

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO
Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho

Guilherme dos Santos Amasilis

ANÁLISE DOS GASTOS PÚBLICOS DO GOVERNO DE MINAS GERAIS NA
FUNÇÃO SAÚDE ENTRE 2010 E 2020

Belo Horizonte

2021

Guilherme dos Santos Amasilis

ANÁLISE DOS GASTOS PÚBLICOS DO GOVERNO DE MINAS GERAIS NA
FUNÇÃO SAÚDE ENTRE 2010 E 2020

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

Orientador: Reinaldo Carvalho de Moraes

Belo Horizonte

2021

FICHA CATALOGRÁFICA (IMPRIMIR NO VERSO DA FOLHA DE ROSTO)

A486a Amasilis, Guilherme dos Santos.
Análise dos gastos públicos do governo de Minas Gerais na função saúde entre 2010 e 2020 [manuscrito] / Guilherme dos Santos Amasilis. – 2021.
[13], 132 f. : il.

Trabalho de conclusão de Curso (Graduação em Administração Pública) – Fundação João Pinheiro, Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, 2021.

Orientador: Reinaldo Carvalho de Moraes

Bibliografia: f. 122-132

1. Despesa pública – Minas Gerais. 2. Gastos Públicos – Saúde – Minas Gerais. 3. Sistema Único de Saúde (SUS) – Financiamento. I. Moraes, Reinaldo Carvalho de. II. Título.

CDU 336.5.02:614(815.1)

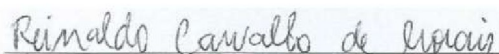
FOLHA DE APROVAÇÃO

Guilherme dos Santos Amasilis

ANÁLISE DOS GASTOS PÚBLICOS DO GOVERNO DE MINAS GERAIS NA FUNÇÃO SAÚDE ENTRE 2010 E 2020

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

Aprovada na Banca Examinadora



Professor Reinaldo Carvalho de Moraes (Orientador) – Fundação João Pinheiro



Professora Carla Carvalho Martins (Avaliadora) – Fundação Hemominas



Professor Silvio Ferreira Júnior (Avaliador) – Fundação João Pinheiro

Belo Horizonte, 30 de novembro de 2021

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho ao vovô Paulo, que já se foi; à mamãe, Inês, minha maior inspiração na vida; à minha sobrinha Clarinha, que chegou há pouco tempo; e à Biritinha, que me traz felicidade todos os dias. Amo vocês incondicionalmente.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, ao papai e à mamãe, por me proporcionarem todos os subsídios necessários durante toda minha trajetória acadêmica, me apoiando e incentivando de todas as formas possíveis. Sem o amparo incondicional de vocês, esse trabalho não estaria sendo entregue hoje. Agradeço, também, à minha irmã, por me dar suporte durante todo esse trajeto.

À Biritinha e à Lila, por me fazerem companhia nos longos dias de pesquisa e escrita. À Sol e à Amora que, mesmo (uns cômodos) distantes também me distraíam quando o cansaço batia à porta.

Aos colegas e amigos do CSAP, meu muito obrigado. A leveza que vocês trouxeram para o meu cotidiano foi essencial para a conclusão desse curso.

Aos amigos avindos de outros momentos e lugares, por compartilharem bons momentos, lembranças, alegrias e tristezas. Amo vocês.

Aos funcionários da Fundação João Pinheiro, por me receberem sempre com alegria e cordialidade. A falta que sentia da pessoalidade das relações típicas do interior eu encontrei em vocês.

Aos mestres, com carinho, pra mostrar pra vocês que eu não esqueço mais essa lição. Mais do que formação acadêmica, encontrei em vocês referências para minha formação enquanto pessoa.

Um agradecimento especial a meu orientador Reinaldo, que compreendeu meu jeito de trabalhar e me apoiou de todas as formas possíveis. Sua compreensão e disponibilidade foi essencial para que esse trabalho fosse finalizado.

RESUMO

No Brasil, a saúde é direito de todos e dever do Estado, sendo acessada por meio de um sistema universal de saúde – o SUS, Sistema Único de Saúde. As responsabilidades do SUS são compartilhadas pela União, estados, municípios e Distrito Federal, sendo cada um desses entes responsáveis por prestar determinados serviços, além de contribuir para seu financiamento. Nesse cenário, a EC 29 vinculou os gastos em saúde nos estados a 12% de seus recursos próprios, estabelecendo um mínimo constitucional a ser aplicado pelos governos estaduais em saúde. O presente trabalho se propõe a avaliar de que forma os recursos na função Saúde foram aplicados em Minas Gerais entre 2010 e 2020, a partir da análise da composição dos gastos sob a ótica da classificação das despesas públicas de acordo com suas subfunções, categorias econômicas e grupos de natureza de despesa. Adicionalmente, busca verificar de que forma a crise econômica iniciada em 2014, a crise fiscal dos estados intensificada a partir de 2015 e a crise sanitária de 2020 provocada pela pandemia de Covid-19 afetaram a composição dos gastos de saúde do governo mineiro. Os resultados mostraram que os dispêndios com a função aumentaram (em termos reais) em Minas Gerais, porém ainda se mantém muito próximos do mínimo constitucional exigido, o que se relaciona diretamente ao aumento dos gastos em saúde com o total de receitas arrecadadas. Com relação aos efeitos da recessão econômica, percebeu-se que essa pouco afetou o valor total aplicado por Minas Gerais em saúde, uma vez que o estado se manteve pouco acima do mínimo constitucional exigido e contou com certa estabilidade da receita no período. Além disso, pode-se destacar o aumento da participação das despesas correntes em detrimento das despesas de capital e; a estabilidade no gasto com pessoal, justificado pela não contagem das despesas com pessoal inativo da saúde. Já com relação à pandemia de Covid-19 também se percebeu um aumento dos gastos com despesas de custeio, juntamente a uma redução nas despesas de capital; e elevação expressiva dos gastos na subfunção Vigilância Epidemiológica.

Palavras-chave: Gastos Públicos. Classificação da Despesa Pública. Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS). Financiamento.

ABSTRACT

In Brazil, health care is a right of all people and a duty of the State and is accessed through a universal health care system - the SUS, Sistema Único de Saúde (Unique Health System). The responsibilities of the SUS are shared by the Union, states, municipalities and the Federal District, each of these entities being responsible for providing certain services and contributing to its financing. In this scenario, the EC 29 bounded the health spending in the states to 12% of their own resources, establishing a constitutional minimum to be applied by state governments in health. This study aims to evaluate how resources in the Health function were applied in Minas Gerais between 2010 and 2020, based on the analysis of the composition of spending from the point of view of the classification of public spending according to its sub-functions, economic categories and groups of nature of expenditure. Additionally, it seeks to verify how the economic crisis that began in 2014, the fiscal crisis of the states intensified from 2015, and the 2020 health crisis caused by the Covid-19 pandemic affected the composition of health expenditures of the Minas Gerais government. The results showed that spending on the function increased (in real terms) in Minas Gerais, but still remains very close to the constitutionally required minimum, which is directly related to the increase in health spending with the total revenues collected. With respect to the effects of the economic recession, it was noticed that this had little effect on the total amount applied by Minas Gerais in health, since the state remained just above the constitutional minimum required and had some stability in revenue during the period. Besides this, one can highlight the increased participation of operating expenses in detriment of capital expenses and; the stability in personnel expenses, justified by the non-counting of expenses with inactive health personnel. In relation to the Covid-19 pandemic, it was also possible to notice an increase in expenses with operating expenses, along with a reduction in capital expenditures; and a significant increase in expenditures with the Epidemiological Surveillance subfunction.

Keywords: Public Expenditure. Classification of Public Expenditure. Health. Unified Health System (SUS). Financing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1: Resultado Orçamentário de Minas Gerais entre 2010 e 2020 (valores a preços de 2020)	30
Gráfico 2: Evolução do total das despesas liquidadas em Minas Gerais entre 2010 e 2020 (valores a preços de 2020).....	32
Gráfico 3: Despesas em ações e serviços públicos de saúde no Brasil entre 2010 e 2017	50
Gráfico 4: Projeção das despesas em ações e serviços públicos de saúde, em bilhões correntes	51
Gráfico 5: Percentual de participação das cinco maiores funções no gasto público em Minas Gerais entre 2010 e 2020	73
Gráfico 6: Gastos com a função Saúde em Minas Gerais no período 2010 a 2020 (valores a preços de 2020).....	76
Gráfico 7: Percentual dos recursos próprios aplicados em ASPS por Minas Gerais e mediana do percentual aplicado pelos demais Estados (exceto Distrito Federal) no período 2010-2020	79
Gráfico 8: Despesa per capita dos estados com a função Saúde: 2010-2014, 2015-2019 e 2020	81
Gráfico 9: Taxa de variação das despesas com a função Saúde nos Estados: 2020 contra 2015-2019 e 2015-2019 contra 2010-2014	81
Gráfico 10: Despesas Correntes na função Saúde em Minas Gerais entre 2010 e 2020 (valores corrigidos a preços de 2020)	84
Gráfico 11: Despesas de Capital na função Saúde em Minas Gerais entre 2010 e 2020 (valores a preços de 2020).....	88
Gráfico 12: Gastos na função Saúde de acordo com o Grupo de Natureza de Despesa – governo de Minas Gerais entre 2010 e 2020 (valores a preços de 2020).....	94
Gráfico 13: Despesas empenhadas totais em Minas Gerais de acordo com o Grupo de Natureza de Despesa entre 2010 e 2020.....	96
Gráfico 14: Evolução do gasto público nas cinco maiores subfunções inscritas na função Saúde em Minas Gerais de 2010 a 2020 (valores a preços de 2020).....	101
Gráfico 15: Despesa per capita dos Estados com a subfunção Assistência Hospitalar e Ambulatorial: 2010-2014, 2015-2019 e 2020 (valores a preços de 2020).....	106
Gráfico 16: Taxa de variação das despesas com a subfunção Assistência Hospitalar e Ambulatorial nos Estados: 2020 contra 2015-2019 e 2015-2019 contra 2010-2014	

Gráfico 17: Gastos com pessoal na subfunção Administração Geral e nas demais subfunções para a função Saúde, entre 2010 e 2020.....	108
Gráfico 18: Despesa per capita dos Estados com a subfunção Atenção Básica: 2010-2014, 2015-2019 e 2020 (valores a preços de 2020).....	110
Gráfico 19: Taxa de variação das despesas com a subfunção Atenção Básica nos Estados: 2020 contra 2015-2019 e 2015-2019 contra 2010-2014	111
Gráfico 20: Despesa per capita dos Estados com a subfunção Vigilância Epidemiológica: 2010-2014, 2015-2019 e 2020 (valores a preços de 2020)	115
Gráfico 21: Taxa de variação das despesas com a subfunção Vigilância Epidemiológica nos Estados: 2020 contra 2015-2019 e 2015-2019 contra 2010-2014	115
Figura 1: Modelo de regionalização e seus níveis de atenção à saúde	40
Figura 2: Macro e Microrregiões de saúde de Minas Gerais	41
Quadro 1: Categorias econômicas das despesas e seus grupos.....	70

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Valor e taxa de crescimento da Receita Arrecadada e Despesas Empenhadas em Minas Gerais entre 2010 e 2020 (valores a preços de 2020).....	29
Tabela 2: Gasto em saúde entre 2008 e 2017 (R\$ bilhões constantes de 2017).....	49
Tabela 3: Participação dos gastos na função Saúde nos gastos totais do estado e no PIB do estado – 2010-2020 (valores a preços de 2020)	75
Tabela 4: Porcentagem de despesas liquidadas e pagas em relação às despesas empenhadas entre 2010 e 2020.....	77
Tabela 5: Porcentagem de participação das Categorias Econômicas nos gastos com a função Saúde em Minas Gerais entre 2010 e 2020	92
Tabela 6: Participação dos Grupos de Natureza de Despesa nos gastos com a função Saúde em Minas Gerais entre 2010 e 2020.....	98

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASPS – Ações e Serviços Públicos de Saúde

CF/88 – Constituição Federal de 1988

CGE/MG – Controladoria Geral do Estado de Minas Gerais

COPASA - Companhia de Saneamento de Minas Gerais

EBS – Estado de Bem Estar Social

EC – Emenda Constitucional

ESP – Escola de Saúde Pública

ENAP – Escola Nacional de Administração Pública

FEAL – Fundação Estadual de Assistência Leprocomial

FEAMUR – Fundação de Assistência Médica e de Urgência

FEAP – Fundação Educacional e de Assistência Psiquiátrica

FES – Fundo Estadual de Saúde

FHEMIG – Fundação Hospitalar de Minas Gerais

FNS – Fundo Nacional de Saúde

FUNED – Fundação Ezequiel Dias

HEMOMINAS – Centro de Hematologia e Hemoterapia do Estado de Minas Gerais

IPCA – Índice de Preços ao Consumidor Amplo

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

LC – Lei Complementar

LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias

LOA – Lei Orçamentária Anual

LRF – Lei de Responsabilidade Fiscal

NOAS - Norma Operacional da Assistência à Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAS – Programação Anual de Saúde

PES - Plano Estadual de Saúde

PIB – Produto Interno Bruto

PMDI – Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado

PPAG – Plano Plurianual de Ação Governamental

PSF – Programa Saúde da Família

RAG – Relatório Anual de Gestão

PDR-SUS/MG – Plano Diretor da Regionalização da Saúde de Minas Gerais

RCL – Receita Corrente Líquida

RREO – Relatório Resumido de Execução Orçamentárias

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
1.1	Justificativa.....	19
1.2	Objetivos	20
1.2.1	Objetivo Geral	20
1.2.2	Objetivos Específicos	20
1.3	Estrutura	20
2	GASTO PÚBLICO.....	22
2.1	Funções econômicas do Estado.....	22
2.2	Crescimento da despesa pública no Brasil	25
2.3	Gasto público em Minas Gerais	28
3	POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE	34
3.1	O Sistema Único De Saúde (SUS).....	34
3.2	Financiamento do SUS	41
3.3	Gasto público em Saúde no Brasil	48
3.4	Política pública de Saúde em Minas Gerais.....	52
3.4.1	Instrumentos de Planejamento.....	54
4	METODOLOGIA	65
4.1	Descrição e classificação da pesquisa	65
4.2	Classificação da despesa pública	67
4.2.1	Classificação Funcional.....	67
4.2.2	Classificação por Natureza da Despesa.....	68
4.2.3	Demais classificações	71
5	ANÁLISE DOS RESULTADOS	73
5.1	Gasto público na função Saúde.....	73
5.2	Gastos por Categoria Econômica.....	83

5.3	Gastos por Grupo de Natureza de Despesa.....	93
5.4	Gastos por Subfunção	99
5.4.1	Gastos na subfunção Assistência Hospitalar e Ambulatorial.....	101
5.4.2	Gastos na subfunção Administração Geral	107
5.4.3	Gastos na subfunção Atenção Básica.....	108
5.4.4	Gastos na subfunção Suporte Profilático e Terapêutico.....	112
5.4.5	Gastos na subfunção Vigilância Epidemiológica	114
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	117
	REFERÊNCIAS.....	122

1 INTRODUÇÃO

O conceito de saúde é definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como a ausência de doença ou enfermidade. No Brasil, a Constituição Federal de 1988 (CF/88) foi responsável pela ampliação de diversos direitos sociais, dentre os quais se encontram a saúde. O texto constitucional estabelece, em seu artigo 196, 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 sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, art. 196).

Ao atribuir a saúde enquanto um direito de todos e dever do Estado, a CF/88 determina que o acesso à saúde não ocorre por meio de contribuição ou pagamento, sendo garantido a todos os cidadãos brasileiros (MATTA, 2007).

Nesse cenário marcado pela universalidade do acesso, é importante observar como a demanda por serviços de saúde tem se comportado. Nas últimas décadas, o mundo vem passando por diversas alterações no contexto populacional. Dentre tais mudanças, destaca-se a transição demográfica, a qual é definida como a

(...) passagem de uma situação de baixo crescimento populacional, resultado de elevados níveis de natalidade e de mortalidade, a uma outra fase marcada pelo baixo crescimento ou estabilização ou crescimento negativo, em que natalidade e mortalidade são baixas (CASTIGLIONI, 2006 *apud* OLIVEIRA, 2019)¹.

Nesse sentido, o processo de transição demográfica é marcado, inicialmente, pelo aumento da quantidade de adultos e idosos em relação ao número de crianças e, posteriormente, pelo aumento do número de idosos em relação ao restante da sociedade. De acordo com Leone, Maia e Baltar (2010 *apud* MIRANDA; MENDES;

¹ CASTIGLIONI, A. A Revolução Grisalha. Revista Fluminense de Geografia, Rio de Janeiro, ano 2 jul/dez 2006.

SILVA, 2016, p. 508)¹ esse processo começou a ser observado no Brasil a partir da década de 1970. Aquele momento foi marcado pela intensificação da formação e povoamento de centros urbanos, o que levou à alteração do perfil populacional da sociedade. Essa, cuja constituição era previamente marcada pela presença de muitas famílias em zonas rurais, com elevadas taxas de morte na infância, passou a ser caracterizada pelo crescimento do número de famílias em áreas urbanas, juntamente com a redução do número de filhos por família.

Um dos principais efeitos da transição demográfica é o envelhecimento populacional. Com o aumento do número de adultos e idosos ocorre, também, o processo de transição epidemiológica, o qual é definido como a

(...) mudança do perfil de mortalidade, que passa de uma situação onde as principais causas de mortes são as doenças infecciosas e parasitárias, características de locais com baixos níveis de desenvolvimento econômico e social, para uma nova fase, em que as doenças típicas da velhice começam a ocupar uma posição cada vez mais intensa entre as enfermidades mais comuns (OLIVEIRA, 2015, p. 45 *apud* OLIVEIRA, 2019).

Nesse cenário, Oliveira (2019) aponta uma ampliação de doenças crônicas e degenerativas entre a população, que são mais comumente encontradas em indivíduos com faixa etária mais avançada. Além disso, “de 2008 a 2013, a procura por serviços de saúde aumentou de maneira significativa na população brasileira, principalmente entre indivíduos sem plano de saúde, com menor escolaridade e residentes em zona rural” (NUNES et al., 2016, p. 782). Sob esse aspecto, é natural que o envelhecimento populacional gere aumento na demanda por serviços de saúde, consequentemente acarretando em maiores despesas para o governo.

Entretanto, no caminho contrário do aumento da demanda por esses serviços, nota-se uma crescente escassez de recursos públicos disponíveis para a oferta desses. Tal fato é embasado na situação fiscal preocupante de diversos entes brasileiros, dentre os quais está o estado de Minas Gerais, que passa por uma crise fiscal e

¹ Leone ET, Maia AG, Baltar PE. Mudanças na composição das famílias e impactos sobre a redução da pobreza no Brasil. *Econ Soc* 2010;19(1):59-77.

econômica desde o miolo da década de 2010, tendo como principais determinantes o aumento das despesas em ritmo inferior ao das receitas.

A recessão econômica ocorrida em meados da última década, que afetou todo o país e seus entes, iniciou-se a partir do segundo trimestre de 2014 (BARBOSA FILHO, 2017, p. 51). A partir desse ano, a variação do PIB real do país apresentou variação decrescente em relação aos anos anteriores, podendo ser observada uma variação negativa em 2015, 2016 e 2020. Adicionalmente, a variação real do PIB nos demais anos (2014 e de 2017 a 2019) apresentaram valores abaixo dos anos prévios à crise, indicando que os efeitos dessas perduraram até o final da década. Tinoco (2020) aponta que essa crise teve seus reflexos nos estados, impactando diretamente na arrecadação de receitas.

Já a crise fiscal dos estados relaciona-se também a um aspecto estrutural, que tem mantido um processo de endividamento desses entes, com despesas superiores às receitas disponíveis para pagamento daquelas, situação que se tornou bastante evidente a partir de 2015. Tinoco (2020) aponta que esse cenário não é exclusivo para o estado de Minas Gerais, mas sim de grande parte dos estados brasileiros, e teve alguns fatores determinantes. Dentre eles, destacam-se: o afrouxamento das formas de contratação de crédito, por meio da autorização de financiamentos, prática incentivada pela União a fim de ampliar o acesso ao crédito aos entes como resposta à crise internacional de 2008, o que levou ao aumento da despesa estatal; o crescimento dos gastos com pessoal, que apresenta maior rigidez em função da estabilidade dos servidores; e a intensa recessão econômica que afetou o Brasil em 2014, que atingiu diretamente a arrecadação de receitas.

De acordo com Tinoco (2020), nesse cenário de crise fiscal, em um primeiro momento, percebe-se uma redução no investimento, com priorização das despesas de custeio como forma de tentar realizar o ajuste. Como apenas esse ajuste não se mostrou efetivo para melhorar a saúde fiscal dos estados, iniciaram-se movimentos estatais que pressionavam a União por maior auxílio financeiro, além de judicialização de conflitos financeiros entre os estados e a União, o que contribuiu para deterioração das relações federativas.

Ademais, cabe ressaltar a importância da crise sanitária que a pandemia de Covid-19 para o setor de saúde. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

(IBGE, 2021), o número de óbitos em 2020 foi o maior número registrado no país desde 1984, com 1.510.068 mortes, apresentando alta de 14,9% (195.965 em números absolutos) com relação ao ano anterior. Desses óbitos registrados a mais em 2020, cerca de 75,8% foram de pessoas com 60 anos ou mais, que são mais suscetíveis às complicações causadas pela doença.

Considerando, portanto, o cenário de aumento da demanda por serviços de saúde, aliado à crise econômica, fiscal e sanitária vivida pelo estado de Minas Gerais, bem como pela escassez de recursos públicos, o presente trabalho buscará avaliar o comportamento dos gastos com saúde entre 2010 e 2020. Para isso, pergunta-se: como foram alocados os gastos com a função Saúde pelo governo de Minas Gerais entre 2010 e 2020? Para qualificar com maior precisão a resposta a essa pergunta, faz-se necessária a investigação do comportamento dos indicadores de execução orçamentária com a função saúde e os efeitos da crise econômica e fiscal sobre eles.

