilidades de caixa ao final do exercício, consolidadas no Fundo de Saúde, para a implicação do cálculo dos recursos mínimos a serem aplicados nas ações e serviços públicos de Saúde. (BRASIL, 2012)

Após a publicação da LC nº 141/2012, o Ministério da Saúde, responsável pela direção nacional do Sistema Único de Saúde, tornou-se também responsável pelo monitoramento e avaliação da aplicação dos recursos mínimos no SUS, de acordo com o cumprimento à determinação constitucional. Embasado nos dados enviados ao Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops), a União poderá aplicar sanções compreendendo a adoção de medida drástica da intervenção ao ente federativo que não destinar o mínimo de recursos previstos em ações e serviços públicos de Saúde (12% para estados e Distrito Federal e 15% para municípios). (BRASIL, 2012)

Ainda sobre as sanções no descumprimento do percentual estabelecido nesta LC nº 141/2012, a Seção IV que trata da Fiscalização da Gestão da Saúde estabelece:

(...) § 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 capítulo V que se refere as Disposições Finais e Transitórias também determina sanções nos caso de descumprimento de investimento do percentual em ASPS, de acordo com a LC nº141:

[...] Art. 46. As infrações dos dispositivos desta Lei Complementar serão punidas segundo o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), a Lei nº 1.079, de 10 de abril de 1950, o Decreto-Lei nº 201, de 27 de fevereiro de 1967, a Lei nº 8.429, de 2 de junho de 1992, e demais normas da legislação pertinente [...] (BRASIL, 2012)

Entre os crimes definidos nesta Lei nº 1.079 de abril de 1950 estão os que são passíveis da pena de perda do cargo, com inabilitação, até cinco anos, para o exercício de qualquer função pública entre outros.

O Brasil passou a manter informações sobre a execução das despesas com saúde pública de forma regular a partir da criação do Siops que representa um banco de dados único no campo das políticas públicas no Brasil, considerando a sua amplitude e polivalência.(BRASIL, 2012)

5 TERMOS RELEVANTES PARA ANÁLISE DAS DESPESAS EM ASPS

Para assegurar o investimento mínimo na saúde, foram criadas legislações que determinam a aplicação mínima de recursos nas três esferas de governo e o que deve entrar no elenco das despesas em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), assim, faz-se necessário rever alguns conceitos considerados nas determinações legais, o que tem grande relevância na eficiência dessa análise.

No Brasil, o orçamento é de um comando misto. Isso quer dizer que ele tem o comando de caixa para as receitas e o de competência para as despesas. O seu princípio da anualidade atrela o gasto ao orçamento de um exercício financeiro, exigindo que uma despesa deva ser executada dentro do exercício financeiro no qual está previsto o orçamento vigente. No Brasil, o orçamento inicia em 1º de janeiro e encerra-se em 31 de dezembro, coincidindo com o ano civil.

Conforme a categoria econômica, as receitas são classificadas em receitas correntes e receitas de capital. As correntes são aquelas derivadas da arrecadação tributária, de contribuições, patrimonial, agropecuária, industrial, de serviços, entre outras e, ainda, as provenientes de recursos financeiros recebidos de outras pessoas de direito público ou privado, que tem a finalidade de atender as despesas classificadas como correntes. Já receitas de capital são as originadas dos recursos financeiros provenientes de constituição de dívidas, da conversão, em espécie, de bens e direitos, e dos recursos recebidos de outras pessoas, de direito público ou privado, destinados a atender às despesas de capital, assim como o superavit do orçamento corrente.

Ainda, conforme o artigo 57 da Lei nº 4.320 (1964), “ressalvado o disposto no parágrafo único do artigo 3º desta lei serão classificadas como receita orçamentária, sob as rubricas próprias, todas as receitas arrecadadas, inclusive as provenientes da operações de crédito, ainda que não previstas no Orçamento”. (Brasil, 1964)

De acordo com a Constituição de 1988, o Poder Executivo tem a responsabilidade de apresentar três leis orçamentárias nos prazos legais: PPA (PPAG em Minas gerais), que é Plano Plurianual ou Plano Plurianual de Ação Governamental, a Lei

de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA). Cabe aos outros órgãos e poderes independentes, que tem autonomia financeira, sua própria proposta orçamentária referente a sua instituição.

Estas leis são as diretrizes do planejamento orçamentário. O PPA é um planejamento de 4 anos, a LDO define as metas prioritárias e LOA as receitas e previsão do orçamento para o ano vigente. Quando as despesas do estado superam as receitas, ocorre-se um desequilíbrio nas contas. Neste sentido, a Lei complementar 141 em seu artigo 30 diz que:

Os planos plurianuais, as leis de diretrizes orçamentárias, as leis orçamentárias e os planos de aplicação dos recursos dos fundos de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios serão elaborados de modo a dar cumprimento ao disposto nesta Lei Complementar. (BRASIL, 2012)

Nas finanças públicas, gasto ou despesa é o emprego de recursos do Estado no custeio das atividades que desenvolve para a manutenção de suas instalações e equipamentos, prestação de serviços para a população ou realização de investimentos e outros gastos voltados para o desenvolvimento da economia. O custo é igualmente um gasto, porém envolve o valor de tudo que é necessário para a produção (bens e serviços), para a fabricação de um produto ou execução de um serviço.

De acordo com Lei nº 4.320 (1964), as despesas passam por 3 fases: empenho, liquidação e o pagamento. O empenho de despesa é uma reserva do orçamento para garantir o pagamento da mercadoria ou serviço prestado. A liquidação é a entrega da mercadoria ou serviço prestado, requisito obrigatório para que haja o pagamento que é onde se encerra a realização da despesa.