1.1 Justificativa

Em um contexto de crise econômica pelo qual o Brasil atravessa desde meados da década de 2010, assim como a crise fiscal e sanitária vivenciada pelo estado de Minas Gerais, combinada com a exigência de cumprimento da aplicação de, no mínimo 12% dos recursos próprios em ações e serviços de saúde, o conhecimento detalhado da distribuição dos gastos com saúde é de suma importância para prover informações que permitam a continuidade da prestação dos serviços, buscando observar onde estão os principais gargalos. Tais informações formam um diagnóstico valioso para gestores públicos da área de saúde, auxiliando-os no processo de planejamento e tomada de decisão acerca das políticas públicas voltadas para a área. Além disso, os impactos da crise fiscal de Minas Gerais e da crise sanitária provocada pela pandemia de Covid-19 nas despesas públicas voltadas para a saúde ainda não contam com uma bibliografia vasta, tendo este trabalho o potencial de ampliar o conhecimento teórico e empírico sobre o tema. Por fim, o estudo da composição da despesa e de sua evolução na última década pode fornecer informações detalhadas sobre os gastos em saúde, permitindo observar as áreas mais deficitárias e que precisarão de maior atenção nos próximos anos, dado o aumento da demanda por serviços de saúde no contexto de envelhecimento populacional que ocorre no mundo atualmente.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo Geral

Analisar a execução orçamentária do governo de Minas Gerais na função Saúde no período de 2010 a 2020.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Apresentar a evolução e o histórico das políticas públicas de saúde no Brasil e em Minas Gerais
- Apresentar os principais conceitos e indicadores relativos ao orçamento público, com ênfase na despesa pública;
- Construir um banco de dados relativo à despesa pública na função Saúde em Minas Gerais no período de 2010 a 2020;
- Avaliar a evolução da execução orçamentária anual com saúde em Minas Gerais a partir das classificações da despesa de acordo com subfunção, categoria econômica e grupo de despesa;
- Avaliar os efeitos imbricados da crise econômica e fiscal do Estado e da crise sanitária de Covid-19 na execução orçamentária das políticas públicas de saúde.

1.3 Estrutura

O presente trabalho é composto por seis capítulos. O primeiro introduz o tema, bem como aponta sua justificativa, objetivos do trabalho e estrutura. O segundo realiza uma discussão teórica do gasto público, passando pelas atribuições econômicas do Estado e crescimento das despesas públicas no Brasil, seguido de apresentação de um panorama acerca dos gastos públicos em Minas Gerais na última década. O terceiro capítulo apresenta uma discussão sobre a política pública de saúde, descrevendo o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro e seu financiamento, bem como a evolução do gasto em saúde no Brasil e os instrumentos de planejamento da política de saúde em Minas Gerais. O quarto trata dos aspectos metodológicos referentes ao trabalho. No quinto capítulo são traçadas as análises do gasto público em saúde em Minas

Gerais, através da classificação da despesa pública por categorias econômicas, grupos de natureza de despesa e subfunções, onde são tecidas as discussões e apresentadas hipóteses que expliquem sua variação ao longo da última década, bem como avaliados os efeitos da crise fiscal e sanitária do Estado na execução do gasto em saúde. Por fim, o capítulo seis traz as considerações finais, apresentando pontos considerados relevantes pelo autor à compreensão da pesquisa.

2 GASTO PÚBLICO

A literatura de finanças públicas aponta que o século XX é marcado pelo crescimento acelerado das despesas públicas, tanto em países que possuem o Estado como principal agente econômico, quanto naqueles tradicionalmente capitalistas (GIACOMONI, 2010, p.3). No Brasil, o processo de crescimento dos gastos públicos teve início na metade do século, após findada a Segunda Guerra Mundial, o que pode ser verificado pela elevação da participação das despesas totais no Produto Interno Bruto (PIB), que passou de 17% do PIB em 1948 para cerca de 30% no início da década de 90 (REZENDE, 2012, p. 15).

Para explicar melhor os motivos por trás dessa elevação, esse capítulo discorre acerca das atribuições econômicas estatais, bem como analisa o crescimento das despesas públicas à luz de teorias desenvolvidas por autores da área de finanças públicas.

2.1 Funções econômicas do Estado

A intervenção do Estado na economia – mais especificamente, em economias capitalistas – é uma questão discutida há séculos. Com o advento das sociedades capitalistas e a expansão do liberalismo econômico ao final do século XVIII e início do século XIX, a teoria econômica clássica ganhou espaço, tratando da autorregulação do mercado por meio do tripé microeconômico da oferta, demanda e preço. Para Adam Smith (1954, *apud* GIACOMONI, 2010, p. 21)¹, um dos maiores pensadores do liberalismo clássico, a função do soberano se restringia apenas a questões de justiça, segurança, infraestrutura (como pontes, portos e canais), educação da juventude e preservação de sua imagem. Em um cenário de estabilidade monetária e avanços científicos, a atuação estatal se mostrava pouco importante, excetuando os assuntos acima citados (GIACOMONI, 2010, p. 22).

Essa configuração econômica, entretanto, não perdurou por muito tempo. No século XX, a crise econômica da década de 1930 levou à ascensão do pensamento do Estado enquanto agente interventor do mercado. O principal expoente dessa época foi John Keynes, cuja teoria baseava-se em um tripé macroeconômico formado pela

¹ SMITH, Adam. Riqueza de las naciones. Barcelona: Bosh, 1954. v. 3, Livro V Cap. 1.

soma da demanda global e do investimento global, que determinaria a renda global. O conjunto dessas variáveis, cujo controle depende da atuação estatal, seria o responsável pelo nível de emprego. Nesse cenário, a intervenção do Estado na economia foi amparada pelo arcabouço teórico produzido por Keynes e outros pensadores da época (GIACOMONI, 2010, p. 22). Um outro fator condicionante para a ascensão dessa corrente de pensamento foram as guerras mundiais ocorridas no início do século XX, que colocaram em pauta a apreensão com o desenvolvimento econômico, principalmente em países que ainda não se encontravam em alto nível de desenvolvimento (REZENDE, 2012, p. 18).

É interessante notar que, também, não apenas a estrutura econômica, mas a estrutura social – bem como outros fatores – influenciam diretamente na atuação do Estado na economia. Um exemplo disso se encontra na ascensão do *Welfare State*, o Estado de Bem-Estar Social (EBS), que despontou após a Segunda Guerra Mundial. O EBS é definido como

[...] um sistema econômico de livre-empresa, porém com acentuada participação estatal na promoção de benefícios sociais, os quais têm como objetivo proporcionar padrões de vida mínimos aos cidadãos, desenvolver bens e serviços sociais, controlar o ciclo econômico e ajustar o total da produção, considerando custos e rendas sociais. Ao Estado, caberia a implementação de uma política fiscal progressiva, a fim de financiar a execução de programas de moradia, saúde, educação, previdência social, seguro-desemprego e, principalmente, o estabelecimento do pleno emprego, atribuindo a essas garantias o status de direito político, não de caridade (WILENSKY, 1975 *apud* SOUZA; MORAES, 2019).¹

O surgimento do EBS após a Segunda Guerra Mundial é relacionado ao modelo de proteção ao trabalhador assalariado adotado na Alemanha por Otto von Bismarck, que estabelecia o seguro nacional compulsório, com contribuições de empregados, empregadores e do Estado, contra ameaças de incapacidade do trabalhador por acidentes, enfermidades ou avanço da idade. Posteriormente, um modelo próprio de EBS foi adotado na Inglaterra, onde se estabeleceu um padrão mínimo de vida aos

¹ WILENSKY, H. L. *The welfare state and equality: Structural and ideological roots of public expenditures*. Univ of California Press, 1974.

cidadãos, o que ficou conhecido como seguridade social (KERSTENETZKY, 2012 *apud* SOUZA; MORAES, 2019)¹.

Nesse cenário de ampliação das atribuições econômicas do governo, Musgrave (1974 *apud* GIAMBIAGI; ALEM, 2011)² desenvolveu um sistema de classificação para essas funções governamentais: a função alocativa, a função distributiva e a função estabilizadora. A função alocativa, como o próprio nome já diz, refere-se à realocação de recursos nos casos em que o mercado não fosse capaz de se autorregular para atingir a eficiência essencial. Ela é percebida em dois casos importantes: o investimento em infraestrutura econômica e a provisão de bens públicos e meritórios. Os investimentos em infraestrutura econômica, como estradas e comunicações, são agentes que induzem o desenvolvimento econômico e que não possuem tanto incentivo ao investimento privado, uma vez que demoram muito tempo para surtirem os efeitos econômicos almejados. Dessa forma, ao agir no desenvolvimento dessa infraestrutura, o Estado exerce a função alocativa (GIACOMONI, 2010, p. 23).

Os bens públicos são aqueles que o consumo ou uso é indivisível, ou também chamado de não rival. Isso significa que o consumo desse bem por um indivíduo não afeta o consumo do mesmo bem por outros indivíduos, possibilitando que todos se beneficiem de seu uso, como a iluminação e a segurança pública (REZENDE, 2012, p. 4). Contudo, a provisão desses bens públicos é incompatível com os preceitos do mercado, uma vez que seus benefícios não podem ser individualizados nem recusados pelos consumidores, não sendo possível excluir o consumidor caso ele não pague pelo bem. Dessa forma, o setor público se torna responsável pela provisão desses bens públicos, financiando-os por meio de impostos (GIAMBIAGI; ALEM, 2011, p. 13). Adicionalmente, Musgrave (1974 *apud* REZENDE, 2012, p. 19)³ introduz os chamados “bens meritórios”, que são bens intermediários entre os bens públicos e os bens de mercado. Tratam-se de bens que podem ser explorados pelo setor privado, mas que poderiam ser produzidos em sua totalidade ou parcialidade pelo setor público, dado seus benefícios sociais, como é o caso da saúde e da educação.

¹ KERSTENETZKY, C. L. O Estado de Bem-Estar Social na era da razão: a reinvenção do estado social no mundo contemporâneo. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

² MUSGRAVE, Richard A. Teoria das finanças públicas. São Paulo: Atlas, 1974. Cap. 1.

³ MUSGRAVE, Richard A. Teoria das finanças públicas. São Paulo: Atlas, 1974. Cap. 1.

A função distributiva relaciona-se à distribuição de renda realizada pelo governo, de modo a gerar uma partilha de renda tida como mais justa pela sociedade. Essa distribuição pode ser feita via progressividade do sistema tributário, que taxa mais fortemente os indivíduos de classe social alta, ou até mesmo via transferências aos indivíduos que apresentam renda mais baixa (GIACOMONI, 2010, p. 26). Por fim, a função estabilizadora se relaciona ao controle do nível de demanda agregada, buscando minimizar o impacto, tanto social quanto econômico, das crises cíclicas de inflação e depressão do capitalismo (REZENDE, 2012, p. 20). Para tanto, o Estado age via política fiscal e/ou monetária, visando aumentar ou diminuir a demanda agregada a partir de seus objetivos (GIAMBIAGI; ALEM, 2011, p. 15).

Nesse sentido, é possível notar que, ao longo do tempo, as funções do Estado foram variando à medida em que novas demandas apareciam. Com relação à evolução temporal da atuação estatal na economia abordada no início do capítulo, nota-se que, à época do auge do liberalismo econômico, predominava a função alocativa do Estado, ao passo que, com o advento de crises econômicas, sociais e políticas no século XX, ganhou destaque a função estabilizadora. Além disso, a ascensão do *Welfare State* em diversas partes do mundo aponta para um caráter mais distributivo das funções do Estado, como observado no crescimento da demanda pela provisão de bens meritórios, como a saúde. Assim, é possível notar que a atuação econômica do Estado é definida por um conjunto de fatores, o que é natural, dada a complexidade das sociedades.

2.2 Crescimento da despesa pública no Brasil

Existem várias correntes que avaliam o crescimento da despesa pública na sociedade moderna. Adolph Wagner foi um economista alemão que, nos anos 1880, estabeleceu a Lei do Crescimento Incessante das Atividades Estatais, conforme se descreve abaixo.

À medida que cresce o nível de renda em países industrializados, o setor público cresce sempre a taxas mais elevadas, de tal forma que a participação relativa do governo na economia cresce com o próprio

ritmo de crescimento econômico do país (WAGNER, 1880? *apud* REZENDE, 2012, p. 21)¹.

Richard Bird (1970 *apud* REZENDE, 2012, p. 21)² aponta que essa hipótese foi formulada por três razões: o aumento das funções administrativas e de segurança, naturais do processo de industrialização e urbanização; o aumento da demanda por serviços intrínsecos da promoção do bem-estar social, principalmente no que tange a educação e a saúde; e a expansão da intervenção estatal no processo produtivo, em função da formação de monopólios. Dessa forma, a Lei de Wagner explica o aumento dos gastos públicos em função do aumento da demanda.

No que diz respeito aos fatores elencados por Bird que levam ao aumento das despesas públicas, é interessante notar o aumento dos gastos sociais no Brasil após a promulgação da Constituição de 1988, a qual garantiu diversos novos direitos no que tange à seguridade social. Nesse sentido, Silva e Castro (2008) apontam que os gastos sociais do governo federal cresceram substancialmente no período de 1995 a 2005, numa escala de aproximadamente 3,25% ao ano, levando a um incremento de 41% ao longo da década observada. A definição de gasto social utilizada por Silva e Castro utilizada em seu trabalho foi desenvolvida por Fernandes et. al (1998), o qual

[...] compreende os recursos financeiros brutos empregados pelo setor público no atendimento de demandas sociais e que corresponde ao custo de bens e serviços - inclusive bens de capital - e transferências, sem deduzir o valor de recuperação (depreciação e amortização dos investimentos em estoque, ou recuperação do principal de empréstimos anteriormente concedidos) (FERNANDES et. al, 1998, p. 9).

Dessa forma, a elevação dos gastos públicos federais no período observado relaciona-se diretamente à maior demanda por serviços típicos do EBS, corroborando a Lei de Wagner.

¹ O trabalho de Wagner é apresentado por BIRD, R. The growth of government spendin in Canada. Cabduab Tax Papers. Torono: Canadin Tax Foundation, 1970, v. 51.

² BIRD, R. The growth of government spendin in Canada. Cabduab Tax Papers. Torono: Canadin Tax Foundation, 1970, v. 51.

Já o trabalho de Peacock e Wiseman (1970 *apud* REZENDE, 2012, p. 22)¹ explicam o aumento dos gastos públicos a partir da ideia de que o incremento das atividades governamentais é limitado pela possibilidade de expansão de oferta, que é cerceada pela possibilidade de acréscimo da tributação. Para embasar essa hipótese, os autores lançam mão do denominado “efeito translação”, que afirma que os indivíduos possuem menos resistência ao aumento da tributação em períodos de instabilidade social, econômica ou política, como as guerras mundiais, permitindo a ampliação da oferta de serviços pelo governo. Ainda, apontam que esse efeito pode ser provocado por períodos com elevado índice inflacionário, em que o aumento dos gastos públicos é pago por meio da emissão de papel-moeda, que eleva a inflação. Esse processo tende a desaparecer com o tempo, uma vez que a inflação seguirá alta, o que faz com que o efeito sobre os gastos governamentais seja transitório.

A hipótese de Peacock e Wiseman pode ser relacionada diretamente à expansão de gastos públicos brasileiros no período de 1965 a 1969, no qual as políticas econômicas governamentais procuravam promover o desenvolvimento econômico e a estabilidade dos preços, uma vez que os anos anteriores foram marcados pela aceleração da inflação, modificando a disposição dos indivíduos em aumentar suas contribuições. Tal política foi financiada pelo aumento da carga tributária e levou à redução do déficit público no curto prazo, e foi desaparecendo à medida que a inflação seguiu em alta nos anos seguintes (REZENDE, 2012, p. 25).

Por fim, Musgrave e Musgrave (1980 *apud* GIACOMONI, 2010, p. 14)² observaram como a teoria de Peacock e Wiseman se aplicava ao caso americano, o que os levou a concluir que a teoria do efeito translação era válida, mas não uma explicação final para a elevação dos gastos governamentais. Nesse sentido, eles enumeraram outras explicações para tal aumento, complementares à hipótese de Peacock e Wiseman dentre os quais destacam-se: a elevação da renda per capita, que proporciona uma elevação na demanda por bens e serviços públicos; o desenvolvimento tecnológico, que cria a necessidade de investimentos massivos por parte do governo; as mudanças populacionais que levam à priorização de determinados gastos, como aquelas

¹ PEACOCK, A.; WISEMAN, J. The growth of public expenditure in the United Kingdom. Princeton: Princeton University Press, 1970.

² Musgrave, R.; Musgrave, P. Finanças públicas: teoria e prática. Rio de Janeiro: Campus, 1980.

descritas no processo de inversão demográfica, onde espera-se uma incrementação nos gastos com saúde da população mais velha; as alterações no alcance das transferências sociais, que se expandiram em velocidade maior que suas fontes de financiamento, o que gera desequilíbrio fiscal; e as mudanças nas dinâmicas políticas e sociais, que levam ao surgimento de demandas inéditas ao setor público.

Nesse sentido, o aumento dos gastos sociais descritos por Silva e Castro (2008) após a promulgação da CF/88 também se relacionam às causas de elevação das despesas públicas descritas por Musgrave e Musgrave (1980). Isso pode ser observado através das mudanças nas dinâmicas políticas e sociais, traduzidas na pressão popular e política que levaram ao fim do período ditatorial e consequente instituição da CF/88. Dessa forma, novas demandas por serviços ao setor público foram geradas, como a expansão de serviços de seguridade social, contribuindo para o aumento dos gastos.

2.3 Gasto público em Minas Gerais

Conforme discutido anteriormente, o aumento dos gastos públicos é explicado por diversas correntes doutrinárias. As mudanças na dinâmica dos gastos promovidas pela CF/88, que promovia a proteção aos direitos individuais básicos, levaram a aumentos em dispêndios públicos em todo o âmbito nacional, inclusive em Minas Gerais. Nesse sentido, a Tabela 1 traz informações quanto à arrecadação de receitas e ao empenho de despesas no Estado de Minas Gerais entre 2010 e 2020, bem como a taxa de crescimento dessas variáveis. Os valores foram corrigidos pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) com base na média de 2020.

Tabela 1: Valor e taxa de crescimento da Receita Arrecadada e Despesas Empenhadas em Minas Gerais entre 2010 e 2020 (valores a preços de 2020)

Ano	Receita Arrecadada (Bilhões R\$)	Crescimento da Receita Arrecadada	Despesas Empenhadas (Bilhões R\$)	Crescimento das Despesas Empenhadas	Varição Real do PIB (%)
2010	80,54	-	79,56	-	7,5
2011	88,86	10,33%	88,61	11,38%	4
2012	100,3	12,87%	97,11	9,59%	1,9
2013	102,71	2,40%	104,08	7,18%	3
2014	99,84	-2,79%	102,79	-1,24%	0,5
2015	95,08	-4,77%	106,27	3,39%	-3,5
2016	96,39	1,38%	101,18	-4,79%	-3,3
2017	98,36	2,04%	109,2	7,93%	1,3
2018	98,23	-0,13%	110,26	0,97%	1,8
2019	102,74	4,59%	111,16	0,82%	1,4
2020	104,25	1,47%	107,11	-3,64%	-4,1

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do Portal da Transparência de Minas Gerais

Com relação às receitas arrecadadas é possível notar um crescimento acelerado até 2012. Entretanto, a partir de 2013, a taxa de crescimento da receita arrecadada diminuiu, chegando a ocorrer decréscimo real da arrecadação nos anos de 2014 e 2015. A partir desse ano, a receita se estagnou, voltando a aumentar apenas em 2019. O acréscimo registrado em 2020 foi bem menos expressivo, o que pode estar associado à redução da arrecadação em função da pandemia de Covid-19 uma vez que, apesar do repasse de recursos do governo federal aos estados em função da Lei Complementar 173, a queda de 4% do PIB brasileiro em 2020 contribuiu de forma intensa na desaceleração das atividades econômicas e consequentemente na geração de receitas próprias.

Já com relação às despesas empenhadas, nota-se um comportamento bastante irregular, com desaceleração do crescimento desde o início da década, tendo o ano de 2014 apresentando redução do valor total empenhado em relação ao ano anterior. Nos anos seguintes, a taxa de variação das despesas alternou entre anos com crescimento e anos com diminuição, apresentando também certa estabilidade, assim como observado nas receitas arrecadadas.