Contudo, quando as despesas são empenhadas, mas não pagas até o dia 31 de dezembro, tornam-se restos a pagar, distinguindo-se as processadas das não processadas. As despesas são inscritas como restos a pagar processados (RPP) quando os bens ou serviços já foram entregues e aceitos, mas o pagamento ao credor ainda não foi efetuado, o que significa que já tinham sido liquidadas. Também, são inscritas como restos a pagar não processados (RPNP), ao final do exercício financeiro, as despesas que tinham sido apenas empenhadas. Conforme a Lei 4.320 (1964), a inscrição de restos

a pagar é uma receita extra orçamentária. Isso garante que ela seja incluída como despesa orçamentária no exercício seguinte. (BRASIL, 1964)

Neste sentido, a Lei Complementar nº 101, que estabelece as normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal, diz:

A responsabilidade na gestão fiscal pressupõe a ação planejada e transparente, em que se previnem riscos e corrigem desvios capazes de afetar o equilíbrio das contas públicas, mediante o cumprimento de metas de resultados entre receitas e despesas e a obediência a limites e condições no que tange a renúncia de receita, geração de despesas com pessoal, da seguridade social e outras, dívidas consolidada e mobiliária, operações de crédito, inclusive por antecipação de receita, concessão de garantia e inscrição em restos a pagar. (BRASIL, 2000)

É importante lembrar que o gasto público em saúde pode ser considerado como gasto do órgão responsável pela política de saúde em cada esfera de governo ou gasto na função saúde. Nesse caso, a classificação funcional da despesa é formada por funções e subfunções, tendo o objetivo de mostrar em quais áreas a ação governamental será realizada. Esta é uma classificação independente dos programas do orçamento, sendo de aplicação comum e obrigatória para todos os entes federativos. (VIEIRA & PIOLA, 2016)

Como já visto nas seções anteriores, a descentralização das políticas públicas aumentaram as responsabilidades dos entes subnacionais e, também, os seus gastos. Os estados se responsabilizaram por funções sem que estivessem completamente preparados, pois a entrada de recursos financeiros não era proporcional aos gastos. Isso colaborou para que os estados fizessem contratação de operações de crédito para financiar suas atividades.

Segundo Couto e Silva (1998) *apud* Lima et al. (2002), nos anos 90 houve retrocesso no processo de transformação nos arranjos entre os entes federativos, no que se refere à descentralização dos recursos fiscais e financeiros, afirmada na Constituição de 1988. O pacto firmado na Carta Magna dava autonomia aos governos estaduais no campo fiscal; discriminando as receitas tributárias de cada nível de governo; aumentando da participação dos governos subnacionais na carga tributária. A concentração do Orçamento Geral da União, dos recursos previstos para o financiamento da Seguridade gerou desequilíbrios financeiros dos governos subnacionais. Os autores afirmam ainda

que a dificuldade de manutenção do processo de descentralização se refere à fragilidade da base de sustentação fiscal dos estados, pois essa fragilidade é indissociável do ajuste fiscal.

Igualmente aos entes federativos, a situação de Minas Gerais foi se agravando com a descentralização das políticas públicas, pois a obrigação de ofertar os serviços públicos não foi proporcional à arrecadação dos impostos, pelas razões abaixo mencionadas por Viana et al. (2002):

a previsão de aumento da participação das instâncias subnacionais nos fundos de participação não se efetivou, decaindo, entre 1988 e 1996, de 21% para 15% a sua participação na receita tributária da União, uma vez que os tributos partilhados – Imposto de Renda (IR) e Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) – não acompanharam a evolução desta receita; b) os estados perderam autonomia, em razão dos seus níveis crescentes de endividamento; c) os recursos da seguridade foram contingenciados (primeiro, no período inflacionário, através dos atrasos na liberação; segundo, após a estabilização, pela criação do Fundo Social de Emergência e posterior Fundo de Estabilização Fiscal), tornando a seguridade uma variável de ajuste do processo de estabilização. (Viana et al., 2002, p. 497)

Affonso (2003) afirma que nas atribuições e prestação de serviços de cada ente federativo, principalmente no que se refere aos municípios, o processo de descentralização foi feita por um modelo desordenado, pois não seguiu a previsão e rigor da redistribuição de competências e receitas tributárias. As desigualdades regionais, tanto nos aspectos econômico e padrão de financiamento público quanto a capacidade de gestão e disponibilidade de recursos humanos, tornaram-se grandes desafios para articular e formalizar a função de cada ente federativo

De acordo com Piancastelli e Boueri (2008) *apud* Paiva (2018), a situação dos estados se agravaram ainda mais na época do plano real. Alguns desses entes federativos não conseguiram cumprir com as suas obrigações e até houve ameaças de interrupção dos seus serviços básicos nesse período. Na tentativa de resolver esta situação, foram feitas a renegociações das dívidas com autorização de linhas de crédito para amortecer as finanças dos governos subnacionais. Mas, de acordo com os autores, esta alternativa não foi eficaz.

Como forma de controlar finanças e tentar afeiçãoar uma previsão ao orçamento, o governo federal aprovou a LRF (Lei de Responsabilidade Fiscal). Contudo, a lei não foi uma solução para o problema do déficit e da dívida pública. A situação dos estados ainda era delicada. Em decorrência da situação que se encontrava, o Rio de Janeiro decretou, em 2016, estado de calamidade fiscal e Minas Gerais decretou calamidade financeira no mesmo ano. (PAIVA, 2018)

A análise da evolução dos gastos públicos com saúde pelo Estado de Minas Gerais desenvolvida na próxima seção foi elaborada de acordo com os dados retirados do Portal da Transparência do Estado de Minas Gerais e do Siops.

6 ANÁLISE DOS INVESTIMENTOS PÚBLICOS NA SAÚDE PELO ESTADO DE MINAS GERAIS

Nas tabelas 4, 5 e 6 são apresentadas a taxa de crescimento das despesas executadas, percentual das despesas executadas e despesas per capita na função saúde. Todos os dados foram deflacionados pelo IGP-DI de Dezembro de 2018.

Tabela 4: Despesas executadas na função saúde - valores atualizados pelo IGP-DI: dez. 2018 =100 - (R\$1 milhão) - Minas Gerais

Ano	Valor Empenhado (1)=(2)+(3)	Valor Liquidado (2)=(4)+(5)	Valor não liquidado (3)	Valor Liquidado Pago (4)	Liquidado não pago (5)
2013	9.007,83	7.739,89	1.267,94	6.505,90	1.233,99
2014	11.083,00	10.158,68	924,32	8.980,00	1.178,68
2015	12.055,11	10.109,98	1.945,13	9.549,65	560,32
2016	11.216,41	9.235,86	1.980,55	8.063,34	1.172,52
2017	11.792,67	8.927,69	2.864,98	7.590,37	1.337,32
2018	10.154,59	8.620,84	1.533,75	7.142,92	1.477,91
Tx.Cresc. 2013/18	2,04	0,20	12,47	-0,60	5,77

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados do Portal da Transparência do Estado de Minas Gerais.