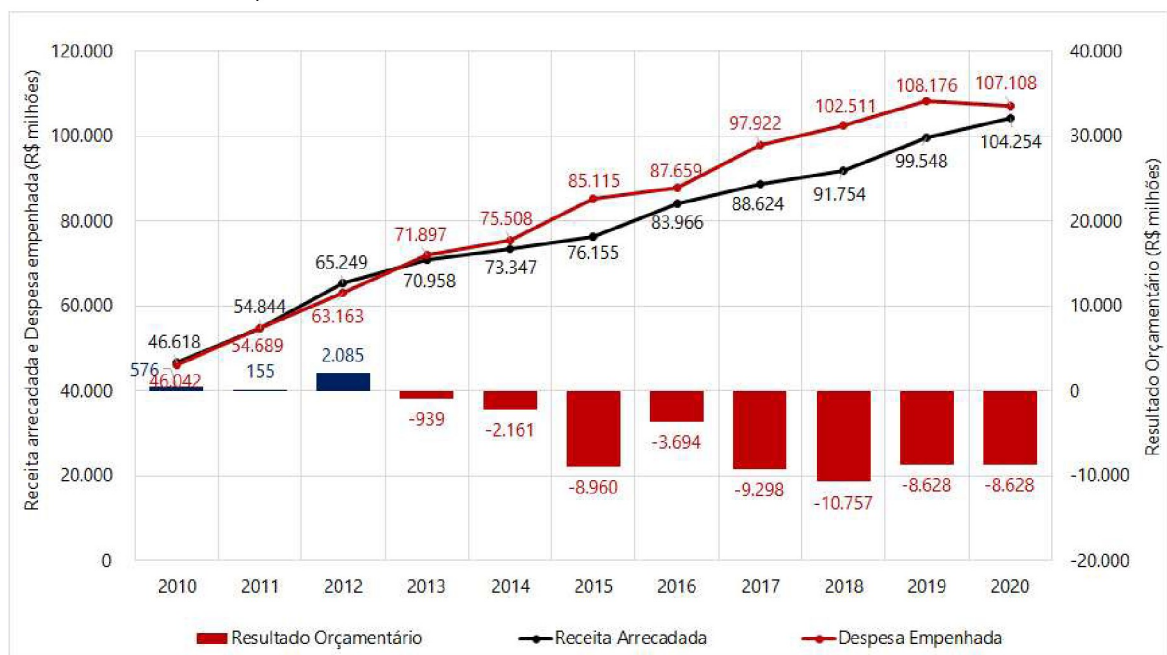
Para entender melhor a saúde fiscal do Estado, será apresentado o conceito do Resultado Orçamentário. Esse indicador é calculado pela diferença entre as receitas

orçamentárias e as despesas orçamentárias. Todas as receitas arrecadadas são consideradas receitas orçamentárias, mesmo que não previstas no Orçamento (BRASIL, 1964), ao passo que as despesas orçamentárias são aquelas que dependem de autorização legislativa para serem realizadas, através da Lei Orçamentária Anual – LOA ou de Créditos Adicionais (CONGRESSO NACIONAL, 2021). De acordo com a Lei nº 4.320/1964, as receitas arrecadadas e as despesas legalmente empenhadas pertencem ao exercício financeiro, o qual coincide com o ano civil.

Dessa forma, o resultado orçamentário é obtido por meio da diferença entre as receitas arrecadadas e as despesas empenhadas. Se o resultado alcançado for positivo, tem-se um superávit orçamentário, enquanto um resultado negativo significa um déficit orçamentário. O objetivo fundamental desse indicador é apontar o valor orçamentário que a administração pública alcançou durante seu exercício financeiro (MANGUALDE, 2017, p. 62). Assim, é possível avaliar se as receitas arrecadadas pelo Estado são suficientes para pagar as dívidas por ele contraídas.

O Gráfico 1 traz o Resultado Orçamentário de Minas Gerais entre 2010 e 2020.

Gráfico 1: Resultado Orçamentário de Minas Gerais entre 2010 e 2020 (valores a preços de 2020)



Fonte: Elaboração própria a partir de dados do Portal da Transparência de Minas Gerais

A observação do Gráfico 1 mostra que o início da década de 2010 foi marcada por superávits orçamentários, sendo o menor deles em 2011 e o maior em 2012. Entretanto, a partir de 2013 todos os resultados orçamentários de Minas Gerais apresentaram déficits, indicando que as receitas arrecadadas pelo Estado não foram suficientes para o pagamento de suas dívidas. Conforme apresentado anteriormente, essa situação de crise fiscal foi resultado de diversos desequilíbrios. De acordo com Tinoco (2020), Minas Gerais figura entre os Estados com pior situação fiscal no país, ao lado de Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul.

Uma outra maneira de verificar a situação fiscal do estado se encontra na sua capacidade de pagar as dívidas por ele contraídas. Essa verificação pode ser feita por meio da observação do comportamento dos estágios da despesa pública.

Os estágios da despesa pública são descritos pela Lei nº 4.320/1964, sendo realizada a partir do comprimento de três etapas: o empenho, a liquidação e o pagamento, nessa ordem, obrigatoriamente. O empenho da despesa é definido como “o ato emanado de autoridade competente que cria para o Estado obrigação de pagamento pendente ou não de implemento de condição” (BRASIL, 1964). Giacomoni (2010) aponta que o empenho possui outros fins, servindo como o principal instrumento utilizado pela administração pública para acompanhamento e controle da sua execução orçamentária. Enquanto isso, a liquidação

Art. 63 [...] consiste na verificação do direito adquirido pelo credor tendo por base os títulos e documentos comprobatórios do respectivo crédito.

§ 1º Essa verificação tem por fim apurar:

I - a origem e o objeto do que se deve pagar;

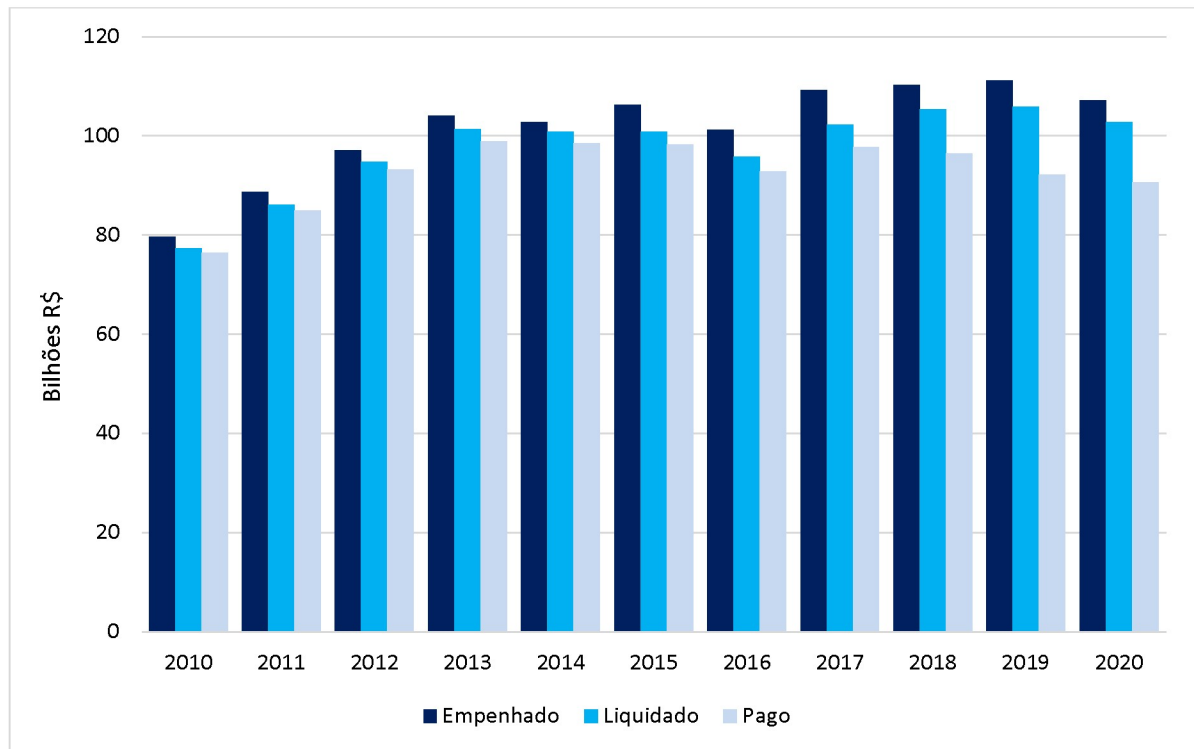
II - a importância exata a pagar;

III - a quem se deve pagar a importância, para extinguir a obrigação (BRASIL, 1964).

Por fim, o pagamento é realizado em duas etapas: a emissão da ordem de pagamento, que é realizada por autoridade competente, determinando o pagamento da despesa; e o pagamento propriamente dito, que consiste no repasse financeiro ao detentor do direito de recebê-lo (GIACOMONI, 2010, p. 208).

Para verificar o comportamento dos estágios da despesa pública em Minas Gerais, traçou-se o Gráfico 2.

Gráfico 2: Evolução do total das despesas liquidadas em Minas Gerais entre 2010 e 2020 (valores a preços de 2020)



Fonte: Elaboração própria a partir de dados do Portal da Transparência de Minas Gerais

O Gráfico 2 mostra a evolução das despesas públicas em Minas Gerais no período de 2010 a 2020. É possível notar uma tendência de crescimento das despesas na primeira metade da década, seguido de um crescimento próximo à estabilização na metade final. Também se nota que, nos anos iniciais, os estágios da despesa pública pouco se diferenciavam entre si, indicando que aquelas contraídas em um exercício financeiro eram liquidadas e pagas no mesmo ano.

Contudo, a partir de 2015 constata-se uma tendência de distanciamento entre o montante empenhado e o montante liquidado e pago, que se tornou crescente até o final da década, com um afastamento ainda maior entre a fase de pagamento. Dessa maneira, é possível inferir que as dívidas contraídas pelo estado na fase de empenho passaram a ser pagas em outros exercícios financeiros, indicando que as receitas arrecadadas não conseguiam fazer frente às dívidas adquiridas.

As despesas empenhadas e não liquidadas ou não pagas durante o exercício financeiro são inscritas em restos a pagar. Essa prática é bastante condenada na

literatura, uma vez que abre espaço para endividamento dos governos e, conseqüentemente, descredibiliza os instrumentos de planejamento orçamentário, que passam a servir enquanto meras formalidades na elaboração do orçamento público (AQUINO; AZEVEDO, 2017, p. 593).

3 POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE

3.1 O Sistema Único De Saúde (SUS)

O artigo 194 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 determina que a seguridade social é composta por “[...] um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988). Ainda, traz os objetivos da seguridade social no país, que são, dentre outros, a universalidade da cobertura e do atendimento, a uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais, a seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços e o caráter democrático e descentralizado da administração (BRASIL, 1988). Nesse sentido, a seguridade social na CF/88 passa a garantir direitos básicos e universais de cidadania, independentemente da realização de contribuições pelo indivíduo ou de sua condição social (BRASIL, 2013).

As normativas constitucionais relativas à saúde se encontram descritas dos artigos 196 ao 200 da CF/88. Conforme explicitado anteriormente, o texto constitucional instituiu a saúde enquanto um direito de todos os cidadãos e um dever do Estado. Ela estabelece que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada constituídos por um Sistema Único de Saúde (SUS), permeado pelas diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.

A diretriz de descentralização procura promover a adequação do SUS à ampla diversidade regional observada no Brasil, onde se veem realidade econômicas, sociais e sanitárias muito diferenciadas entre si. Nessa perspectiva, ela é justificada pelo fato de os municípios estarem mais próximos dos cidadãos, bem como possuem suas demandas e problemas particulares. Enquanto isso, a diretriz de atendimento integral procura conciliar ações preventivas e curativas, a nível individual e coletivo, visando a promoção e recuperação da saúde. Nesse sentido, o atendimento no SUS deve ter como prioridade as ações preventivas, que evitam o adoecimento, a ocorrência de acidentes e práticas violentas, como a aplicação de vacinas e o controle sobre a qualidade dos alimentos. Porém, caso ainda assim as pessoas adoçam, o SUS deve proporcionar o atendimento delas, levando ao atendimento integral da população. Por fim, a diretriz de participação da comunidade é fruto de orientações da

Organização Mundial da Saúde (OMS), que preconiza a democratização de serviços e decisões relacionados à saúde, além de garantir o controle social sobre o SUS (PAIM, 2009, p. 49).

O texto constitucional, ainda, determina as atribuições do sistema de saúde:

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação;

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (BRASIL, 1988).

Em cumprimento às determinações do texto constitucional, a Lei nº 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde) foi publicada a fim de definir as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Essa lei apresentou os elementos que constituem o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo esse formado pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público (BRASIL, 1990a). Além disso, a referida normativa apresentou os objetivos do SUS em seu artigo 5º:

Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;

III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (BRASIL, 1990a).

Adicionalmente, a Lei Orgânica da Saúde elenca em seu artigo 7º os princípios de prestação das ações e serviços públicos de saúde. Dentre eles, destacam-se: a universalidade do acesso à saúde para todos e em todos os níveis de assistência; a integralidade da assistência, que garante a continuidade do atendimento e o acesso de cada caso a todos os níveis de complexidade do SUS; a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral, garantindo a emancipação dos indivíduos para tomar decisões, sendo os serviços de saúde agentes de orientação; e a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, que demonstra o acesso universal e igualitário preconizado pela CF/88 (PAIM, 2009, p. 56).

A normativa supracitada foi complementada pela Lei nº 8.142/1990, publicada a fim de dispor sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (BRASIL, 1990b).

Para o desenvolvimento do presente trabalho, é preciso discorrer sobre a descentralização do SUS, que consiste no processo de transferência de responsabilidade da União para os demais entes, em especial os municípios – responsável por executar a grande maioria das ações e serviços de saúde, sendo estas executadas apenas em caráter excepcional por Estados e pela União – de modo a permitir o desenvolvimento das competências de cada ente na área da saúde (BRASIL, 2009, p. 113). Dentre os objetivos de promover uma gestão compartilhada dos serviços de saúde entre União, estados e municípios, estão a busca pela maior eficiência na execução dos recursos e ampliação do acesso aos serviços de saúde para toda a população (BRASIL, 2013).

O processo de descentralização foi regulamentado inicialmente pela Norma Operacional Básica (NOB) 01/93, que estabeleceu diretrizes para que estados e municípios desenvolvessem sua autonomia na gestão da saúde em sua esfera governamental (UGÁ et. al, 2003). Posteriormente, a NOB 01/96 descreveu as modalidades de gestão da saúde para os estados: a gestão avançada do sistema e a

gestão plena do sistema. Essa gestão plena do sistema ampliou a governança dos estados acerca do fornecimento dos serviços de saúde, além de reforçar sua autonomia gerencial do sistema de saúde (UGÁ et. al, 2003).

Dessa forma, os estados, assim como os demais entes, possuem responsabilidades e competências na área de saúde, cuja divisão é uma das mais complexas do mundo (MENDES; BITTAR, 2014, p. 36). As atribuições comuns e as competências específicas de cada ente são descritas na Lei Orgânica da Saúde. As competências estaduais estão descritas abaixo.

Art. 17. À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:

I - promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;

II - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS);

III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;

IV - coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços:

a) de vigilância epidemiológica;

b) de vigilância sanitária;

c) de alimentação e nutrição; e

d) de saúde do trabalhador;

V - participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;

VI - participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico;

VII - participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;

VIII - em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;

IX - identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;

X - coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;

XI - estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde;

XII - formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;

XIII - colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

XIV - o acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada (BRASIL, 1990a).

É também interessante notar que a forma de prestação dos serviços de saúde por meio de uma rede regionalizada e hierarquizada se relaciona diretamente à diretriz de descentralização. De acordo com Paim (2009), essas redes procuram a integração entre os serviços, para que eles não sejam desenvolvidos de forma isolada entre si. Nesse sentido, a forma de rede regionalizada permite que as instituições de saúde sejam distribuídas com vistas à otimização dos resultados, sendo os serviços básicos mais difusos e os serviços especializados mais concentrados.

Em Minas Gerais, a regionalização da saúde é estabelecida por meio do Plano Diretor da Regionalização da Saúde de Minas Gerais (PDR-SUS/MG), que foi institucionalizado pela Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) 01/02, e possui como principal objetivo a organização espacial da oferta de serviços do SUS entre os municípios mineiros, demonstrando quais procedimentos deveriam ser ofertados de acordo com o nível de regionalização (MINAS GERAIS, 2020e).

São três os elementos de divisão espacial do PDR-SUS/MG: os municípios, as microrregiões de saúde e as macrorregiões de saúde. As microrregiões são constituídas por um aglomerado de municípios contíguos, com cerca de 100.000 habitantes e ligados a um município de maior porte, chamado de município polo, o qual possui oferta superior àquelas observadas a nível municipal. Já as macrorregiões englobam microrregiões de saúde em torno de 700.000 habitantes, e é responsável por ofertar serviços de maior densidade tecnológica. Como essa organização leva em consideração os níveis de complexidade do SUS, eles serão apresentados a seguir.

Os casos que apresentam nível de baixa complexidade são tratados pela atenção básica, também conhecida como atenção primária. Ela é descrita enquanto um conjunto de ações de saúde, de caráter individual e coletivo, que abarca a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. A atenção básica funciona, preferencialmente, como a porta de acesso da população a todo o sistema de saúde, repassando aquelas demandas que estão fora de sua capacidade de resolução para os serviços especializados (BRASIL, 2009, p. 43). De acordo com Paim (2009) pesquisas apontam que mais de 80% dos casos podem ser resolvidos nos serviços de atenção básica. Em contexto nacional, a estratégia

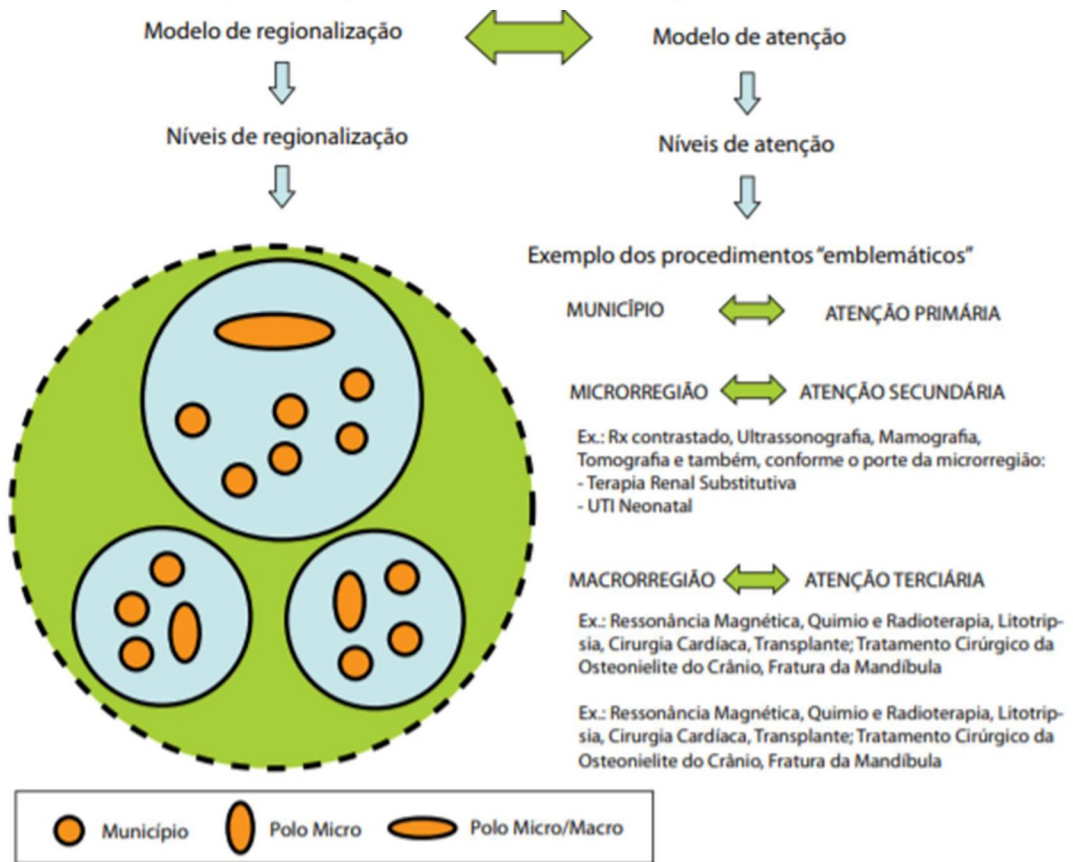
prioritária para a organização da atenção básica é a Saúde da Família (BRASIL, 2009, p. 43).

Por sua vez, a atenção especializada engloba os níveis de média e alta complexidade. O nível de média complexidade, conhecido como atenção secundária, é composto por ações e serviços que buscam atender problemas e agravos da população que necessitem de profissionais especializados e maiores recursos tecnológicos para serem atendidos, como cirurgias ambulatoriais especializadas e procedimento traumato-ortopédicos (BRASIL, 2009, p. 207).

Finalmente, o nível de alta complexidade, também denominada atenção terciária, se relaciona a um conjunto de serviços que envolve uso de equipamentos de alto teor tecnológico e alto custo, visando oferecer serviços qualificados à população. Dentre os serviços prestados nesse nível de atenção se encontram a assistência a pacientes oncológicos e a pacientes portadores de doenças renais crônicas, através de serviços de diálise (BRASIL, 2009, p. 32).

As relações entre os níveis de complexidade e a organização espacial definida pelo PDR-SUS/MG estão descritas na Figura 1.

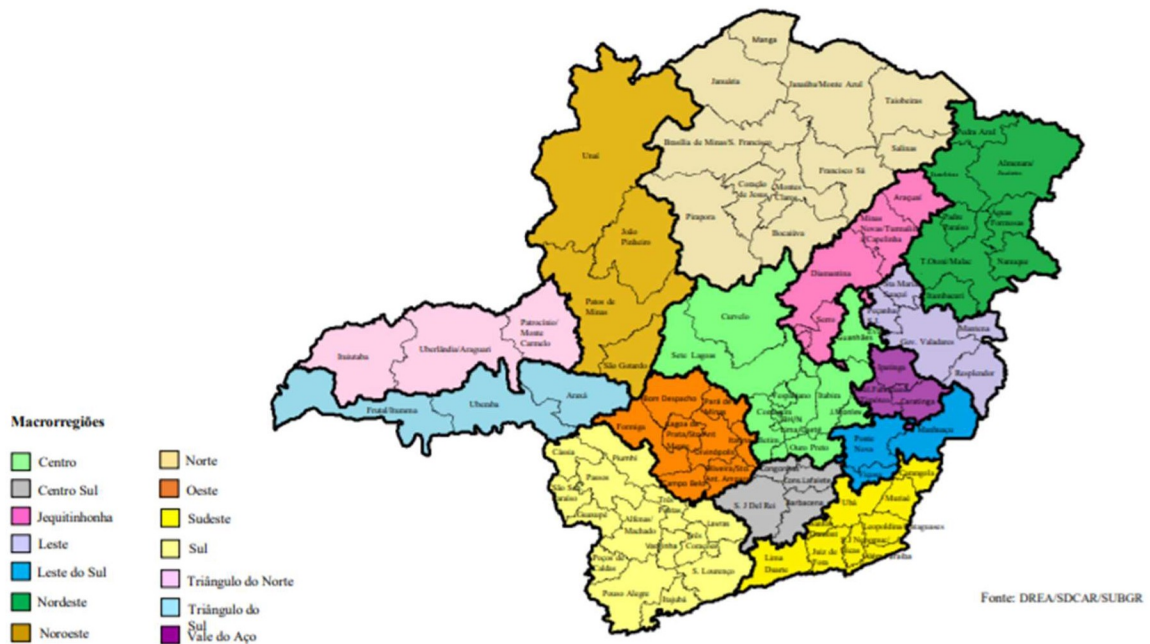
Figura 1: Modelo de regionalização e seus níveis de atenção à saúde



Fonte: MALACHIAS; LELES; PINTO, 2011.