Na Tabela 4, percebe-se uma enorme diferença no valor não liquidado em relação ao que foi empenhado. Apesar disso, não se pode dizer que houve uma tendência linear de crescimento em relação aos anos de 2013 a 2018, pois no período de 2014 a 2018 as despesas não liquidadas apresentaram valores menores do que os dos respectivos anos anteriores. Mas, ao observar as despesas dos anos de 2014 a 2017, percebe-se que houve um tendência de crescimento dos valores não liquidados. Já 2015 foi o ano com maior valor das despesas liquidadas pagas, assim como menor valor liquidado não pago.

Contudo, essa análise mostra que nos anos de 2013 a 2018, a média de crescimento das despesas liquidadas na função saúde foi de apenas 0,20 (milhões), enquanto as despesas não liquidadas cresceram 12,47 (milhões). Ainda mostra uma média de crescimento de 5,77 milhões de despesas liquidadas e não pagas.

Tabela 5: Distribuição percentual das despesas executadas na função saúde - Minas Gerais

Ano	Valor Empenhado (1)=(2)+(3)	Valor Liquidado (2) =(4) + (5)	Valor não liquidado (3)	Valor Liquidado Pago (4)	Liquidado não pago (5)
2013	100,00	85,92	14,08	84,06	15,94
2014	100,00	91,66	8,34	88,40	11,60
2015	100,00	83,86	16,14	94,46	5,54
2016	100,00	82,34	17,66	87,30	12,70
2017	100,00	75,71	24,29	85,02	14,98
2018	100,00	84,90	15,10	82,86	17,14
Tx. Cresc. 2013/18	---	-1,86	10,43	-0,76	5,59

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados do Portal da Transparência do Estado de Minas Gerais.

A mesma observação foi revelada na Tabela 5, que calculou a taxa de crescimento na distribuição percentual das despesas na função saúde. A média de crescimento de maior percentual foi as despesas não liquidadas e as liquidadas e não pagas, enquanto decresceram os valores liquidados e os valores liquidados pagos.

Tabela 6. Despesas per capita executadas na função saúde - valores atualizados pelo IGP-DI: dez. 2018=100 - Minas Gerais

Ano	Valor Empenhado (1)=(2)+(3)	Valor Liquidado (2)=(4)+(5)	Valor não liquidado (3)	Valor Liquidado Pago (4)	Liquidado não pago (5)
2013	437,41	375,84	61,57	315,92	59,92
2014	534,53	489,95	44,58	433,10	56,85
2015	577,65	484,45	93,21	457,60	26,85
2016	534,18	439,85	94,32	384,01	55,84
2017	558,38	422,72	135,66	359,40	63,32
2018	482,62	409,72	72,89	339,48	70,24
Tx. Cresc. 2013/18	1,56	-0,31	11,98	-1,10	5,29

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados do Portal da Transparência do Estado de Minas Gerais e nos dados de população estimada obtida do IBGE.

Na Tabela 6, sobre a taxa de crescimento das despesas per capita executadas na função saúde, também não foi revelada grande diferença em relação aos outros resultados das tabelas 4 e 5. Esta análise mostra que o usuário está ficando menos assistido na saúde, uma vez que a taxa de crescimento do valor per capita nos

serviços prestados apresenta déficit. O endividamento do serviço prestado per capita também é semelhante ao endividamento calculado nas outras variáveis.

As tabelas 7, 8 e 9 analisam a taxa de crescimento das despesas inscritas em restos a pagar, taxa de crescimento na distribuição percentual das despesas inscritas em restos a pagar e a taxa de crescimento nas despesas per capita inscritos em restos a pagar na função saúde. Os valores são atualizados pelo IGP-DI de dezembro de 2018.

Tabela 7: Despesas inscritas em restos a pagar na função saúde - valores atualizados pelo IGP-DI: dez. 2018=100 (R\$1 milhão) - Minas Gerais

Ano	Restos a Pagar Inscritos (1)=(2)+(3)=(4)+(5)	Processados (2)	Não Processados (3)	Pago no Ano (4)	A Pagar (5)
2013	1.082,69	590,96	491,73	720,15	362,54
2014	1.725,16	1.040,74	684,42	1.210,72	514,44
2015	1.755,60	1.198,62	556,98	720,27	1.035,33
2016	2.221,52	1.045,83	1.175,69	875,15	1.346,37
2017	3.457,42	1.762,14	1.695,28	948,11	2.509,31
2018	4.755,18	2.326,05	2.429,13	949,17	3.806,01
Tx. Cresc. 2013/18	27,77	23,76	32,73	2,41	47,92

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados do Portal da Transparência do Estado de Minas Gerais

A Tabela 7 mostra uma tendência crescente em todas as variáveis. Mas o que mais chama atenção é o enorme crescimento na dívida das despesas na função saúde, enquanto a taxa de crescimento de pagamento é quase insignificante. O crescimento dos restos a pagar não processados também é bem maior do que os restos a pagar processados.

Tabela 8: Distribuição percentual das despesas inscritas em restos a pagar na função saúde - Minas Gerais

Ano	Restos a Pagar Inscritos (1)=(2)+(3)=(4)+(5)	Processados (2)	Não Processados (3)	Pago no Ano (4)	A Pagar (5)
2013	100,00	54,58	45,42	66,51	33,49
2014	100,00	60,33	39,67	70,18	29,82
2015	100,00	68,27	31,73	41,03	58,97
2016	100,00	47,08	52,92	39,39	60,61
2017	100,00	50,97	49,03	27,42	72,58
2018	100,00	48,92	51,08	19,96	80,04
Tx. Cresc. 2013/18	---	-4,07	4,96	-25,37	20,15

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados do Portal da Transparência do Estado de Minas Gerais.

. Na Tabela 8, que mostra a taxa de crescimento na distribuição percentual das despesas inscritas em restos a pagar na função saúde, percebe-se que houve significativo decréscimo na taxa de valores dos restos a pagar que foram pagos, além dos restos a pagar processados

Tabela 9: Despesas per capita inscritas em restos a pagar na função saúde - valores atualizados pelo IGP-DI: dez. 2018=100 - Minas Gerais

Ano	Restos a Pagar Inscritos (1)=(2)+(3)+(4)+(5)	Processados (2)	Não Processados (3)	Pago no Ano (4)	A Pagar (5)
2013	52,57	28,70	23,88	34,97	17,60
2014	83,20	50,19	33,01	58,39	24,81
2015	84,12	57,44	26,69	34,51	49,61
2016	105,80	49,81	55,99	41,68	64,12
2017	163,71	83,44	80,27	44,89	118,81
2018	226,00	110,55	115,45	45,11	180,89
Tx. Cresc. 2013/18	27,29	23,22	32,25	1,92	47,44

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados do Portal da Transparência do Estado de Minas Gerais e nos dados de população estimada obtida do IBGE.