Já a divisão territorial de Minas Gerais por macro e microrregiões, conforme ajuste realizado em 2019, é apresentada na Figura 2.

Figura 2: Macro e Microrregiões de saúde de Minas Gerais



Fonte: Minas Gerais, 2020e.

3.2 Financiamento do SUS

Com relação ao financiamento do sistema de saúde, a CF/88, em seu artigo 198, define que o financiamento do SUS deve ser realizado por meio de recursos oriundos do orçamento de seguridade social da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além das demais fontes. Contudo, a falta de diretrizes do texto constitucional em relação aos gastos mínimos em saúde levou à criação da Emenda Constitucional nº 29 em 2000 (EC 29), que vinculou os gastos em saúde à arrecadação de receitas e ao PIB, estabelecendo

(...) para os estados uma aplicação mínima de recursos em ações e serviços públicos de saúde (ASPS) de 12% de seus recursos próprios (o que inclui impostos diretamente arrecadados e as transferências constitucionais e legais); para os municípios, 15% dos seus recursos próprios; e para o Distrito Federal, 12% e 15% de acordo com a natureza da receita, se de base estadual ou municipal, respectivamente. Essas regras permanecem vigentes para os entes subnacionais. No caso da União, a EC 29 definiu como aplicação mínima o valor empenhado no ano anterior, acrescido da variação

nominal do produto interno bruto (PIB) (PIOLA et. al, 2013 *apud* SERVO *et al.*, 2020, p. 5)¹.

A regulamentação dessas definições ocorreu com a publicação da Lei Complementar nº 141/2012 (LC 141/2012), que conservou as regras definidas pela EC 29, além de estabelecer critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde que seriam destinados aos Estados, Distrito Federal e Municípios e dos recursos dos Estados que seriam enviados aos Municípios, buscando reduzir as desigualdades regionais (BRASIL, 2015, p. 95).

Posteriormente, a Emenda Constitucional nº 86 de 2015 (EC 86) modificou a regra de financiamento da União, vinculando-a à recente corrente líquida (RCL) da União, em uma escala crescente que começava em 13,2% em 2016 até 15% em 2020 (VIEIRA; PIOLA; BENEVIDES, 2019 *apud* SERVO et al., 2020)². Entretanto, no ano seguinte, a aprovação da Emenda Constitucional nº 95 (EC 95) novamente alterou a base de cálculo do financiamento do SUS pela União, estabelecendo um patamar obrigatório mínimo para ASPS equivalente a 15% da RCL de 2017, corrigido pela inflação, por um período de até 20 anos. Um dos efeitos dessa restrição é a redução das despesas com saúde pela União em relação ao gasto per capita, uma vez que é esperado crescimento populacional nesse período (FUNCIA, 2019, p. 4407).

No que diz respeito às Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), a LC 141/2012 define, em seu artigo 2º que as despesas que as compõem são aquelas relacionadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, que atendam tanto aos princípios de prestação de serviços no âmbito do SUS descritos na Lei Orgânica de Saúde quanto às diretrizes elencadas a seguir:

- I - sejam destinadas às ações e serviços públicos de saúde de acesso universal, igualitário e gratuito;
- II - estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente da Federação; e
- III - sejam de responsabilidade específica do setor da saúde, não se aplicando a despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que

¹ Piola S.; Paiva A.; Sá E. et al. Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo. Brasília, DF: Ipea; 2013. (Texto para Discussão n. 1846).

² Vieira F.; Piola S.; Benevides R.. Vinculação orçamentária do gasto em saúde no Brasil: resultados e argumentos a seu favor. Brasília, DF: Ipea; 2019. (Texto para Discussão n. 2516).

incidentes sobre as condições de saúde da população (BRASIL, 2012a).

Nesse sentido, a referida lei dispõe, em seu artigo 3º, acerca das despesas que devem ser levadas em consideração na apuração dos recursos mínimos com ASPS por ela estabelecidos, quais sejam:

- 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, 2012a).

Adicionalmente, o artigo 4º da LC 141/2012 lista quais despesas não podem ser computadas para apurar os recursos mínimos com ASPS:

- 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, 2012a).

O instrumento utilizado para acompanhamento do cumprimento dos mínimos constitucionais com ASPS é o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

O SIOPS é o sistema informatizado, de alimentação obrigatória e acesso público, operacionalizado pelo Ministério da Saúde, instituído para coleta, recuperação, processamento, armazenamento, organização e disponibilização de informações referentes às receitas totais e às despesas com saúde dos orçamentos públicos em saúde. O sistema possibilita o acompanhamento e monitoramento da aplicação de recursos em saúde, no âmbito da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, sem prejuízo das atribuições próprias do Poder Legislativo e dos Tribunais de Contas. É no SIOPS que gestores da União, Estados e Municípios declaram os dados sobre gastos públicos em saúde (BRASIL, 2021).

No que diz respeito à gestão dos recursos, eles são movimentados pelos Fundos de Saúde. Esses são instrumentos de gestão dos recursos que se destinam ao financiamento das ASPS, permitindo aos gestores a visualização clara dos recursos disponíveis (BRASIL, 2009, p. 164). Eles são um tipo de fundo público, categorizado como fundo especial, que é descrito pela Lei nº 4.320/1964 como o produto de receitas específicas que, por lei, são vinculadas ao cumprimento de serviços ou objetivos determinados (BRASIL, 1964).

Sob esse viés, o Fundo Nacional de Saúde (FNS) foi instituído pelo Decreto nº 64.867/1969, e possui seus recursos previstos na Lei Orçamentaria Anual (LOA)

federal (BRASIL, 2009, p. 163). Posteriormente, o Decreto nº 1.232/1994 definiu que os recursos alocados no FNS e destinados à execução de ASPS pelos demais entes seriam transferidos de forma regular e automática, sem a exigência de convênios ou instrumentos semelhantes. Além disso, instituiu que tais transferências estariam condicionadas à existência de fundo de saúde desses entes, bem como à apresentação de plano de saúde que aponte a contrapartida dos recursos no orçamento do Estado, Distrito Federal ou Município (BRASIL, 1994).

Em adição, a EC 29/2000, além de vincular as receitas dos estados, do Distrito Federal e dos municípios ao financiamento de ASPS, também estabelece que os recursos destinados a esse financiamento devem ser aplicados via Fundo de Saúde (BRASIL, 2000). Nesse sentido, o Fundo Estadual de Saúde (FES) de Minas Gerais foi instituído pela Lei nº 11.983/1995, tendo como objetivo a criação de condições financeiras e administrativas dos recursos a serem destinados à execução de ASPS no âmbito do SUS em Minas Gerais (MINAS GERAIS, 1995).

Existem três modalidades de repasse dos fundos de saúde. A primeira, e mais amplamente realizada, são as transferências fundo a fundo, as quais são feitas pelo FNS diretamente aos estados, Distrito Federal e municípios, ou pelo FES aos municípios, de maneira automática e regular. Essa modalidade foi regulamentada nos artigos 18 e 20 da LC 141/2012, e procura garantir que os gestores estaduais e municipais receberão recursos para cumprirem a execução pactuada de ASPS em sua região. A segunda modalidade de repasse são os pagamentos diretos a prestadores de serviços e beneficiários, que também são realizados de forma regular e automática. Por fim, as transferências voluntárias são realizadas por meio de celebração de convênios ou demais instrumentos jurídicos, visando a obtenção de recursos extras para a saúde (BRASIL, 2009).

A Portaria nº 204/2007 regulamentou o financiamento e a transferência de recursos federais para ASPS na forma de blocos de financiamento, sendo sujeitos a monitoramento e controle (BRASIL, 2007). Posteriormente, os blocos definidos foram alterados diversas vezes, sendo atualmente definidos pela Portaria nº 3.992/2017, que alterou a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS e estabeleceu que os recursos do FNS repassados na modalidade fundo a fundo seriam organizados por meio de dois blocos de financiamento: o Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde, cujos recursos destinam-se à manutenção das ASPS já implementadas e ao

funcionamento de órgãos e estabelecimentos responsáveis por sua execução; e o Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde, cujos recursos são reservados para a estruturação e amplificação da oferta de ASPS, devendo ser gastos em obras e equipamentos (BRASIL, 2017).

Nesse cenário de financiamento compartilhado da saúde, alguns desafios são detectados. Com relação aos gastos públicos em saúde, Mendes e Bittar (2014) apontam, utilizando dados divulgados pela Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) e da Organização Mundial de Saúde, que os gastos públicos e privados em saúde com relação ao PIB cresceram continuamente em diversos países entre 1970 e 2010. Alguns países apresentaram maiores gastos públicos com saúde em relação ao gasto total (públicos e privados) em saúde em 2010, como o Reino Unido, com 83,2%, enquanto outros apresentaram menor participação do gasto público no gasto total com saúde, como os Estados Unidos, com 48,2%.

Em sua investigação, Mendes e Bittar (2014) compararam esses dados àqueles obtidos pelo Brasil. Entre 2000 e 2010, os gastos totais com a saúde também cresceram no país. Entretanto, apesar da cobertura universal do SUS, a representação do gasto público em relação ao gasto total com saúde era de apenas 47%, um valor inferior àquele observado nos Estados Unidos, um país em que grande parte da população possui planos privados de saúde. Nesse sentido, é possível notar a escassez de recursos enquanto um grande desafio para o SUS, dada a universalidade e integralidade do atendimento preconizados pelas normativas que o estruturam.

Além disso, Santos (2018 *apud* FERNANDES, 2020)¹ demonstra, por meio da avaliação de dados divulgados pelo Ministério da Saúde entre 2002 e 2015, que o montante autorizado para pagamento de ASPS não foi suficiente para quitar os gastos efetuados em cada exercício, indicando que há subfinanciamento do sistema de saúde. Aliado a isso, renúncias fiscais e a crise econômica têm sido responsáveis pela redução dos valores monetários disponíveis para o SUS.

Um outro ponto são as desigualdades na prestação dos serviços de saúde. Tais desigualdades remontam ao período anterior ao estabelecimento do SUS, em que o

¹ Santos, L. (2018). SUS-30 anos: um balanço incomodo? *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 2043-2050.

atendimento de serviços de saúde era realizado de forma seletiva, sendo prestados a trabalhadores formais, por casas de misericórdia ou hospitais escolares, e por formas mistas de atendimento particular. Nesse cenário, a garantia do acesso salvaguardada pelas normativas legais não foi seguida pela ampliação de sistemas que possibilitassem o acesso das pessoas aos serviços (SALDIVA, 2018 *apud* MOREIRA, 2020)¹.

Ainda com relação às desigualdades, Piola, França e Nunes (2016 *apud* FERNANDES, 2020)² demonstraram que o crescimento da receita em todos os níveis não está ligado à redução das desigualdades regionais no que diz respeito ao gasto *per capita* em serviços de saúde, o que aponta para a necessidade de ações que busquem minimizar essas disparidades.

Por fim, Funcia (2019) assinala que, entre 1991 e 2017, a participação da União no financiamento do SUS caiu em cerca de 30%, enquanto a participação estadual aumentou em 11% e a municipal em 19%. Além disso, o autor afirma que, entre 2004 e 2017, é possível perceber que o investimento estadual em saúde se manteve próximo dos 12% de seus recursos próprios conforme disposto pela EC 29, ao passo que os gastos municipais têm apresentado comportamento crescente bem acima do mínimo dos 15% de recursos próprios estabelecidos pela EC 29. Nesse sentido, nota-se que a redução da participação federal leva ao aumento da pressão sobre o orçamento dos demais entes – especialmente dos municípios – que precisam investir muito de seus recursos próprios para garantir a prestação de serviços. Paralelamente à aprovação da EC 95, que congela o investimento federal em saúde, o aumento dessa desigualdade orçamentária pode comprometer a prestação dos serviços de saúde.

¹ Saldiva PHN, Veras M. Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras. Rev Estud Av. 2018; 32(92): 47-61.

² Piola, S. F., França, J. R. M., & Nunes, A. (2016). Os efeitos da Emenda Constitucional 29 na alocação regional dos gastos públicos no Sistema Único de Saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(2), 411-422.

3.3 Gasto público em Saúde no Brasil

Em 2016, o gasto público realizado pela União em saúde equivalia a cerca de 43% da despesa pública total em saúde. A maior parte dos gastos públicos em saúde realizados pela União é realizada por meio de transferências a estados e municípios, sendo que a maior despesa realizada diretamente por esse ente localiza-se majoritariamente na assistência farmacêutica, de acordo com a Secretaria do Tesouro Nacional (STN, 2018).

A despesa da União com saúde cresceu continuamente entre 2008 e 2017, passando de 6,7% para 8,3% da receita corrente nesse período. Com relação ao PIB, também houve crescimento na participação federal, que passou de 1,6% para 1,8%. Ainda, é possível observar que a despesa com saúde teve crescimento em termos nominais superior à taxa de crescimento da receita corrente da União, sendo que a primeira cresceu em 9,7% e a última em 7,2%. O acréscimo real acumulado dos gastos com saúde no período foi de 31,9%, enquanto a Receita Corrente cresceu 6,7% em termos reais. (STN, 2018) A Tabela 2 demonstra a evolução do gasto público em saúde entre 2008 e 2017.

Tabela 2: Gasto em saúde entre 2008 e 2017 (R\$ bilhões constantes de 2017)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Saúde	50,8	57,4	66,2	74	83,5	89,4	100,4	106,9	115,9	117,1
Atenção Básica	8,1	8,4	9,7	11	13,4	13,8	16,8	17,7	18,6	18,5
Média / Alta Complexidade	21,9	24,7	27	30,5	34,1	34,7	39,2	40,4	42,8	45,1
Assistência Farmacêutica	4,1	4,8	5,3	6,4	7,4	8,8	9,7	11	13,1	11,2
Vigilância em Saúde	2,3	2,5	2,7	3,6	3,8	4,5	4,8	4,8	6,9	6,8
Emendas Parlamentares	-	-	-	-	-	-	0	1,5	3,4	3,3
Investimentos (exceto EP)	1,2	1,6	2	2,2	3,4	3,9	4,4	2,9	2,9	1,7
Outros	13,2	15,4	19,5	20,4	21,4	23,8	25,5	28,6	28,1	30,4
Outros: Pessoal	8,1	9,7	11	12,5	13,9	14,6	15,7	16,1	16,6	17,8
Outros: Demais	5,1	5,7	8,5	7,9	7,5	9,2	9,8	12,5	11,5	12,6
Receita										
Corrente	- 755	775	890	1.030	1.135	1.220	1.243	1.283	1.361	1.408
União										
% da Rec. Corrente Saúde	6,70%	7,40%	7,40%	7,20%	7,40%	7,30%	8,10%	8,30%	8,50%	8,30%
PIB	3.110	3.333	3.886	4.376	4.815	5.332	5.779	5.996	6.259	6.560
% do PIB Saúde	1,60%	1,70%	1,70%	1,70%	1,70%	1,70%	1,70%	1,80%	1,90%	1,80%

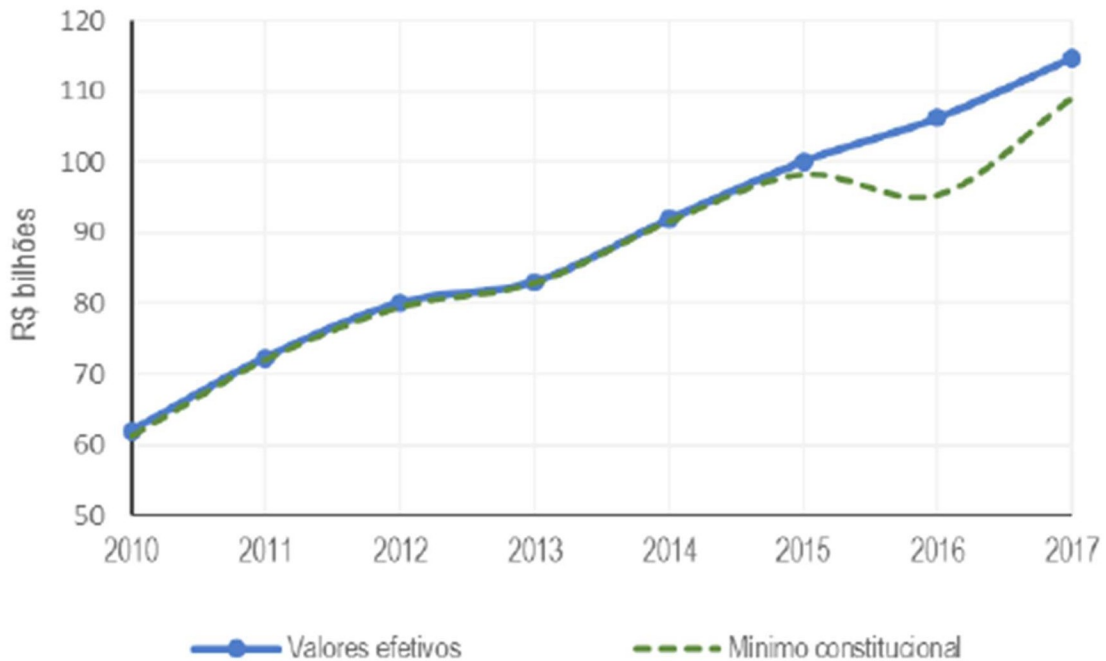
Fonte: Tesouro Gerencial e IBGE; Elaboração: Secretaria do Tesouro Nacional, 2018.

Nesse mesmo período todos os componentes da despesa de saúde se elevaram, exceto aqueles reativos aos Investimentos. A Assistência Farmacêutica e a Vigilância em Saúde foram os responsáveis pelos maiores aumentos dos gastos, especialmente em razão da compra de medicamentos especializados e de imunobiológicos; enquanto isso, as despesas de Média e Alta Complexidade foram as que menos cresceram no período (STN, 2017).

Sob a ótica dos gastos mínimos em ações e serviços públicos de saúde (ASPS), a União cumpriu a execução da despesa entre 2010 e 2017. Até 2015, os valores efetivos se encontravam um pouco acima daquele determinado pela EC 29. Com a alteração promovida pela EC 86, o valor gasto em saúde em 2016 foi superior ao mínimo constitucional em relação aos outros anos, sendo que a diferença se reduziu

novamente em 2017. (STN, 2017). O gráfico abaixo ilustra o comportamento dos valores gastos em saúde e o mínimo constitucional no período avaliado.

Gráfico 3: Despesas em ações e serviços públicos de saúde no Brasil entre 2010 e 2017



Fonte: Tesouro Nacional (RREO); Elaboração: Secretaria do Tesouro Nacional, 2018

Ao avaliar as despesas em saúde no Brasil segundo dados do Banco Mundial observa-se que, em 2015, o país teve um gasto público na área equivalente a 3,8% do PIB, valor um pouco acima da média de 3,6% observada na América Latina e no Caribe e relativamente abaixo da média auferida nos países da OCDE, que apresentaram gastos públicos em saúde em torno de 6,5% do PIB. Nesse sentido, cabe ressaltar que o processo de inversão demográfica se encontra em um estágio mais avançado nos países desenvolvidos que no Brasil (STN, 2017).

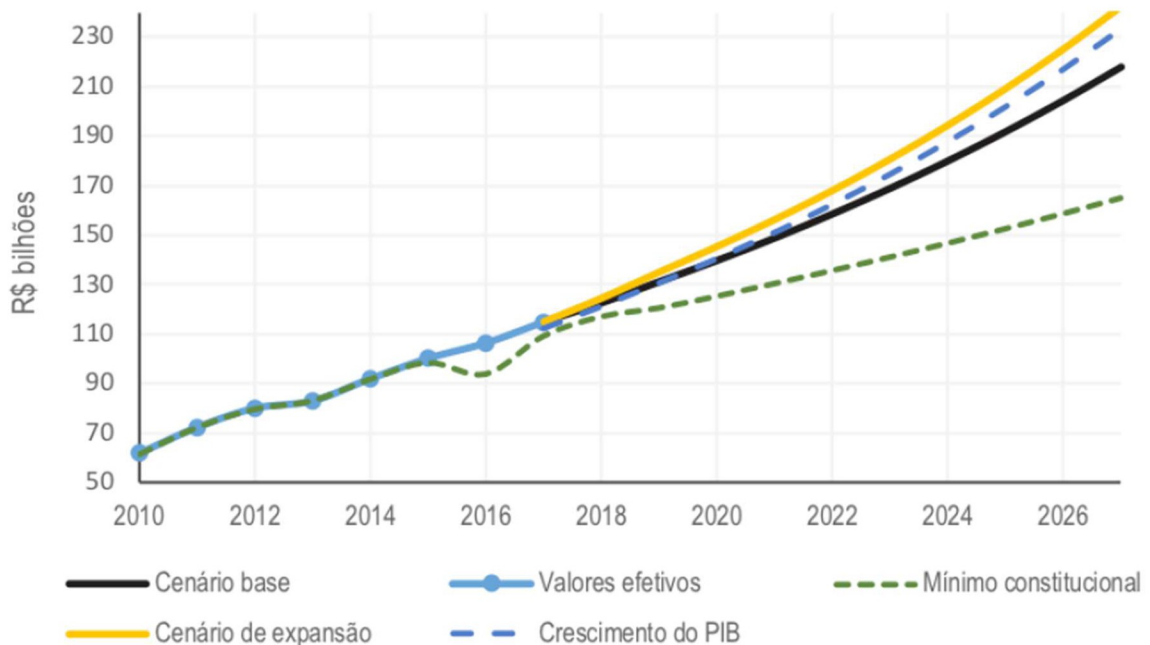
Ao comparar os dispêndios governamentais em 2015 com outros países que apresentam sistemas universais de saúde, como o Reino Unido e a Suécia, nota-se um valor consideravelmente menor desses no cenário brasileiro. Entretanto, ao analisar os gastos totais em saúde, é possível perceber uma aproximação dessa variável no Brasil com relação à média observada na OCDE. Nesse sentido, constata-

se que o gasto privado em saúde no Brasil supera o gasto público, o que não é observado em países com cobertura universal dos serviços (STN, 2017).

Ainda, ao avaliar os principais fatores responsáveis pelas despesas em saúde, é importante apontar que, normalmente, os preços relativos dos serviços de saúde possuem crescimento contínuo, possuindo inflação acima da média da economia. Essa aceleração dos preços é denominada efeito Baumol, e leva ao aumento dos custos acima do IPCA. Em adição, o envelhecimento populacional também gera tendência de aumento nos gastos em saúde. No ano de 2017 os atendimentos ambulatoriais e hospitalares da população acima de 50 anos do Brasil, que representa cerca de 22% da população total, foi responsável por aproximadamente metade das despesas com essa área de serviços (STN, 2017).

Nessa perspectiva, a análise da projeção futura em gastos com saúde é um meio de avaliar e planejar os próximos passos da política de saúde, conforme mostra o Gráfico 4.

Gráfico 4: Projeção das despesas em ações e serviços públicos de saúde, em bilhões correntes



Fonte: Secretaria do Tesouro Nacional (2017)

Dentre as variáveis apresentadas, o cenário base avalia o avanço dos custos de oferta dos serviços, o crescimento da população e o processo de inversão demográfica. Já o cenário de expansão considera, além desses elementos, o aumento da oferta de alguns serviços. Nota-se, nesse sentido, um incremento considerável das despesas em saúde esperadas para os próximos anos, e um consequente afastamento contínuo do mínimo constitucional exigido pela EC 95 (STN, 2017).

3.4 Política pública de Saúde em Minas Gerais

Assim como no âmbito federal, a saúde é inserida na Constituição Estadual de Minas Gerais de 1989 enquanto um direito de todos e dever do Estado, garantida via políticas socioeconômicas que busquem eliminar o risco de doenças e outros agravos e pelo acesso universal e igualitário às ações e serviços desenvolvidos com vistas à sua promoção, proteção e recuperação. Ela é inserida no Título IV, Capítulo I, que trata da ordem social (MINAS GERAIS, 2021a).

A Constituição Estadual de Minas Gerais estabelece que o direito à saúde leva à garantia de:

- I – condições dignas de trabalho, moradia, alimentação, educação, transporte, lazer e saneamento básico;
- II – acesso às informações de interesse para a saúde, obrigado o Poder Público a manter a população informada sobre os riscos e danos à saúde e sobre as medidas de prevenção e controle;
- III – dignidade, gratuidade e boa qualidade no atendimento e no tratamento de saúde;
- IV – participação da sociedade, por intermédio de entidades representativas, na elaboração de políticas, na definição de estratégias de implementação e no controle das atividades com impacto sobre a saúde (MINAS GERAIS, 2021a).

Conforme tratado anteriormente, a CF/88 estabelece que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada constituídos por um sistema único, permeado pelas diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. Essas mesmas diretrizes estão presentes no texto constitucional estadual, sendo complementadas pela inclusão de três novas diretrizes: a regionalização de ações da competência do Estado; a participação complementar de instituições privadas no SUS, realizada por meio de contrato ou convênio; e a

valorização do profissional da saúde, garantindo planos de carreira e condições para reciclagem regular (MINAS GERAIS, 2021a).

Adicionalmente, a Constituição Mineira estabelece novas competências ao Estado no âmbito do SUS, além daqueles já listados anteriormente por lei federal, quais sejam:

- I – controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos
- II – executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, e as de saúde do trabalhador;
- III – ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde;
- IV – participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
- V – incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;
- VI – fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, e bebidas e águas para o consumo humano;
- VII – participar do controle e da fiscalização da produção, do transporte, da guarda e da utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- VIII – colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o de trabalho;
- IX – adotar rígida política de fiscalização e controle da infecção hospitalar e de endemias;
- X – garantir o atendimento prioritário nos casos legais de interrupção da gravidez;
- XI – gerir o fundo especial de reserva de medicamentos essenciais, na forma da lei;
- XII – promover, quando necessária, a transferência do paciente carente de recursos para outro estabelecimento de assistência médica ou ambulatorial, integrante do sistema único de saúde, mais próximo de sua residência;
- XIII – promover a instalação de estabelecimentos de assistência médica de emergência nas cidades-polo;
- XIV – executar as ações de prevenção, tratamento e reabilitação, nos casos de deficiência física, mental e sensorial;
- XV – implementar, em conjunto com os órgãos federais e municipais, o sistema de informação na área da saúde (MINAS GERAIS, 2021a).

O saneamento básico também está presente na seção que trata da saúde na Constituição Estadual de Minas Gerais, tendo uma subseção única reservada para ele no texto constitucional.

3.4.1 Instrumentos de Planejamento

De acordo com Michaelis (1998), planejamento é a delimitação de ações a fim de alcançar metas e objetivos estabelecidas por uma empresa, órgão do governo, etc. Nesse sentido, é possível entender que o planejamento envolve o desenho de planos, para que tais objetivos sejam alcançados. No âmbito da administração pública, o planejamento possui grande importância, uma vez que é por meio dele que são definidas as metas de curto e longo prazo para cada gestão.

De forma geral o planejamento governamental é composto de diretrizes, planos, programas, peças legais e indicadores, requerendo suporte metodológico do processo de planejamento que permite acolher e organizar os conteúdos, estruturação lógica de seu desenvolvimento através da análise econômica de todos os setores que influi diretamente no desempenho da economia e os seus impactos da sociedade e as responsabilidades de cada governo (SOUZA; CARVALHO, 2016, p. 27).

Sob esse aspecto, a Constituição Mineira de 1989 apresenta seus instrumentos de planejamento governamental, quais sejam: o Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI); o Plano Plurianual de Ação Governamental (PPAG); a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO); e a Lei Orçamentária Anual (LOA).

O PMDI é estabelecido pelo artigo 231 da Constituição Estadual de 1989, e visa demonstrar o planejamento de longo prazo do governo estadual.

O PMDI estabelece objetivos e diretrizes estratégicas, que se estendem aos planos de curto e médio prazo (tal qual o Plano Plurianual de Ação Governamental - PPAG) e articula, por sua concepção abrangente, as ações e programas formulados pelos órgãos do Governo, de modo a conferir coerência aos processos decisórios e níveis satisfatórios de coordenação e integração de determinado projeto político (MINAS GERAIS, 2021d).

Por sua vez, os demais instrumentos são estabelecidos no artigo 153 da Constituição Mineira de 1989. O PPAG tem duração de quatro anos, iniciando no segundo ano de mandato de uma gestão e findando ao término do primeiro ano de mandato da gestão seguinte.

O Plano Plurianual de Ação Governamental (PPAG) é o instrumento normatizador do planejamento da administração pública estadual de médio prazo. É a referência para a formulação dos programas governamentais, orientando acima de tudo as proposições de

diretrizes orçamentárias e das leis orçamentárias anuais. O PPAG define qual será o escopo de atuação do Estado para um período de quatro anos, ou seja, define os programas e ações de governo, com suas respectivas metas físicas e orçamentárias, que serão executados durante esse período (MINAS GERAIS, 2021d).

No que lhe concerne, a LDO deve ser compatível com os programas e ações descritos no PPAG. A LDO apresenta as metas e prioridades da administração pública mineira, abrangendo as despesas de capital a serem executadas no próximo exercício financeiro, servindo de orientação para elaboração da LOA e tratando alterações em normativas tributárias, além de determinar a política de aplicação das agências financeiras oficiais de fomento. Por fim, a LOA é o instrumento onde são previstas as receitas a serem arrecadadas e a autorização das despesas públicas.

Dada a tamanha importância da saúde no contexto brasileiro, a área possui seus próprios instrumentos de planejamento, além de ser incluída naqueles previamente mencionados. De acordo com a Lei nº 8.080/1990, o processo de planejamento e orçamento do SUS deve ser ascendente, partindo do nível local até chegar ao federal, conciliando as necessidades e prioridades da política de saúde com a disponibilidade de recursos (BRASIL, 1990a).

O sistema de planejamento e gestão do SUS se compõe por três instrumentos: o Plano Estadual de Saúde (PES), a Programação Anual de Saúde (PAS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG). O PES é o instrumento que direciona a elaboração do orçamento governamental com relação à saúde, possuindo vigência de quatro anos.

O Plano de Saúde, instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de quatro anos, explicita os compromissos do governo para o setor saúde e reflete, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera. Configura-se como base para a execução, o acompanhamento e a avaliação da gestão do sistema de saúde e contempla todas as áreas da atenção à saúde, a fim de garantir a integralidade desta atenção e é elaborado observando os prazos do PPA conforme definido nas Leis Orgânicas dos Entes (BRASIL, 2015, p. 37).

Por sua vez, a PAS "(...)" é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde e tem por objetivo anualizar as metas do Plano de Saúde e prever

a alocação dos recursos orçamentários a serem executados” (BRASIL, 2015, p. 38). Já o RAG é definido como

(...) o instrumento de gestão com elaboração anual que permite ao gestor apresentar os resultados alcançados com a execução da PAS e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde (BRASIL, 2015, p. 38).

Dados os objetivos do presente trabalho, será apresentado um panorama do desenho estratégico da política de saúde pública em Minas Gerais. Para tanto, realizou-se a análise dos PMDI 2011-2030, 2016-2027 e 2019-2030, a fim de observar de que forma o planejamento da saúde foi feito vislumbrando-se o longo prazo pelas diferentes gestões que estiveram à frente da administração pública mineira ao longo da última década.

3.4.1.1 PMDI 2011-2030

O Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI) 2011-2030 preconiza a oferta de serviços públicos com qualidade, de forma integrada e com maior eficiência, a fim de atender aos níveis de complexidade que a sociedade alcançou nos últimos tempos. Para tanto, a proposta do governo mineiro 2011-2015 para garantir maior integração e eficiência foi a adoção da gestão em rede. No setor público, uma estrutura em rede é formada pela cooperação de organizações públicas, privadas e sem fins lucrativos e/ou individuais, a fim de alcançar determinados objetivos (MANDELL, 1988 *apud* DUARTE; HANSEN, 2010, p. 3)¹. Nesse sentido, a gestão em rede busca garantir uma atuação transversal do Estado, promovendo o estabelecimento de laços entre diferentes setores sociais para atender às demandas da sociedade (MINAS GERAIS, 2011).

Essa articulação institucional nova proposta em Minas Gerais se desenvolveu a partir das Redes de Desenvolvimento Integrado, que procuravam integrar as atividades do governo em esferas distintas, além de promover ações cooperativas entre outros níveis de governo e instituições. No PMDI 2011-2030 são definidas 11 Redes de Desenvolvimento Integrado, que funcionava enquanto base para a organização das

¹ MANDELL, M. Intergovernmental management in interorganizational network: a revised perspective. *International Journal of Public Administration*. Vol. 11, N. 4, p. 393-416, 1988.

estratégias desenvolvimentistas do Estado, sendo elas: Rede de Educação e Desenvolvimento Humano, Rede de Atendimento em Saúde, Rede de Defesa e Segurança, Rede de Desenvolvimento Social e Proteção, Rede de Desenvolvimento Econômico e Sustentável, Rede de Ciência, Tecnologia e Inovação, Rede de Desenvolvimento Rural, Rede de Identidade Mineira, Rede de Cidades, Rede de Infraestrutura e Rede de Governo Integrado, Eficiente e Eficaz.

No que diz respeito à Rede de Atenção em Saúde, sua meta síntese é “população com maior qualidade e expectativa de vida”, mostrando o objetivo final das ações implementadas pelo governo. O PMDI apresenta um diagnóstico de áreas da saúde que se colocam enquanto os principais desafios a serem enfrentados pelo governo mineiro pelos anos seguintes.

O primeiro desafio se relaciona ao aumento da expectativa de vida da população mineira, que passou de 69,3 anos em 2000 para 75,1 anos em 2009. Tal fato corrobora o processo de transição demográfica e epidemiológica discutidos em seções anteriores, que é responsável pela maior incidência de doenças crônicas entre a população, as quais possuem alta frequência de agudizações e consequente uso dos serviços de urgência e emergência (SOUZA, p. 7). Também é abordado o problema da mortalidade infantil que, mesmo apresentando valores decrescentes ao longo dos anos, ainda se mantinha acima do valor considerado aceitável pela Organização Mundial de Saúde.

Em adição, o enfrentamento à incidência das causas externas à saúde é posto enquanto um problema a ser enfrentado. As denominadas causas externas se relacionam a acidentes e violências capazes de ocasionar lesões e são listadas na Classificação Internacional de Doenças – CID10 (JORGE; KOIZUMI; TONO, 2007, p. 38). Nesse contexto, o PMDI 2011-2030 destaca a importância de ações de prevenção no combate ao avanço da morbimortalidade por causas externas, dada a taxa elevada deste indicador para jovens entre 15 e 24 anos no estado, muitas vezes relacionada à violência.

Um outro pilar da saúde no PMDI 2011-2030 é a ampliação do saneamento básico, cujo acesso ainda se mostrava bastante desigual em Minas Gerais. É evidenciado que, em 2010, 75,4% das habitações mineiras possuíam rede de esgotamento sanitário, número bastante superior à cobertura de 69,5% observada em 2000, mas

ainda distante da média de 81% das habitações equipadas com rede de esgoto da região Sudeste.

É destacado, também, a importância da Atenção Primária à Saúde para o modelo de redes proposto pelo governo. Este se configura enquanto a principal via de acesso do cidadão ao sistema de saúde, especialmente por meio do Programa Saúde da Família (PSF) nos municípios, que possuía níveis de cobertura satisfatórios à época de lançamento do PMDI 2011-2030.

Para enfrentar os desafios elencados acima, o PMDI 2011-2030 apresenta cinco objetivos estratégicos, para os quais são desenvolvidos indicadores e metas. Os objetivos são:

- 1) Universalizar o acesso à atenção primária;
- 2) Reduzir as disparidades regionais no atendimento à saúde;
- 3) Consolidar as redes de atenção à saúde em todo o estado;
- 4) Melhorar os indicadores de morbimortalidade entre a população juvenil;
- 5) Estimular maior cuidado do cidadão com a própria saúde (MINAS GERAIS, 2011).

Além disso, são apresentadas as estratégias prioritárias a serem utilizadas pela Rede de Atenção em Saúde para lograr os objetivos acima descritos, quais sejam:

- 1) Expandir e aprimorar as redes de atenção à saúde, com prioridade para as redes de urgência e emergência e redes da mulher e da criança.
- 2) Desenvolver, implantar e manter ações de estímulo ao autocuidado, baseadas na mobilização da sociedade e orientadas para a alteração de comportamentos nocivos à saúde individual e coletiva.
- 3) Universalizar e aprimorar a qualidade da atenção primária com foco na população usuária do SUS e ênfase em ações de promoção da saúde e de prevenção.
- 4) Ampliar a cobertura e o número de equipes do Programa Saúde da Família (PSF) e capacitá-las, mediante apoio aos municípios na estruturação, organização e custeio dessas equipes e das Unidades Básicas de Saúde (UBS).
- 5) Qualificar a gestão da Saúde, com estímulos a criação e manutenção de modelos orientados para resultados, que promovam parcerias entre o Estado e Organizações não Estatais, priorize o pagamento de provedores e profissionais por desempenho, incorpore novas tecnologias e métodos de gestão que aumentem a qualidade do atendimento e qualifique melhor o gasto público.

- 6) Integrar os órgãos públicos e instâncias não governamentais de todas as esferas, criando instâncias para coordenação das ações intersetoriais, em especial na política sobre drogas.
- 7) Ampliar a rede de saneamento básico (MINAS GERAIS, 2011).

3.4.1.2 PMDI 2016-2027

O PMDI 2016-2027 possui como pilar central a concepção de meios para um novo modelo de desenvolvimento econômico e social sustentável em Minas Gerais, norteado pela participação social, inclusão social e integração territorial, com vistas ao estabelecimento de um ciclo de desenvolvimento cujo objetivo principal é a redução das desigualdades regionais e sociais no Estado. Ele é desenvolvido em torno de cinco eixos: Desenvolvimento Produtivo, Científico e Tecnológico; Infraestrutura e Logística; Saúde e Proteção Social; Segurança Pública; e Educação e Cultura.

O eixo Saúde e Proteção Social é composto pelas áreas temáticas saúde, assistência social e trabalho, desenvolvimento e integração do Norte e Nordeste de Minas Gerais, direitos humanos e esportes. Com relação à saúde, a grande desigualdade existente em Minas Gerais é posta enquanto um dificultador da gestão da área, uma vez que tal cenário possibilita a combinação de dificuldades e enfermidades características de sociedades em desenvolvimento, como as doenças infectocontagiosas, com aquelas típicas de sociedades desenvolvidas, ou seja, as doenças crônicas não transmissíveis e o envelhecimento populacional. Nesse sentido, o processo de transição demográfica e epidemiológica é novamente apontado enquanto uma preocupação central para o governo na área da saúde.

O diagnóstico apresentado em relação à situação da saúde em Minas Gerais aponta diversos desafios a serem enfrentados, tendo alguns deles já sido elencados no PMDI anterior, como é o caso da taxa de mortalidade infantil do processo de transição demográfica e epidemiológica. Além disso, destaca-se que Minas Gerais possui uma proporção maior de pessoas que afirmam sofrer de doenças crônicas, especialmente em idades mais avançadas. Dessa forma, o PMDI 2016-2027 reforça a necessidade de tratamento dessas doenças de forma integral e contínua, utilizando serviços e equipamentos com elevado grau de tecnologia e promovendo hábitos de vida saudável.

Nesse cenário, a construção de redes coordenadas na atenção primária se mostra de extrema importância, uma vez que a organização da prestação desses serviços ainda sofria de altos graus de fragmentação. Assim, o desafio imposto com relação às redes de atenção à saúde reside na necessidade de ampliar o conhecimento acerca de avanços e dificuldades nelas, a fim de reconhecer os principais gargalos e, conseqüentemente, reavaliar a forma de implementação das redes, buscando maior efetividade em sua atuação. Em adição, o fortalecimento dos hospitais regionais é posto enquanto forma de fortalecimento da rede de atenção à saúde.

Também se aponta a necessidade de ampliar a interlocução entre estado e municípios, uma vez que este último é o grande responsável pelas ações de atenção primária, que são capazes de solucionar grande parte dos casos em que atua, além de ser a porta de entrada ao sistema de saúde brasileiro. Entretanto, de modo geral, os PSF ainda são vistos como unidades de atendimento pontual, e não como uma estratégia norteadora do SUS. Nessa conjuntura, o PMDI 2016-2027 indica o desafio do estado de modificar essa visão, mediante a emissão de normas de orientação aos municípios quanto à prestação de serviços na atenção primária, assim como pelo desenvolvimento de indicadores que visem melhorar a qualidade de tal nível de atenção a nível municipal.

Com vistas ao enfrentamento dos desafios supracitados, são apresentados os objetivos estratégicos apresentados pelo PMDI 2016-2027:

- 1) Investir prioritariamente na atenção básica à saúde, universalizar a sua cobertura e ampliar a sua resolutividade, a qualidade do cuidado e a promoção da saúde;
- 2) Fortalecer o papel regulador do Estado, por meio da cogestão dos complexos reguladores e aperfeiçoamento das demais funções de regulação em saúde, ampliando-o para todos os níveis de atenção e estabelecendo divisão clara de responsabilidade entre os atores envolvidos;
- 3) Garantir acesso universal, equidade e integralidade ao atendimento hospitalar estabelecendo uma política de atenção hospitalar, em consonância com a política nacional, que defina os hospitais como ponto integrado às redes de saúde;
- 4) Definir modelo de implementação de sistemas, articulação e disseminação de informações necessárias às ações e serviços de saúde, em consonância com as diretrizes nacionais;
- 5) Instituir atenção especializada multidisciplinar e articulada com os demais níveis de atenção, garantindo acesso universal e regulado, estabelecendo estrutura adequada de apoio ao diagnóstico e tratamento;

- 6) Apoiar os municípios no processo de planejamento e gestão do SUS para o desenvolvimento de políticas de saúde focadas no cidadão e em consonância com as especificidades regionais, com transparência e participação social;
- 7) Articular atores e territórios para a consolidação das redes de saúde e do trabalho intersetorial, reconhecendo as instâncias de pactuação regionais e as Unidades Regionais de Saúde como fundamentais a este processo;
- 8) Valorizar os trabalhadores do SUS, estimulando e ampliando os espaços e fóruns de participação interna e a humanização do trabalho, tendo a educação permanente como estratégia para qualificar a produção do cuidado;
- 9) Fortalecer a capacidade de gestão dos municípios e regionais para ações de atenção primária, promoção e vigilância em saúde (MINAS GERAIS, 2016).