Semelhante ao que mostrou na Tabela 8, a Tabela 9 mostra uma média de crescimento de 47,44 na dívida pública per capita nas despesas inscritos em restos a pagar na função saúde, o endividamento per capita aumentou de 17,60 em 2013 para 180,89 em 2018.

Como, os restos a pagar não processados (RPNP) são aqueles que não passaram pelo processo de liquidação da despesa. Sendo que a liquidação é o estágio da despesa que demonstra que o serviço já foi prestado, nesse caso o serviço não foi prestado ao cidadão. Pois, em geral, houve um aumento na taxa de crescimento dos restos a pagar, sendo que os não processados apresentaram um aumento bem maior em relação aos restos a pagar processados. Além disso, a taxa de crescimento no endividamento foi a que mais cresceu

Nas tabelas 10, 11 e 12, a análise é sobre a taxa de crescimento nas despesas, na distribuição percentual e per capita nos valores (empenhado, liquidado, não

liquidado, liquidado pago e liquidado não pago) relacionadas às ASPS, conforme critério da LC 141/2012 com os valores atualizados pelo IGP-DI de dezembro de 2018.

Tabela 10: Despesas relacionadas às ASPS, conforme critério da LC 141/2012 - valores atualizados pelo IGP-DI: dez. 2018=100 (R\$1 milhão) - Minas Gerais

Ano	Valor Empenhado (1)=(2)+(3)	Valor Liquidado (2)=(4)+(5)	Valor não liquidado (3)	Valor Liquidado Pago (4)	Liquidado não pago (5)
2013	7.450,66	7.450,66	0,00	5.253,38	2.197,28
2014	7.519,10	7.519,10	0,00	5.521,76	1.997,35
2015	8.080,30	6.408,93	1.671,37	5.930,11	478,82
2016	7.576,52	5.719,37	1.857,15	4.683,63	1.035,75
2017	7.680,06	5.291,59	2.388,47	4.077,29	1.214,31
2018	5.226,39	4.051,09	1.175,30	2.778,75	1.272,34
Tx. Cresc. 2013/18	-5,10	-12,04	167,98	-12,37	-9,87

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados do Siops.

No que se refere ao crescimento das despesas empenhadas, liquidadas, não liquidadas, liquidadas pagas e liquidadas não pagas, relacionadas à ASPS, conforme critério da LC 141/2012, mostrada na Tabela 10, o valor não liquidado foi o que apresentou maior destaque, com uma média de crescimento de 167,98 milhões entre 2015 à 2018. Observa-se um crescimento negativo nas despesas liquidadas, assim como no liquidado pago, enquanto isso, as despesas liquidadas não pagas alcançaram uma média de crescimento de 2,17 milhões.

Tabela 11: Distribuição percentual das despesas relacionadas às ASPS, conforme critério da LC 141/2012 - Minas Gerais

Ano	Valor Empenhado (1)=(2)+(3)	Valor Liquidado (2)=(4)+(5)	Valor não liquidado (3)	Valor Liquidado Pago (4)	Liquidado não pago (5)
2013	100,00	100,00	0,00	70,51	29,49
2014	100,00	100,00	0,00	73,44	26,56
2015	100,00	79,32	20,68	92,53	7,47
2016	100,00	75,49	24,51	81,89	18,11
2017	100,00	68,90	31,10	77,05	22,95
2018	100,00	77,51	22,49	68,59	31,41
Tx. Cresc. 2013/18	---	-6,97	75,29	-0,33	2,17

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados do Siops.

A média de crescimento na distribuição percentual das despesas relacionadas à ASPS, mostrada na Tabela 11, também apresenta destaque maior no crescimento das despesas relacionadas aos valores não liquidados, que apresentou uma média de 75,29%. Já, os valores liquidados e liquidados não pagos apresentam média negativas de crescimento.

Tabela 12: Despesas per capita relacionadas às ASPS, conforme critério da LC 141/2012 - valores atualizados pelo IGP-DI: dez. 2018=100 (R\$1 milhão) - Minas Gerais

Ano	Valor Empenhado (1)=(2)+(3)	Valor Liquidado (2)=(4)+(5)	Valor não liquidado (3)	Valor Liquidado Pago (4)	Liquidado não pago (5)
2013	361,80	361,80	0,00	255,10	106,70
2014	362,64	362,64	0,00	266,31	96,33
2015	387,19	307,10	80,09	284,16	22,94
2016	360,83	272,38	88,45	223,06	49,33
2017	363,65	250,55	113,09	193,06	57,50
2018	248,39	192,54	55,86	132,07	60,47
Tx. Cresc. 2013/18	-5,55	-12,52	98,61	-12,85	-10,35

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados do Siops e na população estimada disponível no IBGE. *valores ocorridos até o 5º bimestre.

A Tabela 12, por sua vez, apresenta a taxa de crescimento das despesas per capita relacionadas às ASPS, conforme critério da LC 141/2012. No que se refere ao valor das despesas empenhadas, liquidadas, liquidadas pagas e não pagas, a média de crescimento foi negativa. Enquanto isso, houve um crescimento médio de 98,61 milhões nas despesas não liquidadas

As tabelas 13 e 14 mostram a taxa de crescimento na receita e despesa própria, bem, como a taxa de crescimento per capita na receita própria e despesas em ASPS financiadas com recursos próprios (receita, despesas, aplicação percentual ASPS, despesas inseridas em restos a pagar, despesas efetivamente pagas e o percentual das receitas em ASPS, excluídos os restos a pagar), conforme critério da LC 141/2012 com valores atualizados pelo IGP-DI de dezembro de 2018.