Em adição, são elencadas as estratégias prioritárias a serem desenvolvidas na área da saúde, quais sejam:

- 1) Ampliar a capacidade instalada na região ampliada para suprir as necessidades regionais e definir o modelo de governança da atenção especializada integrada às redes prioritárias de atenção à saúde e à assistência farmacêutica;
- 2) Fortalecer a atenção básica para que ela se torne efetivamente integral, resolutiva e coordenadora do cuidado;
- 3) Ampliar o financiamento na Atenção Básica, revendo os valores dos incentivos repassados aos municípios para o desenvolvimento das atividades nesse nível de atenção, reduzindo o baixo cofinanciamento estadual;
- 4) Garantir a coordenação do cuidado, promovendo a articulação entre os diversos pontos de atenção, estabelecendo fluxos e instrumentos de relação (prontuário eletrônico, protocolos clínicos, gestão da clínica e linhas de cuidado);
- 5) Garantir a integralidade da atenção especializada, através da implantação de novas unidades ou reestruturação as existentes, nos moldes do Centro de Especialidade Multiprofissionais – CEM, em cada região de saúde do Estado e levando-se em consideração as especificidades regionais;
- 6) Ter a regulação assistencial como função gestora compartilhada, estabelecendo a cogestão das centrais macrorregionais de regulação e a criação da função de gestor de contratos para as principais referências;
- 7) Revisar e implantar as redes com a avaliação do desempenho, das necessidades e do papel de cada ponto de atenção nas regiões de saúde;
- 8) Fortalecer e criar mecanismos capazes de ampliar e garantir a participação dos diversos atores do SUS nas discussões das ações e serviços de saúde nas instâncias de governança, em especial as Comissões Intergestoras Regionais (CIR) e as Comissões Intergestoras Regionais Ampliadas (CIRA), garantindo

- foco regional nas ações e priorizando processos de planejamento integrados, participativos e ascendentes;
- 9) Qualificar os gestores em todos os níveis para definição e execução das propostas de Educação Permanente em Saúde, enfatizando a interação entre o cuidado, a gestão, o ensino e o controle social;
 - 10) Apoiar os municípios e as regionais na reorganização do processo de trabalho estabelecendo padrões e critérios mínimos de infraestrutura e recursos humanos e promovendo a integração das ações de vigilância em saúde de forma a garantir maior resolubilidade das ações;
 - 11) Direcionar a organização e gestão dos hospitais contemplando seu papel assistencial nas redes de atenção prioritárias;
 - 12) Definir e/ou fortalecer os fóruns e comitês de governança regional em saúde, fundamentalmente as Comissões Intergestores Regionais (MINAS GERAIS, 2016).

3.4.1.3 PMDI 2019-2030

O PMDI 2019-2030 se apoia em duas temáticas de extrema importância para o estado: a recuperação fiscal, a fim de retomar a capacidade estatal de realizar investimentos e desenvolver políticas públicas, e o desenvolvimento sustentável. A organização de suas diretrizes estratégicas é dividida em Áreas Temáticas Finalísticas, que são aquelas responsáveis por atender diretamente o cidadão e se apresentam enquanto principais destinadoras de esforços e recursos (Agricultura, Pecuária e Abastecimento; Cultura e Turismo; Desenvolvimento Econômico; Desenvolvimento Social; Educação; Infraestrutura e Mobilidade; Meio Ambiente; Saúde; Segurança Pública) e Áreas Temáticas de Apoio, que fornecem suporte para que as Áreas Temáticas Finalísticas possam lograr sucesso em seus objetivos (Advocacia-Geral; Fazenda; Governo e Gabinete Militar; Combate à Corrupção; Integridade e Ouvidoria).

Os princípios norteadores da ação governamental apresentados no PMDI 2019-2030 são:

- 1) Foco no resultado e não nos meios.
- 2) O cidadão é quem gera riqueza, não o estado.
- 3) Estímulo à concorrência; garantia e proteção de propriedade e patrimônio.
- 4) Equilíbrio fiscal com base na redução e no controle das despesas, e redução da tributação a longo prazo.
- 5) Descentralização de decisão e delegação de funções a terceiros.
- 6) Desburocratização dos processos em geral.

- 7) Simplificar e dar mais eficiência, clareza e objetividade às ações, acompanhando a efetividade das mesmas.
- 8) Integração entre áreas e órgãos por meio de ações e informações transparentes e compartilhadas.
- 9) O servidor e o cidadão são autônomos, responsáveis e responsabilizáveis por seus atos.
- 10) Meritocracia (MINAS GERAIS, 2019).

Adicionalmente, os objetivos estratégicos do PMDI 2019-2030 são apresentados de forma generalizada, sendo eles:

- 1) Ser um Estado simples, eficiente, transparente e inovador.
- 2) Aumentar a segurança e a sensação de segurança.
- 3) Proporcionar acesso a serviços de saúde de qualidade.
- 4) Proteger, recuperar e promover o uso sustentável dos ecossistemas.
- 5) Ser referência em qualidade, eficiência e oportunidade em ensino.
- 6) Reduzir a vulnerabilidade social, promovendo a trajetória para autonomia.
- 7) Desestatizar e estabelecer parcerias com o setor privado.
- 8) Recuperar o equilíbrio econômico e financeiro do Estado.
- 9) Ser o melhor destino turístico e cultural do Brasil.
- 10) Ser o estado mais competitivo e mais fácil de se empreender no Brasil em agronegócio, indústria e serviços, propiciando ambiente para mais geração de emprego e renda (MINAS GERAIS, 2019).

Com relação à saúde, o diagnóstico apresentado pelo PMDI 2019-2030 também apresenta interseccionalidade com aqueles dos anos anteriores, bem como inclui novas questões. No que diz respeito à taxa de mortalidade infantil, é abordado o desafio de retomar o percurso de redução desse indicador, uma vez que este apresentava estabilidade desde 2014.

A respeito da atenção primária, discute-se que a proporção de internações hospitalares em função de condições sensíveis à atenção básica apresentava certa redução ao longo dos anos, atingindo 29,65% em 2018. Entretanto, tais internações ainda não haviam atingido a meta de resolutividade da atenção primária, estabelecida em 80% (ou seja, um valor ideal para a proporção de internações hospitalares por condições sensíveis à atenção básica deveria estar abaixo de 20%), tal qual indica a Política Nacional de Atenção Básica (MINAS GERAIS, 2019). Nesse cenário, o fortalecimento e ampliação da atenção primária se coloca enquanto desafio para a gestão estadual. Em adição, o fortalecimento da atenção secundária e terciária se

mostra importante, uma vez que permite a melhor operacionalização dos serviços de atenção primária.

Adicionalmente, é avaliada a existência de discrepâncias macrorregionais com relação à taxa de resolubilidade, que possibilita a medida do nível logrado pela regionalização de assistência à saúde. Enquanto algumas macrorregiões apresentam taxa de resolubilidade acima de 99%, outras possuem esse indicador abaixo dos 60%.

Um outro desafio que se apresenta no PMDI 2019-2030 relaciona-se à judicialização da saúde, cujos processos geraram despesas na casa dos R\$219 milhões em 2017. Nesse sentido, a resolução de problemas de saúde em níveis mais básicos pode evitar dispêndios dessa natureza ao estado.

Para a resolução dos desafios elencados, o PMDI 2019-2030 institui as diretrizes estratégicas para a área da saúde, quais sejam:

- 1) Recuperar o poder de gestão da saúde no âmbito da judicialização, buscando solucionar problemas nas fontes originárias do conflito.
- 2) Expandir o acesso e melhorar a qualidade da atenção primária, fomentando a incorporação de novas tecnologias, estimulando a integração de sistemas de informação e automatização de processos.
- 3) Fortalecer a atenção secundária e terciária, expandindo a oferta e melhorando a qualidade de serviços regionalizados.
- 4) Fortalecer a estrutura de governança e a regionalização da atenção à saúde, considerando as especificidades regionais e a necessidade de aperfeiçoar ações de apoio institucional junto aos municípios (MINAS GERAIS, 2019).

4 METODOLOGIA

4.1 Descrição e classificação da pesquisa

Para realizar a análise do gasto público com ASPS em Minas Gerais, inicialmente foi feita uma revisão bibliográfica do tema, por meio de busca de textos e artigos científicos que tratassem sobre o tema e seus correlatos. A seguir, os dados dos gastos com a função Saúde – que representam os gastos com ASPS realizados pelo Estado – foram obtidos no Portal da Transparência de Minas Gerais. Eles se referem à execução orçamentária do governo mineiro em todos os anos do período 2010-2020.

Posteriormente, procedeu-se ao tratamento da base de dados e atualização dos valores monetários a valores reais de 2020, de acordo com a tabela do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). Uma vez finalizado esse processo, foi possível realizar análises aqui apresentadas na sessão de discussão dos resultados. Por fim, novas pesquisas bibliográficas e documentais foram feitas, a fim de complementar a análise dos resultados aqui apresentada.

É importante ressaltar que o objetivo do presente trabalho não é avaliar a eficiência dos gastos em saúde em Minas Gerais, mas sim o seu comportamento a partir da classificação da despesa pública. Ademais, ressalta-se que a pesquisa foi desenvolvida a partir dos valores empenhados na função Saúde, uma vez que a LC 141/2012 define que

Art. 24. Para efeito de cálculo dos recursos mínimos a que se refere esta Lei Complementar, serão consideradas:

I - as despesas liquidadas e pagas no exercício; e

II - as despesas empenhadas e não liquidadas, inscritas em Restos a Pagar até o limite das disponibilidades de caixa ao final do exercício, consolidadas no Fundo de Saúde (BRASIL, 2012a).

A classificação de pesquisas sociais pode ser realizada em diversas categorias, que podem contribuir para uma maior elucidação dos propósitos e meios utilizados durante seu desenvolvimento. Dentre essas categorias, destacam-se a classificação da pesquisa de acordo com seus objetivos, seus procedimentos técnicos e sua abordagem.

Com relação aos objetivos da pesquisa, o presente trabalho é classificado enquanto pesquisa descritiva, uma vez que “[...] têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis” (GIL, 2008, p. 28). A partir do estudo, busca-se conhecer melhor o comportamento do gasto público na função Saúde em Minas Gerais no período entre 2010 e 2020, assim como a sua constituição.

No que diz respeito aos procedimentos técnicos, aqueles adotados neste estudo são a pesquisa bibliográfica e a pesquisa documental. De acordo com Gil (2008), a pesquisa bibliográfica é executada a partir de materiais já existentes, como livros e artigos científicos. Nesse sentido, foi realizada uma revisão bibliográfica sobre os principais temas norteadores do projeto, como os gastos públicos, a evolução da política de saúde no Brasil, seu financiamento e desafios. Já a pesquisa documental é definida por Gil (2008) como aquela em que são utilizados materiais desprovidos de tratamento analítico, o que se relaciona às buscas feitas nas bases de dados referentes aos gastos públicos em Minas Gerais na função Saúde, assim como documentos de interesse para a realização do trabalho.

Ainda, o trabalho se desenvolve sob uma abordagem quantitativa. De acordo com Ramos, Ramos e Busnello (2005 *apud* DALFOVO et. al, 2008, p. 6)¹, tal pesquisa se caracteriza por realizar medidas que se descrevem em números, a serem considerados e avaliados. Dessa forma, a análise dos dados das despesas com a função Saúde serão o principal substrato da pesquisa, servindo de norteador para as discussões a serem realizadas.

As bases de dados utilizadas são disponibilizadas no Portal da Transparência do Estado de Minas Gerais e contam com um nível de detalhamento adequado aos propósitos da pesquisa. Para trabalhá-las, os dados de gastos foram tratados de modo a serem apresentados de acordo com as classificações da despesa pública para a função Saúde a que o trabalho se dedica, quais sejam: a subfunção, a categoria econômica e o grupo de natureza de despesa, conforme se descreve a seguir.

¹ RAMOS, P.; RAMOS, M.; BUSNELLO, S. Manual prático de metodologia da pesquisa: artigo, resenha, projeto, TCC, monografia, dissertação e tese.

4.2 Classificação da despesa pública

O conceito de despesa pública pode ser descrito de diversas formas. Ela pode ser definida como a “[...] aplicação de certa quantia, em dinheiro, por parte da autoridade ou agente público competente dentro de uma autorização legislativa, para execução de fim a cargo do Governo” (BALEEIRO, 1992 *apud* FURTADO, 2010, p. 81)¹. Já para Silva (2012 *apud* FURTADO, 2010, p. 81)², a despesa pública pode ser descrita como “[...] desembolsos efetuados pelo Estado no atendimento dos serviços e encargos assumidos no interesse geral da comunidade, nos termos da Constituição, das leis, ou em decorrência de contratos ou outros instrumentos”. Ambas as definições apontam as despesas como gastos monetários efetuados por agentes estatais.

Nesse contexto, as classificações orçamentárias são significativas para garantir transparência às operações de um orçamento (CORE, 2001 *apud* ENAP, 2014, p. 5)³. “Ao mesmo tempo em que permitem certa padronização, as classificações da despesa propiciam a obtenção de informações que são fundamentais à análise do gasto público” (ENAP, 2014, p. 7).

De acordo com Giacomoni (2010), as classificações da despesa orçamentária podem ser divididas em quatro categorias: institucional, funcional, por programas e por natureza da despesa. Para efeitos do trabalho, serão apresentadas as classificações de interesse.

4.2.1 Classificação Funcional

A classificação funcional relaciona os dados acerca dos gastos públicos nos principais campos de atuação do Estado. Ela é regulamentada em todo o território brasileiro por meio da Portaria nº 42/1999, e seu uso é obrigatório para todas as esferas governamentais, o que possibilita a consolidação nacional das despesas realizadas pelo setor público, conforme descrito pela Escola Nacional de Administração Pública (ENAP, 2014). Para Burkhead (1971 *apud* GIACOMONI, 2010, p. 96)⁴ a “[...] classificação funcional pode ser chamada classificação para os cidadãos, uma vez

¹ BALEEIRO, A. *Uma introdução a Ciência das Finanças*. 17. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1992.

² SILVA, L. *Contabilidade governamental: um enfoque administrativo*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

³ CORE, F. *Reforma gerencial dos processos de planejamento e orçamento*. Brasília: ENAP, 2001.

⁴ BURKHEAD, J. *Orçamento público*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1971. p. 145.

que proporciona informações gerais sobre as operações do Governo, que podem ser apresentadas em uma espécie de orçamento resumido”.

O método de classificação funcional da despesa apresenta duas divisões, a função e a subfunção. De acordo com a Portaria nº 42/99

Art. 1º As funções a que se refere o art. 2º, inciso I, da Lei no 4.320, de 17 de março de 1964, discriminadas no Anexo 5 da mesma Lei, e alterações posteriores, passam a ser as constantes do Anexo que acompanha esta Portaria.

§ 1º Como função, deve entender-se o maior nível de agregação das diversas áreas de despesa que competem ao setor público.

(...)

§ 3º A subfunção representa uma partição da função, visando a agregar determinado subconjunto de despesa do setor público.

§ 4º As subfunções poderão ser combinadas com funções diferentes daquelas a que estejam vinculadas, na forma do Anexo a esta Portaria (BRASIL, 1999).

Por meio desse ordenamento, a classificação funcional conta com 28 funções e 109 subfunções.

4.2.2 Classificação por Natureza da Despesa

De acordo com Giacomoni (2010), a classificação por natureza é utilizada nos orçamentos da União desde o exercício de 1990, e sua ampliação para os outros entes federativos ocorreu a partir do exercício de 2002, por meio da publicação da Portaria Interministerial nº 163/2001. Essa categoria da despesa se divide em categorias econômicas, grupos de natureza da despesa e elementos de despesa. Ela também é complementada pela modalidade de aplicação, de acordo com o art. 3º, §1º da Portaria supracitada.

A natureza da despesa será complementada pela informação gerencial denominada “modalidade de aplicação”, a qual tem por finalidade indicar se os recursos são aplicados diretamente por órgãos ou entidades no âmbito da mesma esfera de Governo ou por outro ente da Federação e suas respectivas entidades, e objetiva, precipuamente, possibilitar a eliminação da dupla contagem dos recursos transferidos ou descentralizados. (BRASIL, 2001).

Para fins do presente trabalho, serão apresentadas as definições das categorizações de interesse.

4.2.2.1 Categorias Econômicas

De acordo com a ENAP (2014), a partir das categorias econômicas, é possível conseguir dados macroeconômicos sobre as consequências dos gastos do governo na economia. A classificação econômica

(...) pode proporcionar informes acerca da contribuição do governo à renda nacional e se essa contribuição está aumentando ou diminuindo. Pode indicar, também, a parcela relativa da formação de capital de uma nação, propiciada através do setor governamental. Ela pode indicar, através da comparação entre períodos fiscais, se o governo está contribuindo para criar pressões inflacionárias, em virtude de suas atividades aumentarem a procura, ou se as atividades governamentais têm caráter deflacionário. Esse tipo de classificação pode ainda informar acerca da forma pela qual o impacto das atividades governamentais é transmitido - se por meio de transferências ou pelo uso direto de recursos. (BURKHEAD, 1971 *apud* GIACOMONI, 2010, p. 106)¹.

A classificação das despesas segundo categorias econômicas se divide em duas: as Despesas Correntes e as Despesas de Capital, cujas definições se encontram na Lei nº 4.320/64. As Despesas Correntes são aquelas

[...] que não contribuem, diretamente, para a formação ou aquisição de um bem de capital. Representam encargos que não produzem acréscimos no patrimônio, respondendo, assim, pela manutenção das atividades de cada órgão/atividade (FURTADO, 2010, p. 82).

Já as Despesas de Capital são aquelas "(...) que contribuem, diretamente, para a formação ou aquisição de um bem de capital" (FURTADO, 2010, p. 86).

4.2.2.2 Grupos de Natureza de Despesa

Os grupos de natureza de despesa se relacionam diretamente com as categorias econômicas, conforme mostra o Quadro 1. Seu propósito principal é apontar alguns conjuntos importantes da despesa orçamentária (GIACOMONI, 2010, p. 109).

¹ BURKHEAD, J. Orçamento público. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1971. p. 145.

Quadro 1: Categorias econômicas das despesas e seus grupos

Categorias Econômicas	Grupos
Despesas Correntes	Pessoal e Encargos Sociais
	Juros e Encargos da Dívida
	Outras Despesas Correntes
Despesas de Capital	Investimentos
	Inversões Financeiras
	Amortização da Dívida

Fonte: Giacomoni (2010, p. 109)

As definições dos grupos de natureza de despesa são elencadas no Anexo II da Portaria Interministerial nº 163/2001. Dentre as Despesas Correntes, o grupo Pessoal e Encargos Sociais é definido como

Despesas orçamentárias com pessoal ativo, inativo e pensionistas, relativas a mandatos eletivos, cargos, funções ou empregos, civis, militares e de membros de Poder, com quaisquer espécies remuneratórias, tais como vencimentos e vantagens, fixas e variáveis, subsídios, proventos da aposentadoria, reformas e pensões, inclusive adicionais, gratificações, horas extras e vantagens pessoais de qualquer natureza, bem como encargos sociais e contribuições recolhidas pelo ente às entidades de previdência, conforme estabelece o caput do art. 18 da Lei Complementar 101, de 2000 (BRASIL, 2001).

Enquanto isso, os Juros e Encargos da Dívida são “despesas orçamentárias com o pagamento de juros, comissões e outros encargos de operações de crédito internas e externas contratadas, bem como da dívida pública mobiliária” (BRASIL, 2001). Por fim, o grupo Outras Despesas Correntes se relaciona às

Despesas orçamentárias com aquisição de material de consumo, pagamento de diárias, contribuições, subvenções, auxílio-alimentação, auxílio-transporte, além de outras despesas da categoria econômica "Despesas Correntes" não classificáveis nos demais grupos de natureza de despesa (BRASIL, 2001).

Entre os grupos que se relacionam às Despesas de Capital, o grupo Investimento representam as

Despesas orçamentárias com softwares e com o planejamento e a execução de obras, inclusive com a aquisição de imóveis considerados necessários à realização destas últimas, e com a aquisição de instalações, equipamentos e material permanente (BRASIL, 2001).

Já o grupo Inversões Financeiras é utilizado na classificação das

Despesas orçamentárias com a aquisição de imóveis ou bens de capital já em utilização; aquisição de títulos representativos do capital de empresas ou entidades de qualquer espécie, já constituídas, quando a operação não importe aumento do capital; e com a constituição ou aumento do capital de empresas, além de outras despesas classificáveis neste grupo (BRASIL, 2001).

Por fim, o grupo Amortização da Dívida se refere às “despesas orçamentárias com o pagamento e/ou refinanciamento do principal e da atualização monetária ou cambial da dívida pública interna e externa, contratual ou mobiliária” (BRASIL, 2001).

4.2.2.3 Elementos de Despesa

A classificação por elementos de despesa objetiva reconhecer qual é o objeto imediato associado a cada gasto, tais como contribuições, obras e instalações, vencimentos e vantagens fixas, dentre outros (GIACOMONI, 2010, p. 113).

4.2.3 Demais classificações

A classificação institucional busca demonstrar quais unidades administrativas foram as responsáveis pela execução das despesas. Ela é utilizada para fixar responsabilidades, bem como garantir que controle e avaliação dos gastos sejam efetuados (GIACOMONI, 2010, p. 90).

A classificação programática, também denominada estrutura programática, teve origem na reforma gerencial do orçamento. Tal reforma “[...] prevê que cada nível de governo passará a ter a sua estrutura programática própria, adequada à solução dos seus problemas, e originária do seu plano plurianual” (ENAP, 2014, p. 8). Nesse sentido, a classificação por programas permite observar de que forma os gastos são efetuados para atendimento das demandas da sociedade, considerando as particularidades e necessidades locais.

A classificação por item de despesa “é o elemento suplementar dos elementos de despesa para atendimento das necessidades de escrituração contábil e controle da execução orçamentária” (MINAS GERAIS, 2021).