Tabela 13: Receita própria e despesas em ASPS financiadas com recursos próprios, conforme critério da LC 141/2012 - valores atualizados pelo IGP-DI: dez. 2018=100 (R\$1 milhão) - Minas Gerais

Ano	Receita Própria	Despesa financiada com recursos próprios	Aplicação da receita própria em ASPS (%)	Despesa inserida em restos a pagar	Despesa efetivamente paga	Aplicação da receita própria em ASPS excluídos restos a pagar (%)
	(1)	(2)	(3)=(2)/(1)	(4)	(5)=(2)-(4)	(6)=(5)/(1)
2013	47.316,70	5.813,34	12,29	n.d.	n.d.	n.d.
2014	48.895,03	5.940,87	12,15	n.d.	n.d.	n.d.
2015	46.991,42	5.778,28	12,30	1.335,78	4.442,51	9,45
2016	47.236,83	5.847,05	12,38	1.523,20	4.323,85	9,15
2017	51.000,19	6.167,24	12,09	1.081,23	5.086,01	9,97
2018	51.150,61	4.051,09	7,92	n.d.	n.d.	2018
Tx. Cresc. 2013/18	1,49	-4,81	-6,29	---	---	

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados do Siops.
n.d.: dados não disponíveis.

De acordo com os resultados apurados na Tabela 13, houve pequeno aumento médio no crescimento, sem grandes variações na receita própria, despesa financiada com recursos próprios em ASPS. Entretanto, os resultados mostram um crescimento negativo no percentual aplicado em ASPS. Mostra também uma diferença significativa no percentual aplicado em 2018 que foi muito abaixo do percentual exigido pela EC. nº 141.

Tabela 14: Receita própria per capita e despesas per capita em ASPS financiadas com recursos próprios, conforme critério da LC 141/2012 - valores atualizados pelo IGP-DI: dez. 2018=100 - Minas Gerais

Ano	Receita Própria	Despesa financiada com recursos próprios	Aplicação da receita própria em ASPS (%)	Restos a pagar	Despesa efetivamente paga	Aplicação da receita própria em ASPS excluídos restos a pagar (%)
	(1)	(2)	(3)=(2)/(1)	(4)	(5)=(2)-(4)	(6)=(5)/(1)
2013	2.297,67	282,29	12,29	n.d.	n.d.	n.d.
2014	2.358,19	286,53	12,15	n.d.	n.d.	n.d.
2015	2.251,72	276,88	12,30	64,01	212,87	23,12
2016	2.249,63	278,46	12,38	72,54	205,92	26,05
2017	2.414,83	292,02	12,09	51,20	240,82	17,53
2018	2.431,04	192,54	7,92	n.d.	n.d.	n.d.
Tx. Cresc. 2013/18	1,00	-5,29	-6,29	---	---	---

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados do Siops.
n.d.: dados não disponíveis.

A taxa de crescimento na receita e despesa própria per capita em ASPS financiadas com recursos próprios, apresentada na Tabela 14, também não teve grandes variações. A aplicação da receita própria em ASPS excluindo os restos a pagar apresenta um percentual menor em 2017 e maior percentual de restos a pagar em 2016. Contudo, mesmo com a falta de dados nos restos a pagar nas despesas aplicadas em ASPS referentes aos anos de 2013 e 2014, percebe-se o aumento nos restos a pagar e, nos valores das despesas financiadas com recurso próprio, valores pouco acima do percentual mínimo que deve ser aplicado em ASPS.

De acordo com os dados do Siops, no Quadro 2, o Estado de Minas gerais não cumpriu com a Lei complementar nº141 de 2012 no ano de 2018. O total da receita realizada sobre impostos e transferências constitucionais e legais vinculadas em 2018 foi de R\$ 50.100.335.830,39. Para o cumprimento do percentual mínimo das despesas em ASPS, o Estado deveria ter investido um total de R\$ 6.012.040.299,64. No entanto, o valor empenhado foi de R\$ 5.119.077.275,06, o liquidado de R\$ 3.967.909.900,37. Ficando, assim, um valor de R\$ 1.151.167.374,69 de restos a pagar não processados, sem ter disponibilidade financeira de caixa ao final do exercício.

Quadro 2: Cálculo das Despesas Próprias em Ações e Serviços Públicos de Saúde, Conforme LC 141/2012, aplicado pelo Estado até o 6º bimestre de 2018 – Valores Nominais

Itens	Cálculo das Despesas Próprias em Ações e Serv. Pub. de Saúde
Despesas com recursos de Impostos e Transferências Const. e Legais (XIX)*	5.119.077.275,06
(-) RPs não processados inscritos em 2018 sem disponibilidade financeira (XX)	1.151.167.374,69
Disponibilidade Financeira em saúde - 2018	0
Restos a Pagar Não Processados Inscritos em Saúde - 2018	1.151.167.374,69
(=) Despesas com Recursos Próprios por Fonte (XXI = XIX - XX)	3.967.909.900,37
% de Recursos Próprios aplicados em Saúde por Fonte (XXII = XXI / IV)	7,91
Despesa mínima a ser aplicada em ASPS** (XXIII = IV x 12% LC 141)	6.012.040.299,64
Despesa mínima a ser aplicada em ASPS (XXIV = IV x % Lei Orgânica ou Constituições)	N/A
Despesa mínima a ser aplicada em ASPS (XXV)	6.012.040.299,64
Limite não cumprido (XXVI)	-2.044.130.399,27

Fonte: SIIOPS(*) Informado na pasta de Despesa por Fonte e Restos a Pagar

1) O Percentual (%) na coluna "Cálculo da Desp Própria em Ações e Serv. Púb. De Saúde" é calculado da seguinte forma: linha "(=) Despesas com Recursos Próprios (XXII = XVIII - XIX - XX - XXI)" / "Receitas de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais Vinculadas à Saúde (IV = I + II + III)" X 100.

Vale ressaltar que a Lei complementar 141/12 estabelece em seu artigo 24,

inciso II, [...] para efeito do cálculo dos recursos mínimos a serem aplicados nas ações e serviços públicos de Saúde, serão consideradas as despesas empenhadas, liquidadas ou não, inscritas em Restos a Pagar até o limite das disponibilidades de caixa ao final do exercício, consolidadas no Fundo de Saúde. (BRASIL, 2012)

Neste sentido, o percentual investido pelo Estado de Minas Gerais em 2018 foi de apenas 7,91% nas despesas em ASPS.

Embora os dados do Siops tenham demonstrado o cumprimento da LC nº141 pelo Estado de Minas Gerais entre os anos de 2013 e 2017, escopo desta pesquisa, o TCE de Minas Gerais tem feito várias recomendações no que diz respeito aos restos a pagar.