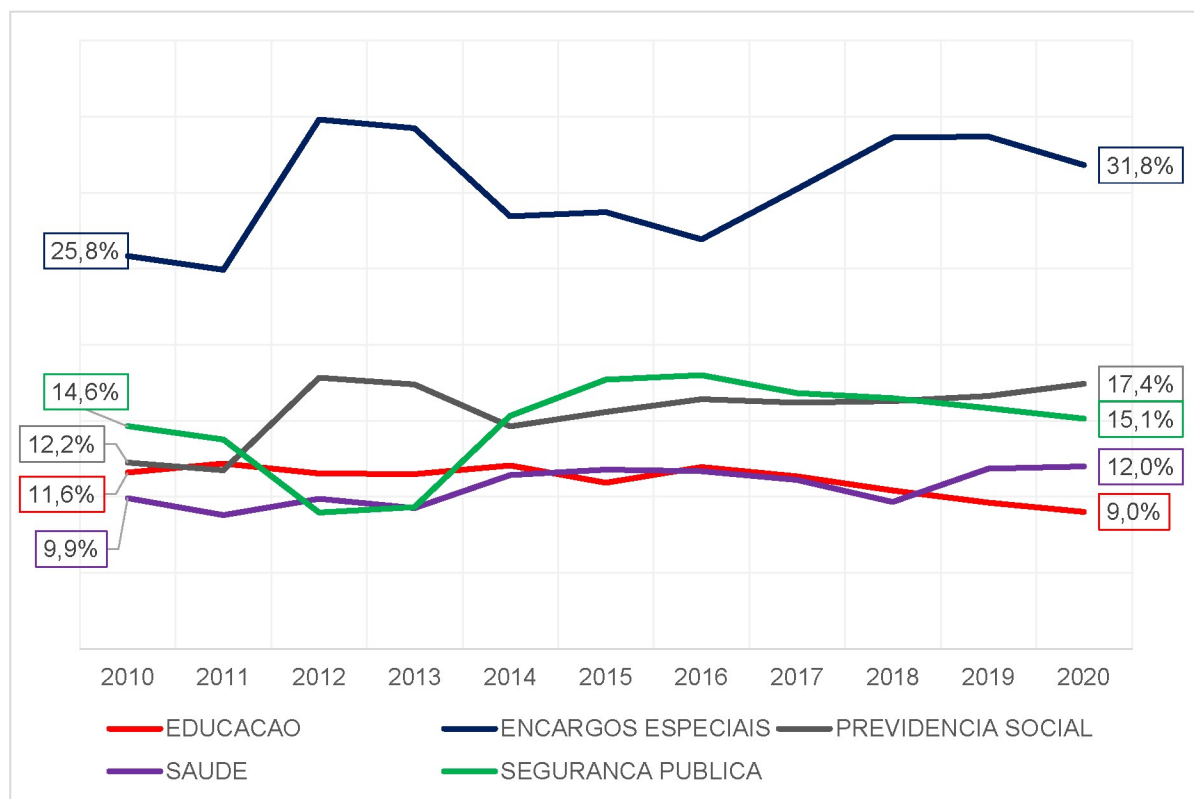
Por fim, a classificação por fontes de recurso aponta a destinação legal dos recursos arrecadados, servindo para demonstrar de que modo as despesas orçamentárias são financiadas (SENADO FEDERAL, 2021).

5 ANÁLISE DOS RESULTADOS

5.1 Gasto público na função Saúde

O Gráfico 5 aponta as funções da despesa pública que tiveram maior expressividade no gasto público de Minas Gerais entre 2010 e 2020. De acordo com a classificação funcional, elas são: Encargos Especiais (28), Previdência Social (09), Segurança Pública (06), Saúde (10) e Educação (12).

Gráfico 5: Percentual de participação das cinco maiores funções no gasto público em Minas Gerais entre 2010 e 2020



Fonte: Elaboração própria a partir de dados do Portal da Transparência de Minas Gerais

A função de maior representatividade no gasto público mineiro é a de Encargos Especiais, a qual tem sua definição expressa na Portaria nº 42/1999. Tal função

(...) engloba as despesas em relação às quais não se possa associar um bem ou serviço a ser gerado no processo produtivo corrente, tais como: dívidas, ressarcimentos, indenizações e outras afins, representando, portanto, uma agregação neutra (BRASIL, 1999).

De acordo com Giacomoni (2010, p. 111), a inclusão dessa função de caráter neutro na classificação funcional é significativa na medida em que evita erros no lançamento das despesas públicas que não se associam a um bem ou serviço, como as transferências para outros entes e os dispêndios com a dívida pública.

Logo depois da função Encargos Sociais, percebe-se uma grande participação das funções Previdência Social e Segurança Pública nos gastos de todo o período, as quais fizeram parte significativa da agenda pública nacional no período observado. No que tange a Previdência Social, a Reforma da Previdência foi realizada pelo Congresso Nacional em 2019, sendo realizada com vistas a controlar o aumento de gastos previdenciários, que demonstravam uma tendência de crescimento muito acelerada nos últimos anos (Tinoco, 2020). Já com relação à Segurança Pública, o Atlas da Violência de 2019 mostra que o Brasil registrou, em 2017, uma taxa de 31,6 homicídios por 100 mil habitantes, o maior número da história, de acordo com pesquisa desenvolvida pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2019, p. 5). Nesse sentido, os esforços do poder público em controlar os números da violência se refletem nos gastos públicos voltados para essa área.

Pontuar que foi a LC 141/2012 quem regulamentou a EC 29/2000 e trouxe efetividade no cumprimento da determinação constitucional.

Por fim, as funções Educação e Saúde completam o rol das cinco áreas que mais demandam recursos públicos em Minas Gerais. Como pontuado anteriormente, a EC 29 estabeleceu os mínimos constitucionais a serem aplicados pelos entes governamentais na área da Saúde, e a LC 141/2012 regulamentou a EC 29, promovendo efetividade no cumprimento da determinação constitucional. A Educação também possui seguridade constitucional quanto ao mínimo de recursos que deve ser aplicado por cada ente, descrita no art. 212 da CF/88:

A União aplicará, anualmente, nunca menos de dezoito, e os Estados, o Distrito Federal e os Municípios vinte e cinco por cento, no mínimo, da receita resultante de impostos, compreendida a proveniente de transferências, na manutenção e desenvolvimento do ensino (BRASIL, 1988)

Nesse sentido, a presença da Saúde e da Educação dentre as funções que possuem maior participação no gasto público mineiro justifica-se pela garantia constitucional de aplicação de recursos voltados para essas áreas, além da demanda popular por

acesso a esses serviços. No período observado, as duas funções mantiveram relativa paridade na participação da despesa pública, com a Educação apresentando dispêndios levemente superiores até 2013. Entre 2014 e 2018, os gastos nas duas áreas foram praticamente semelhantes.

Entretanto, esse quadro foi alterado no biênio final analisado, em que os gastos em Saúde ultrapassaram os gastos com Educação. Isso pode ser explicado pela elevação dos gastos em Saúde devido ao efeito Baumol, que eleva os custos em saúde a preços acima da inflação, além da eclosão da pandemia de Covid-19 no ano de 2020, que gerou maiores despesas para a área de Saúde, concomitantemente à paralisação de aulas presenciais, o que pode ter reduzido os gastos com Educação.

Focando a análise na função Saúde, a Tabela 3 apresenta a participação dos gastos com a função Saúde no valor empenhado total em Minas Gerais e a participação dos gastos na mesma função com relação ao Produto Interno Bruto (PIB) estadual.

Tabela 3: Participação dos gastos na função Saúde nos gastos totais do estado e no PIB do estado – 2010-2020 (valores a preços de 2020)

Ano	% do Valor Empenhado Total do Estado	% do PIB do Estado
2010	9,90%	1,30%
2011	8,79%	1,20%
2012	9,87%	1,41%
2013	9,25%	1,36%
2014	11,42%	1,67%
2015	11,78%	1,93%
2016	11,67%	1,89%
2017	11,09%	1,89%
2018	9,66%	1,62%
2019	11,83%	1,98%
2020	11,99%	1,93%

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do Portal da Transparência de Minas Gerais e Fundação João Pinheiro (2021)

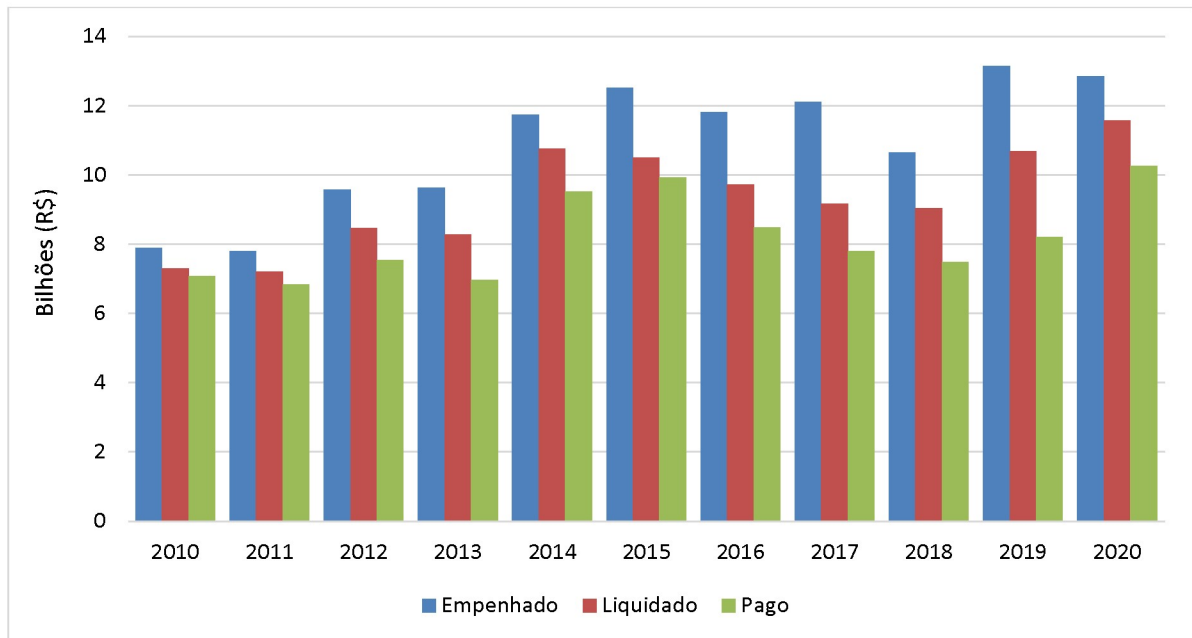
É possível notar que a participação da função Saúde nos gastos empenhados totais do estado apresenta um comportamento relativamente estável no período observado, com acréscimos em alguns anos, seguidos de reduções em outros. As maiores

variações da participação ocorrem no ano de 2014, o que pode ser explicado por uma desaceleração nos gastos totais do Estado em comparação aos anos anteriores aliado à segurança constitucional do mínimo a ser gasto em saúde, e no ano de 2018, em que a meta do mínimo constitucional a ser aplicada em ASPS não foi atingida. Essa questão será mais bem esclarecida no Gráfico 7.

Já com relação ao PIB estadual, nota-se pouca variação entre os anos observados, com períodos de incremento na participação, seguido de anos em que se percebe redução. A maior variação observada ocorreu no ano de 2014, o que pode ser explicado pelo acelerado crescimento nos gastos em saúde nesse ano, juntamente à redução do PIB mineiro.

Para observar melhor o comportamento dos gastos públicos na função Saúde em Minas Gerais na última década, o Gráfico 6 explicita a evolução desses com relação aos estágios da despesa pública

Gráfico 6: Gastos com a função Saúde em Minas Gerais no período 2010 a 2020 (valores a preços de 2020)



Fonte: Elaboração própria a partir de dados do Portal da Transparência de Minas Gerais

O intervalo de tempo foi marcado por oscilações no montante gasto em saúde, apresentando queda em alguns anos e aumento em outros, além de certa estabilidade em alguns biênios. Observando-se as despesas empenhadas, o período entre 2010 e

2015 foi marcado pelo aumento contínuo do gasto em saúde no estado, com exceção do ano de 2011, onde ocorreu uma queda discreta. Entretanto, um decréscimo mais acentuado é observado em, seguido de um leve incremento no ano seguinte. O maior ponto de inflexão no período ocorre em 2018, onde os gastos empenhados na função Saúde sofreram uma queda de cerca de R\$1,5 bilhão, o maior recuo do período. O cenário foi revertido em 2019, onde o valor empenhado em saúde foi o maior em todo o período analisado. Por fim, o ano de 2020 apresentou leve queda, contrariando as expectativas de aumento nos gastos em saúde em função da pandemia de Covid-19.

Entretanto, é interessante notar que, em 2010, os valores empenhados, liquidados e pagos não se diferenciavam muito entre si, ao passo que, ao longo do período observado, a diferença entre esses valores cresceu. Para analisar essa questão mais a fundo, a Tabela 4 apresenta a porcentagem de despesas liquidadas e pagas em relação às empenhadas em cada ano.

Tabela 4: Porcentagem de despesas liquidadas e pagas em relação às despesas empenhadas entre 2010 e 2020

Ano	Valor Empenhado	Valor Liquidado	Valor Pago
2010	100,00%	92,70%	89,80%
2011	100,00%	92,50%	87,70%
2012	100,00%	88,40%	78,70%
2013	100,00%	85,90%	72,20%
2014	100,00%	91,70%	81,00%
2015	100,00%	83,90%	79,20%
2016	100,00%	82,30%	71,90%
2017	100,00%	75,70%	64,40%
2018	100,00%	84,90%	70,30%
2019	100,00%	81,30%	62,40%
2020	100,00%	90,10%	79,80%

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do Portal da Transparência de Minas Gerais

Observando os valores liquidados, nota-se uma tendência de redução desses em relação aos valores empenhados entre 2011 e 2013, com aumento em 2014 e seguido de quedas contínuas até 2017, ano em que ocorreu a maior diferença entre esses dois estágios da despesa. A partir de 2018 os valores liquidados tem oscilado com relação aos empenhados, mas apresentam uma tendência de maior proximidade com aqueles

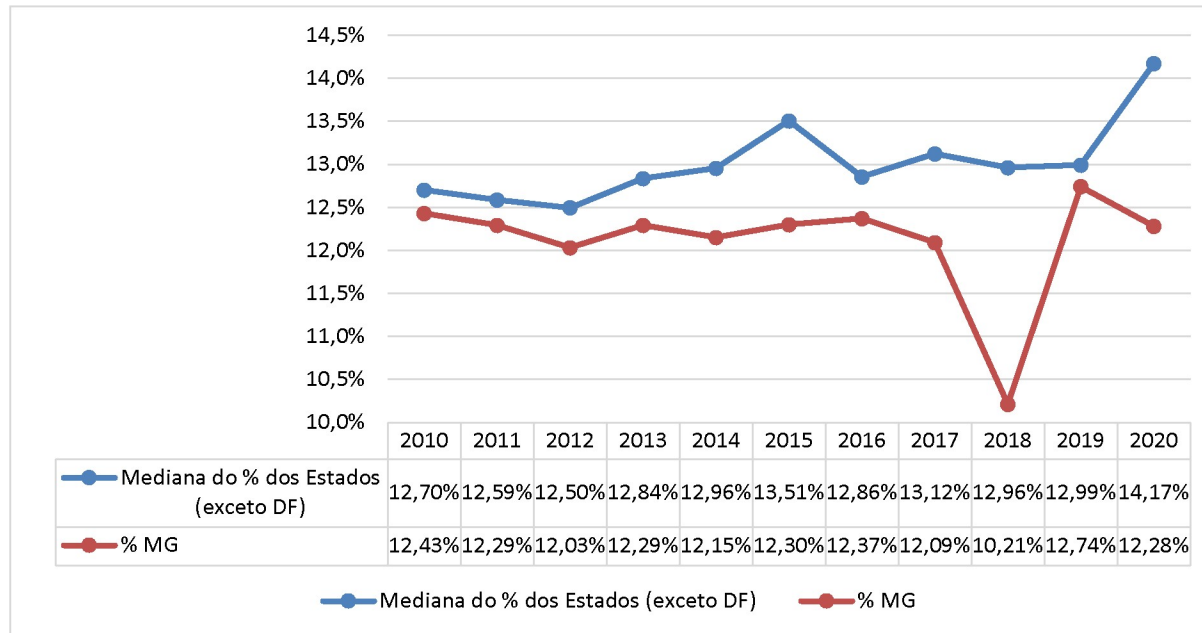
observados no início da década, atingindo a marca de 90,1% de despesas liquidadas em relação às empenhadas em 2020 desde o ano de 2011.

Um comportamento semelhante ao acima descrito é observado ao comparar-se os valores pagos em relação aos valores empenhados nas competências avaliadas. Entretanto, o distanciamento entre a porcentagem paga e a porcentagem empenhada é relativamente maior que aquela percebida entre a porcentagem liquidada e a empenhada, chegando a um patamar de 62,4% das despesas pagas frente às empenhadas em 2019.

Esse fenômeno é analisado por Paiva (2018, p. 100), que afirma que os governos utilizam as despesas empenhadas como forma de comprovação da aplicação do mínimo constitucional em saúde, inscrevendo aquelas que não foram liquidadas nem pagas no ano nos restos a pagar. Entretanto, tal prática é condenada em sua análise, uma vez que o empenho possui natureza orçamentária e não financeira. Dessa forma, o cumprimento do mínimo constitucional é realizado frente aos órgãos de controle, mas, caso não ocorra o pagamento – o que pode acontecer pelo cancelamento de restos a pagar –, não ocorre a saída real do recurso.

Nesse cenário, serão apresentados os dados referentes à aplicação de recursos em ASPS, tanto em Minas Gerais quanto nos demais Estados. A publicação dos demonstrativos de aplicação de recursos em ASPS são feitos por meio do Relatório Resumido da Execução Orçamentária (RREO). Este, por sua vez, foi instituído por meio da Lei Complementar nº 101/2000 (LC 101/2000), também conhecida como Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), com vistas a aprimorar a transparência da gestão fiscal no Brasil. Para avaliar a variação do percentual dos recursos próprios aplicados em ASPS por Minas Gerais na última década, bem como sua comparação frente aos demais Estados brasileiros, construiu-se o Gráfico 7.

Gráfico 7: Percentual dos recursos próprios aplicados em ASPS por Minas Gerais e mediana do percentual aplicado pelos demais Estados (exceto Distrito Federal) no período 2010-2020



Fonte: Elaboração própria a partir de dados do SIOPS

Por meio da série histórica apresentada pelo Gráfico 7, é possível perceber que o percentual dos recursos próprios estaduais aplicados em ASPS apresentou poucas variações, mantendo-se ligeiramente acima do mínimo constitucional exigido, à exceção do ano de 2018, quando ocorreu uma redução bastante expressiva no percentual gasto em saúde. Esse descumprimento foi apontado pela Controladoria-Geral do Estado de Minas Gerais (CGE/MG, 2019, p. 81), bem como o descumprimento quanto à extrapolação do limite máximo de gastos com pessoal e quanto ao limite de gastos na educação.

Ainda, o CGE/MG (2019, p. 72) destaca que o governo de Minas Gerais, através do Decreto nº 47.101/2016, declarou situação de calamidade financeira em Minas Gerais, o que prevê a suspensão de algumas exigências da LRF. Nesse sentido, uma hipótese que justifica o descumprimento do mínimo constitucional em saúde nesse ano é a priorização de pagamento dos gastos com pessoal, dado o cenário de atrasos e parcelamento de salários verificados à época em Minas Gerais (G1, 2018b). Além disso, cabe ressaltar que, nos termos da LC 141/2012, artigo 24, inciso II, somente podem ser consideradas para o cálculo do mínimo constitucional em ASPS as

despesas empenhadas inscritas em Restos a Pagar até o limite das disponibilidades de caixa ao final do exercício, consolidadas no Fundo de Saúde. Nesse cenário, destaca-se que o caixa do Tesouro mineiro estava zerado ao final de 2018. Assim, não havendo disponibilidade de caixa, não foi possível contabilizar parte dos restos a pagar em ASPS, o que levou à queda expressiva do percentual apurado no âmbito da LC 141/2012.

Para construção da série histórica dos demais estados, excluiu-se o Distrito Federal para evitar distorções, uma vez que esse ente apresenta seu percentual gasto em saúde como uma soma dos gastos estaduais e municipais. Optou-se, também, por utilizar a mediana do percentual aplicado por outros Estados, novamente a fim de evitar distorções na série avaliada, uma vez que a base de dados não apresentava caráter uniforme.

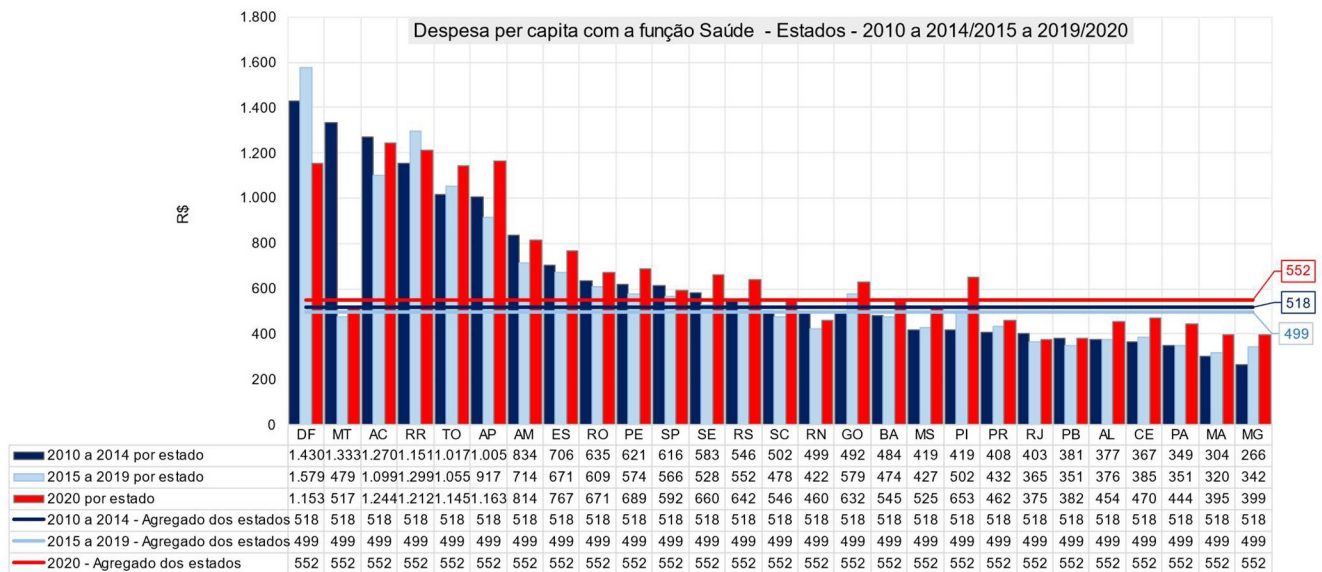
Por meio da comparação sobre o gasto de recursos entre Minas Gerais e os demais estados, é possível notar que, historicamente, Minas Gerais investe um percentual menor de sua receita de recursos próprios em ASPS em comparação aos demais estados, mantendo seus gastos abaixo da mediana nacional em todo o período observado. Ainda, nota-se uma tendência de leve aumento dos gastos dos demais estados até 2014, seguida de um pico no ano seguinte e relativa estabilidade entre 2016 e 2019 em um percentual acima daquele observado no início da década. Ademais, chama atenção o fato de Minas Gerais ter apresentado uma queda expressiva em ASPS em 2020, em contrapartida à variação crescente observada nos demais estados, justificada pelo aumento da demanda por serviços em saúde gerado pela pandemia de Covid-19.