De acordo com relatório do TCE-MG referente ao exercício de 2017, a SCCG/SEF publicou, em 30/1/18, o Demonstrativo das Receitas e Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde, referente ao período de janeiro a dezembro/2017, com total de despesas executadas de R\$ 5,709 bilhões. Sendo que, deste total, R\$ 3,642 bilhões foram liquidados no exercício e o restante (R\$ 2,067 bilhões) inscrito em RPN. Nesse período foi registrado um percentual de crescimento nominal de 6,49% nas despesas empenhadas com ASPS. Em 2017, entretanto, as despesas liquidadas, comparada a 2016/2017, apresentaram uma redução da ordem de 4,16%. (MINAS GERAIS, 2017)

Mas, em consultas realizadas no Armazém de Informações (SIAFI), foi relatado que a conta bancária escritural do Fundo Estadual de Saúde (FES), apresentou um saldo disponível de R\$ 81,457 milhões no encerramento do exercício, insuficiente para cobrir os valores de R\$ 2,067 bilhões no ano de 2017. Além disso, segundo o relatório, nos exercícios de 2015 e 2016, o Poder Executivo de Minas Gerais ainda apresentou insuficiência financeira de R\$ 10,568 bilhões, uma vez que as obrigações, no montante de R\$ 12,795 bilhões, eram superiores às disponibilidades existentes (de R\$ 2,227 bilhões). Mesmo com tudo

isso, também houve a inscrição de R\$ 5,930 bilhões de RPNP, resultando em um saldo negativo total de R\$ 16,499 bilhões.

Do total de R\$ 1.560.270.176,03 em RPNP de 2016, R\$ 1.056.474.780,37 foram liquidadas no exercício de 2017, equivalente a 67,71% das inscrições e pago R\$ 381.942.536,62 equivalente a 36,15%. Segundo o mesmo relatório mencionado anteriormente, ainda ficaram pendentes R\$ 437.786.804,56 que não foram liquidados e R\$ 1.112.319.048,34 a pagar. Observa-se, também, o montante de R\$ 66.088.591,07 de cancelamentos ocorridos em 2017, computados com ASPS no cálculo do percentual mínimo aplicado em 2016, virando uma aplicação obrigatória até o encerramento de 2018, conforme o estabelecido na LC/12 e no parecer prévio emitido pelo TCE/MG. (MINAS GERAIS, 2017)

Também foi relatado que os valores cancelados em 2017 deveriam ser aplicados em ASPS até o término do exercício de 2018. E que ainda restava um saldo devedor de R\$ 317.013.897,22 na movimentação dos RPP inscrito no ano de 2016.

Considerando as despesas empenhadas e inscritas RPNP diante da inexistência de disponibilidade financeira para acobertá-las, foi relatado pelo TCE/MG que o Estado de Minas Gerais investiu apenas um percentual de 7,71% em ASPS em 2017. (MINAS GERAIS, 2017)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O país e suas instituições políticas brasileiras passaram por muitas mudanças, desde suas criações até os dias atuais. Marcos importantes, como o Estado Novo, o regime militar e a Constituição de 1988 contribuíram para a caracterização do nosso modelo federativo. Mas, entre esses diferentes períodos marcantes vividos pelo Brasil, a Constituição de 1988 foi a que mais atendeu aos anseios sociais, de tal maneira que recebeu o nome de Constituição Cidadã.

A Constituição de 1988, em seu amplo texto constitucional firmou vários direitos fundamentais aos cidadãos brasileiros, entre esses a “Saúde como direitos de todos e dever do Estado”. Entretanto, na época de sua criação não foi assegurado o recurso financeiro que conseguisse garantir o direito à saúde a todos os brasileiros, de acordo com as diretrizes da sua Lei orgânica. Isso fez com que o Sistema Único de Saúde (SUS), desde a sua criação, passasse por vários mecanismos de financiamento.

Depois de muitas tentativas e mobilizações sociais que garantisse um aporte de recurso para a saúde pública, foi criada a Emenda Constitucional 29 (EC 29) no ano de 2000 e, em 2012, a lei complementar 141/2012, que asseguram a participação das três esferas de governo no financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde, a partir da definição de percentual mínimo de investimento anual de recursos. A lei complementar 141/2012 que regulamentou a EC 29, estabelece o que, de fato, deve ser considerado como despesas com ASPS (art. 3º) e relacionam quais são as despesas que não devem ser incluídas no cálculo para apuração dos percentuais mínimos em saúde exigidos, entre outros requisitos.

No entanto, na última década, tem-se observado um aumento do volume de despesas pendentes de liquidação e/ou pagamento, podendo parte delas ser cancelada nos exercícios financeiros subsequentes. E o mesmo está acontecendo no estado de Minas Gerais, em que os restos a pagar estão sendo um dos principais temas debatidos entre os atores envolvidos no Sistema único de Saúde deste ente federativo.

Neste sentido, a análise da evolução dos gastos públicos na saúde pelo Estado de Minas Gerais, desenvolvida neste estudo, comprovou que a questão do

financiamento do SUS ainda não está resolvida. Observou-se que não está havendo crescimento no investimento público na saúde por parte do Estado. Mesmo assim, foi revelado uma taxa crescente de restos a pagar, sendo que os restos a pagar não processados apresentaram um aumento bem maior em relação aos processados. Além disso, a taxa de crescimento no endividamento foi a que mais cresceu. Como, os restos a pagar não processados (RPNP) é o estágio da despesa que ainda não passou pelo processo de liquidação, ou ainda, que a mercadoria não foi entregue ou serviço não foi prestado, entende-se que o cidadão está tendo menos assistência no Sistema Único de Saúde pela falta de investimento.

Percebe-se que mesmo não constatando crescimento na despesa empenhada, há uma preocupação em geral de garantir o percentual mínimo exigido pela LC nº 141 no montante empenhado, com exceção do ano de 2018, cujo o valor empenhado foi de R\$ 5.119.077.275,06, enquanto deveria ser R\$ 6.012.040.299,64. Isso comprova que a Lei complementar nº 141 contribui para assegurar a aplicação do percentual mínimo na saúde, conforme é determinado, mas somente o cumprimento da lei não garante, de fato, que a assistência à saúde está sendo prestada.

A LC nº 141 estabelece que, para cumprimento dos recursos mínimos exigido a serem aplicados nas ações e serviços públicos de Saúde, serão consideradas as despesas empenhadas, liquidadas ou não, inscritas em Restos a Pagar até o limite das disponibilidades de caixa ao final do exercício, consolidadas no Fundo de Saúde. Por esse requisito, o valor de 1.151.167.374,69 das despesas não liquidadas pelo ente federativo de Minas Gerais no exercício de 2018 não puderam ser inscritas em restos a pagar, uma vez que não foi apresentado nenhum valor de disponibilidade de caixa para acobertar o valor das despesas não liquidadas.

Nessa mesma lógica, o TCE-MG fez várias observações, conforme o relatório das contas referente ao exercício de 2017. De acordo com este relatório, o Estado efetivamente não está cumprindo a LC nº 141, esta situação já vem acontecendo há alguns anos.

Neste sentido, a LC nº 141 estabelece que em caso de não cumprimento do percentual mínimo em ASPS, o Ministério da Saúde dará conhecimento à direção local do SUS e ao respectivo Conselho de Saúde, ou mesmo, 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.

Além disso, a União poderá aplicar sanções compreendendo a adoção de medida drástica de intervenção ao ente federativo que não destinar o mínimo de recursos previstos em ações e serviços públicos de Saúde. Ou até mesmo, aplicação de penalidades para o gestor responsável, como o de perda do cargo, com inabilitação, até cinco anos, para o exercício de qualquer função pública entre outros.

Portanto, é importante ressaltar que, para garantir a eficácia das políticas sociais, faz-se necessário que haja sempre pesquisas que avaliem estas políticas, com ações propositivas de melhorias, proporcionando informação útil que respaldem o processo da tomada de decisão, do mesmo modo, é imprescindível a permanência de controle social efetivo para fiscalizar no que tange ao propósito de cada política social.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, F. L., & FRANZESE, C. (2007). **Federalismo e políticas públicas**: O impacto das relações intergovernamentais no Brasil. In: M. F. Infante Araújo, L. Beira. (Org.). *Tópicos de Economia Paulista para Gestores Públicos (Vol.1)* (pp. 13–31). FUNDAP: São Paulo. Disponível em: <www.researchgate.net/publication/242213262_Federalismo_e_politicas_publicas_o_impacto_das_relacoes_intergovernamentais_no_Brasi>. Acesso em 25 de mar. de 2019.

AFONSO, José Roberto. Brasil: **Descentralização Fiscal e Avanço das Políticas Sociais**. Santiago, Chile: Cepal, jan. 2003 (Paper apresentado no XV Seminário de Política Fiscal da Cepal). Disponível em: <www.cepal.org/ilpes/noticias/paginas/2/11542/JRobertoAfonso.pdf>. Acesso em 20 de mar. 2019.

AFONSO, José Roberto; JUNQUEIRA, Gabriel G. O Federalismo Fiscal na organização do Estado Brasileiro pela Constituição de 1988. **Constituição de 1988: O Brasil 20 anos depois. Estado e Economia em Vinte Anos de Mudanças**, Volume IV, 7 de ou. 2008. Disponível em <www12.senado.leg.br/publicacoes/estudos-legislativos/tipos-de-estudos/outras-publicacoes/volume-iv-constituicao-de-1988-o-brasil-20-anos-depois.-estado-e-economia-em-vinte-anos-de-mudancas/do-sistema-tributario-nacional-o-federalismo-fiscal-na-organizacao-do-estado-brasileiro-pela-constituicao-de-1988>. Acesso em 17 de mar. 2019.

AFFONSO, R. **A Federação na encruzilhada**. Revista Rumos. Os caminhos do Brasil em debate, v.1, n.2, p.29-38, 1999. (Publicação da Comissão Nacional para as comemorações do V centenário do descobrimento do Brasil).

ARRETCHE, Marta. **Federalismo e democracia no Brasil**: a visão da ciência política norte-americana. São Paulo Perspec., São Paulo, v. 15, n. 4, p. 23-31, dez. 2001. Disponível em <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392001000400004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 12 mar. 2019.

ARRETCHE, Marta. **Federalismo e políticas sociais no Brasil**: problemas de coordenação e autonomia. São Paulo Perspec., São Paulo, v. 18, n. 2, p. 17-26, Jun. 2004. Disponível em <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392004000200003>. Acesso em 12 de mar. 2019.

ARRETCHE, Marta. **Federalismo e relações intergovernamentais no Brasil**: a reforma de programas sociais. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 3, p. 431-458, 2002. Disponível em <www.scielo.br/scielo.php?pid=S0011-52582002000300004&script=sci_abstract&tlng=es>. Acesso em 12 de mar. 2019.

ARRETCHE, Marta. **Relações federativas nas políticas sociais**. Educ. Soc., Campinas, v.23, n.80, p.25-48, Set. 2002. Disponível em <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0101-73302002008000003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em 12 de mar. 2019.

Botelho, Lygia de Andrade Machado. **Alocação equitativa de recursos no SUS: uma análise da experiência da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) e o Programa Saúde em Casa**. 2014. 141 f. Dissertação (Mestrado em Economia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2014. Disponível em <<https://tede2.pucsp.br/handle/handle/9229>>. Acesso em 25 de mar. 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O Financiamento da Saúde/Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O Financiamento da Saúde/Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011. 124p. Disponível em <www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_2.pdf>. Acesso em 4 de jun. 2018.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em <www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em 2 de junho de 2018.

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. Disponível em <www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LCP/Lcp141.htm>. Acesso em 2 de junho de 2018.

BRASIL. Lei nº 4320, de 17 mar. 1964. Normas Gerais do Direito Financeiro para a elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. Diário Oficial da União, Brasília, 17 mar. 1964. Disponível em <www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L4320.htm>. Acesso em 2 de junho de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Série Ecos. Economia da saúde para a gestão do SUS. **Financiamento público de saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/financiamento_publico_saude_eixo_1.pdf>. Acesso em 4 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2203, de 5 de novembro de 1996. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – SUS**. Disponível em <<http://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm>>. Acesso em 4 de jun. de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 95, 95, de 26 de janeiro de 2001. Dispõe sobre o financiamento do serviço de avaliação e acompanhamento às medidas terapêuticas aplicáveis ao paciente judiciário, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em <bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html>. Acesso em 02 de jun. 2018.

CARVALHO, Gilson. **A saúde pública no Brasil**. Estud. av., São Paulo, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013. Disponível em <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200002>. Acesso em 4 de jun. 2018.

CISLAGHI, J. F.; SOUZA, T. **O Financiamento do SUS: principais dilemas**. Anais do I Circuito de Debates Acadêmicos-Conferência do Desenvolvimento, Brasília, 2011. Disponível em <www.ipea.gov.br/code2011/chamada2011/pdf/area2/area2-artigo16.pdf>. Acesso em 12 de mar. 2019.

COUTO E SILVA. M. M. A. **O processo de endividamento dos Estados problemas e limites à descentralização e à autonomia**. Dissertação (Mestrado em Economia) - Instituto de Economia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.

FERNANDES, Ariane. COSEMS/MG apresenta série histórica e evolução da dívida estadual para com a saúde pública nos municípios mineiros em audiência pública na ALMG. **Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Minas Gerais-COSEMS/MG**, Belo Horizonte, 18 de jun. de 2018. Disponível em <www.cosemsg.org.br/site/index.php/todas-as-noticias-do-cosems/63-ultimas-noticias-do-cosems/1650-cosems-mg-apresenta-serie-historica-e-evolucao-da-divida-estadual-para-com-a-saude-publica-nos-municipios-mineiros-em-audiencia-publica-na-almg>. Acesso em 20 de junho de 2018.

FERREIRA, Fernando Guimarães. **O Federalismo Fiscal Brasileiro na Perspectiva da Imunidade Intergovernamental Recíproca**. Revista Estudos Legislativos, 2012, 6. Disponível em <http://submissoes.al.rs.gov.br/index.php/estudos_legislativos/issue/view/10>. Acesso em 30 de março de 2019.

FINKELMAN, Jacobo (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**/Organizado por Jacobo Finkelman. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. Disponível em <<http://books.scielo.org/id/sd/pdf/finkelman-9788575412848.pdf>>. Acesso em 20 de junho de 2018.

_____; FRANZESE, C. Federalismo e políticas públicas: o impacto das relações intergovernamentais no Brasil. In: ARAÚJO, M. F. I.; BEIRA, L. (Orgs.). Tópicos de economia paulista para gestores públicos, v.1. São Paulo: Edições FUNDAP, 2007. p. 13-31. Disponível em <<http://igepp.com.br/uploads/arquivos/tc-aula04-a-federalismo-abrucio-cibele-fls02-16.pdf>>. Acesso em 25 de mar. 2019.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GUAJARTI, Damodar N.; DAWN C., Porter. **Econometria básica**. 5. ed. Porto Alegre: AMGH, 2011.

IBRE - Instituto Brasileiro de Economia. **Índice Geral de Preços: Mercado**. Metodologia. Fundação Getúlio Vargas/IBRE. Rio de Janeiro, 2014.

LEVCOVITZ, Eduardo; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. **Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas**. Ciênc. saúde coletiva, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001. Disponível em <www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232001000200002&script=sci_abstract&tlng=pt/>. Acesso em 2 de junho de 2018.

MARQUES JÚNIOR, Liderau dos Santos; OLIVEIRA, Cristiano Aguiar de; LAGEMANN, Eugenio. **A política fiscal como um jogo entre união, estados e municípios no federalismo fiscal brasileiro**. Economic Analysis of Law Review, v.3, n.2, p.207-227, 2012. Disponível em <<http://repositorio.furg.br/handle/1/3324>>. Acesso em 13 de mar. 2019.

MARQUES, R. M. e MENDES, A. **Financiamento: a doença crônica da saúde pública brasileira**. Trabalho apresentado no V Encontro de Economia da Saúde. Abres – Associação Brasileira de Economia da Saúde. Instituto de Saúde Coletiva, UFBA, novembro de 1999.

MELO, Milena Petters. **Teoria da Constituição**: material didático da disciplina de Teoria da Constituição. Blumenau: Ambiente Virtual de Aprendizagem, CCJ, FURB, 2015. PDF.

MONTEIRO, L. de Castro *et al.* **Financiamento, descentralização e regionalização: transferências federais e as redes de atenção em Minas Gerais**. Brasil: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Departamento de Medicina Preventiva e Social, 2016.

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.

2018. Monografia de conclusão de Curso (Graduação em Administração Pública) – Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, Fundação João Pinheiro, 2018.

SERVO, L. M. *et al.* Financiamento e gasto público de saúde: histórico e tendências. *In*: MELAMED, C.; PIOLA, S. (Org.). **Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ipea, 2011.

SILVA, Mauro Santos. **Teoria do federalismo fiscal**: notas sobre as contribuições de Oates, Musgrave, Shah e Ter-Minassian. *Revista Nova Economia*, v.15, n.1, p.117-137, 2005. Disponível em <www.revistas.face.ufmg.br/index.php/novaeconomia/article/view/447/444>. Acesso em 17 de mar. 2019.

SOUZA, Celina. **Federalismo, desenho constitucional e instituições federativas no Brasil pós-1988**. *Revista de Sociologia e Política*, [s.l.], n. 24, p.105-121, jun. 2005. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em <www.scielo.br/scielo.php?pid=S010444782005000100008&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em 25 de mar. 2019.

STEPAN, Alfred. **Para uma nova análise comparativa do federalismo e da democracia**: federações que restringem ou ampliam o poder do Demos. *Dados* [online]. 1999, vol.42, n.2, pp. 197-25. Disponível em <www.scielo.br/scielo.php?pid=S0011-52581999000200001&script=sci_abstract&lng=es>. Acesso em 25 de mar. de 2019.

VIANA, A.L. d'Á.; LIMA, L.D.; OLIVEIRA, R.G. **Descentralização e federalismo**: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 493-507, 2002.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. **Implicações de decisões e discussões recentes para o financiamento do Sistema Único de Saúde**. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 187-199, June 2016. Disponível em <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000200187&lng=en&nrm=iso&lng=pt>. Acesso em 25 de mar. 2019.

VIEIRA, F. S.; PIOLA, S. F. **Restos a pagar de despesas com ações e serviços públicos de saúde da União**: impactos para o financiamento federal do Sistema Único de Saúde e para a 197 elaboração das contas de saúde. Texto para discussão do Ipea n. 2225. Brasília: Ipea, 2016. Disponível em <www.repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/6975/1/td_2225.pdf>. Acesso em 25 de mar. 2019.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. **Governança pública**. Disponível em <<https://portal.tcu.gov.br/governanca/governancapublica/governanca-no-setor-publico/>>. Acesso em 24 de nov. 2018.

TCU. Tribunal de Contas da União. **Referencial básico de governança aplicável a órgãos e entidades da administração pública.** Disponível em <www.portal.tcu.gov.br/governanca/governancapublica/governanca-no-setor-publico/>. Acesso em 24 de nov. 2018.