Nesse cenário, nota-se que a redução da participação da União no financiamento do SUS, que teria como consequência o aumento da participação dos demais entes no financiamento da saúde apontado por Funcia (2019) não levou ao aumento do aporte mineiro em saúde com relação ao mínimo constitucional estabelecido. Nesse contexto de redução do aporte federal e estabilidade da participação estadual no financiamento da saúde em Minas Gerais, aliado à crescente demanda por esses serviços, espera-se um aumento da pressão nos orçamentos municipais para desenvolvimento dos serviços de saúde bem acima dos 15% de recursos próprios exigidos. Dessa forma, uma possível consequência do aumento dos gastos municipais em função do baixo aporte federal e estadual é a intensificação das desigualdades regionais, uma vez que

diversos municípios não apresentam arrecadação suficiente para cobrir suas demandas por ASPS.

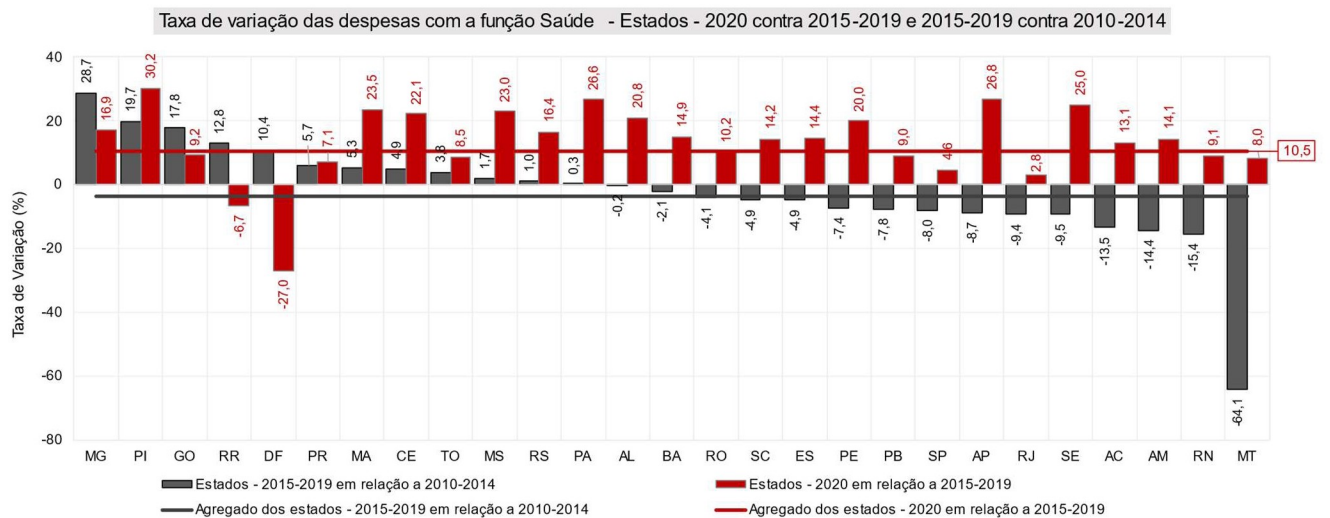
Finalmente, a comparação dos gastos per capita com a função Saúde entre os estados brasileiros na última década são apresentadas no Gráfico 8, e suas respectivas taxas de variação são apresentadas no Gráfico 9.

Gráfico 8: Despesa per capita dos estados com a função Saúde: 2010-2014, 2015-2019 e 2020



Fonte: Ministério da Economia. Siconfi.

Gráfico 9: Taxa de variação das despesas com a função Saúde nos Estados: 2020 contra 2015-2019 e 2015-2019 contra 2010-2014



Fonte: Ministério da Economia. Siconfi.

A análise do Gráfico 8 evidencia que Minas Gerais foi o estado que apresentou a menor despesa per capita com saúde na última década, comparativamente aos demais estados brasileiros, ficando abaixo da linha de agregado dos estados nos três períodos observados. Esse resultado corrobora a ideia discutida anteriormente de baixo aporte do governo de Minas no financiamento da saúde, o que pode gerar como consequência o aumento da pressão sobre os orçamentos municipais, conforme apontado por Funcia (2019).

Um outro ponto interessante a ser destacado é o aumento dos gastos na função Saúde em Minas Gerais no período 2015-2019, contrariamente à tendência observada nos demais Estados, que apresentaram redução no gasto per capita em saúde relativamente ao período 2010-2014, conforme ilustra o Gráfico 9. Essa redução nos outros Estados pode ser justificada pelo agravamento da crise econômica no país, o que levou a decréscimos nos gastos em saúde por parte dos estados que apresentavam dispêndios relativamente acima do mínimo constitucional de 12% dos recursos próprios. Já com relação ao comportamento de aumento do gasto mineiro em saúde nesse período, uma possível explicação é a manutenção do patamar muito próximo ao limite constitucional mínimo estabelecido, o que leva ao aumento das despesas à medida em que a arrecadação de recursos próprios cresce. Muito embora a crise econômica tenha levado à estagnação da arrecadação de receitas em Minas Gerais na segunda metade da última década, conforme evidenciado na Tabela 2, tal estagnação ainda significava uma arrecadação de receitas superior àquela observada na primeira metade da década, o que justifica a taxa de variação crescente de gastos em saúde observada em Minas Gerais.

Por fim, cabe observar que a taxa de crescimento dos gastos em saúde do agregado de estados foi positiva no ano de 2020, assim como foi a taxa de crescimento mineira, que ficou acima daquela observada no agregado de estados. Nesse sentido, o aumento dos gastos observado em 2020 pode ser um reflexo dos baixos valores empenhados entre 2015 e 2019, período que apresentou estagnação da receita arrecadada – e consequente redução nos gastos em ASPS, uma vez que esse percentual não cresceu em Minas – além do descumprimento do mínimo constitucional observado em 2018, fatores que contribuíram para um nível baixo de gastos mineiros na saúde comparativamente a 2020.

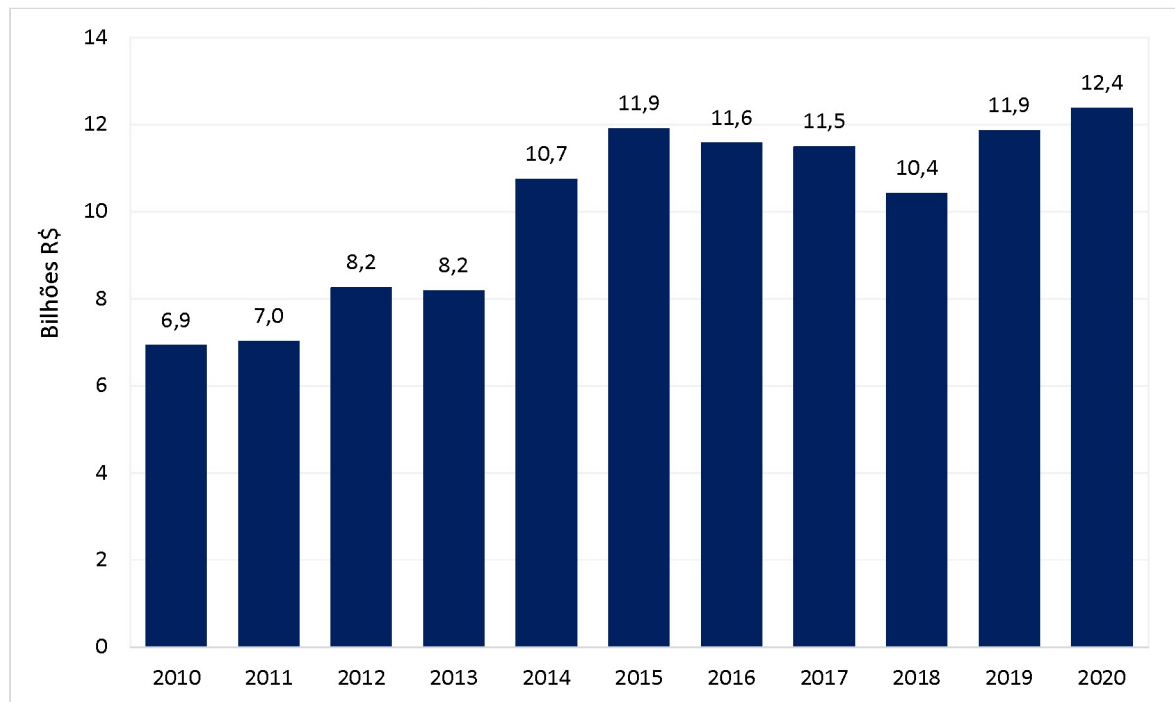
Assim, o crescimento visto em 2020 se torna muito mais um reflexo do período de menor alocação de recursos anteriormente observado que um aumento real nos dispêndios do governo estadual, que demonstrou despesas de apenas 12,29% dos recursos próprios aplicados em ASPS nesse ano. A mesma ideia não se aplica ao mínimo constitucional aplicados pelas demais unidades federativas, uma vez que a mediana dos gastos em ASPS para elas apresentou aumento no percentual em 2020, conforme indica o Gráfico 7 anteriormente comentado. Nesse sentido, nota-se que os demais estados apresentaram gastos em ASPS acima daqueles vistos em Minas Gerais.

Entretanto, a exploração dos dados relativos à subfunção Vigilância Epidemiológica possibilita a constatação de incremento nos gastos em áreas específicas no ano de 2020 em Minas Gerais relacionados à priorização de práticas medicinais preventivas, e não às práticas voltadas para a lógica curativa. De acordo com Oliveira *et al.* (2021), a abordagem preventiva relaciona-se à redução da demanda por tratamentos, focando no diagnóstico precoce e, conseqüentemente, gerando menos gastos ao setor de saúde. Enquanto isso, a abordagem curativa relaciona-se ao tratamento de agravos já existentes, sendo associada a despesas mais expressivas, uma vez que abrange dispêndios com internações, medicamentos, etc. Nesse sentido, o baixo volume observado nesse ano em comparação aos demais estados pode se justificar por práticas que garantam a melhoria em sua eficiência, o que pode ser observado na adoção de medidas preventivas no combate à pandemia de Covid-19.

5.2 Gastos por Categoria Econômica

O Gráfico 10 apresenta o comportamento das Despesas Correntes em Minas Gerais no período de 2010 a 2020.

Gráfico 10: Despesas Correntes na função Saúde em Minas Gerais entre 2010 e 2020 (valores corrigidos a preços de 2020)



Fonte: Elaboração própria a partir de dados do Portal da Transparência de Minas Gerais

Até o ano de 2015, é possível notar uma tendência de crescimento dos gastos com despesas correntes – exceto no ano de 2013, quando ocorreu uma leve queda – com destaque para os anos de 2012 e 2014, em que esse último apresentou um crescimento bastante acelerado com os gastos correntes, com elevação dos gastos em cerca de R\$2,1 bilhões em relação ao ano anterior.

O aumento ocorrido em 2012 relaciona-se majoritariamente ao aumento dos gastos com o elemento de despesa 41 – Contribuições, que é definido como as despesas orçamentárias que não geram contraprestação direta em bens e serviços e não são reembolsáveis pelo receptor, incluindo aquelas destinadas à manutenção de entidades de direito público ou privado (BRASIL, 2001). Nesse âmbito, ao observar o detalhamento desse elemento de despesa em 2012, percebe-se a inclusão da modalidade de aplicação 41 – Transferências a Municípios – Fundo a Fundo, que é definida como “despesas orçamentárias realizadas mediante transferência de recursos financeiros da União, dos Estados ou do Distrito Federal aos Municípios por intermédio da modalidade fundo a fundo” (BRASIL, 2001).

Tal qual discutido anteriormente, a modalidade de aplicação fundo a fundo abarca repasses automáticos e regulares realizados dentro dos Fundos de Saúde, feitos no FNS pela União aos Estados, Municípios e Distrito Federal ou nos FES pelos Estados aos Municípios. Essa modalidade de aplicação foi estabelecida pelo Decreto nº 1.232/1994 e regulamentada pelos artigos 18 e 20 da LC 141/2012, indicando que a segurança jurídica conferida pela LC 141/2012 para a garantia da execução dos mínimos constitucionais com ASPS relaciona-se diretamente ao aumento dos gastos correntes nesse ano.

Posteriormente, a variação ocorrida em 2014 relaciona-se novamente ao aumento das despesas com o elemento de despesa 41 – Contribuições. Entretanto, ao destrinchar esse elemento em seus itens de despesa, nota-se a grande participação do item “Contribuições do Fundo Estadual de Saúde – FES – LC 141/2012”, incluído no ano de 2014, que se manteve presente na participação das despesas correntes nos anos seguintes. Em seguida, ao observar a quais modalidades de aplicação esse item se associava, observou-se participação total da modalidade 91 - Aplicação Direta Decorrente de Operação entre Órgãos, Fundos e Entidades Integrantes dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social, a qual é definido como

Despesas orçamentárias de órgãos, fundos, autarquias, fundações, empresas estatais dependentes e outras entidades integrantes dos orçamentos fiscal e da seguridade social decorrentes da aquisição de materiais, bens e serviços, pagamento de impostos, taxas e contribuições, além de outras operações, quando o recebedor dos recursos também for órgão, fundo, autarquia, fundação, empresa estatal dependente ou outra entidade constante desses orçamentos, no âmbito da mesma esfera de Governo (BRASIL, 2001).

Aprofundando ainda mais o detalhamento do gasto ocorrido nesse ano associado ao item de despesa e modalidade supracitada, observa-se que tais aplicações foram feitas em programas de gestão de órgãos autônomos e fundações prestadoras de serviços de saúde de atenção especializada em Minas Gerais, quais sejam: a Escola de Saúde Pública (ESP); a Fundação Hospitalar de Minas Gerais (Fhemig); a Fundação Ezequiel Dias (Funed); a Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia do Estado de Minas Gerais (Hemominas); e os Complexos Hospitalares da Fhemig.

As Fundações são entes da Administração Indireta, com autonomia administrativa, e criadas para um fim próprio de interesse público, o que as insere enquanto entes

responsáveis por desenvolver atividades estatais de forma descentralizada (Di Pietro, 2015, p. 542). Já os Órgãos Autônomos são órgãos subordinados aos órgãos independentes – que não possuem qualquer relação de subordinação – mas gozam de grande autonomia (Gomes, 2009). O fortalecimento desses entes autônomos, responsáveis pela prestação de serviços de saúde, está em consonância com o princípio e diretriz de descentralização do SUS.

De acordo com o PPAG 2012-2015 (exercício 2014), a inclusão dos programas de gestão desses órgãos e fundações relaciona-se à adequação orçamentária em cumprimento à Lei Complementar nº 141/2012. Dessa forma, é possível notar que o aumento dos gastos observado em 2014 também se relaciona à segurança jurídica conferida LC 141/2012 para a garantia da execução dos mínimos constitucionais com, tal qual observado em 2012, mas dessa vez com um caráter de descentralização em relação às instituições mineiras descentralizadas que prestam serviços de saúde.

Passada a aceleração de gastos observada nesse ano e leve crescimento em 2015, as competências de 2016 a 2018 apontaram tendência de redução nos gastos correntes com saúde em Minas Gerais. Isso deve-se em grande parte à redução dos gastos com o elemento de despesa 30 – Material de Consumo, definidas como

Despesas orçamentárias com álcool automotivo; gasolina automotiva; diesel automotivo; lubrificantes automotivos; combustível e lubrificantes de aviação; gás engarrafado; outros combustíveis e lubrificantes; material biológico, farmacológico e laboratorial; animais para estudo, corte ou abate; alimentos para animais; material de coudelaria ou de uso zootécnico; sementes e mudas de plantas; gêneros de alimentação; material de construção para reparos em imóveis; material de manobra e patrulhamento; material de proteção, segurança, socorro e sobrevivência; material de expediente; material de cama e mesa, copa e cozinha, e produtos de higienização; material gráfico e de processamento de dados; aquisição de disquete; pen-drive; material para esportes e diversões; material para fotografia e filmagem; material para instalação elétrica e eletrônica; material para manutenção, reposição e aplicação; material odontológico, hospitalar e ambulatorial; material químico; material para telecomunicações; vestuário, uniformes, fardamento, tecidos e aviamentos; material de acondicionamento e embalagem; suprimento de proteção ao voo; suprimento de aviação; sobressalentes de máquinas e motores de navios e esquadra; explosivos e munições; bandeiras, flâmulas e insígnias e outros materiais de uso não-duradouro (BRASIL, 2001).

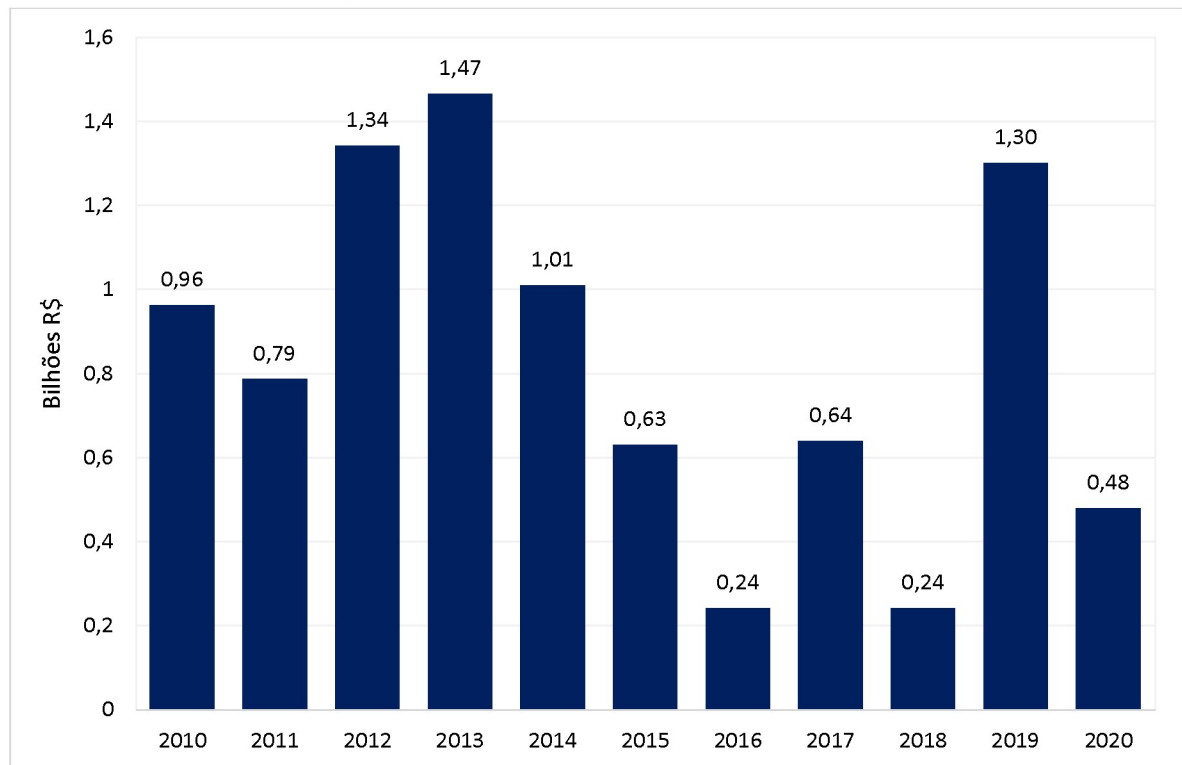
De acordo com a Fundação João Pinheiro (2020), os dispêndios com materiais de consumo se encontram em queda no estado nos últimos anos, apresentando redução de 45,3% na participação dos gastos totais de Minas Gerais. Dessa forma, a redução dos gastos com esse elemento de despesa na área da saúde se relaciona diretamente ao cenário observado em toda a administração pública estadual, justificando a perda de espaço da participação deste elemento ao longo dos anos. Adicionalmente, a redução do gasto em 2018 relaciona-se ao descumprimento do mínimo constitucional nesse ano, conforme discutido anteriormente.

Por fim, é possível notar uma nova aceleração dos gastos no biênio final analisado. O crescimento observado em 2019 pode ser explicado pelo incremento das despesas com a ação Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, que apresentou um aumento de aproximadamente R\$616 milhões relativamente ao ano anterior. Tal resultado está em consonância com as diretrizes do PMDI 2019-2030, que estabelece a expansão do acesso e melhoria dos serviços da atenção primária enquanto uma das diretrizes da gestão da saúde.

Já o crescimento observado em 2020 pode se relacionar diretamente aos efeitos da pandemia de Covid-19 no estado. Um dado que corrobora essa hipótese é o aumento dos gastos no elemento de despesa 30 – Material de Consumo, o primeiro aumento ocorrido desde 2015, que se referem principalmente a ações voltadas à distribuição de medicamentos e materiais médicos e hospitalares em Minas Gerais. Como a pandemia de Covid-19 gerou demanda por medicamentos para tratamento de seus sintomas a nível domiciliar e hospitalar, é natural que os gastos direcionados a esse setor tenham aumentado no período. Além disso, é possível notar um incremento dos gastos no elemento de despesas 41 – Contribuições, relacionado à segurança garantida pela LC 141/2012 à aplicação do mínimo constitucional, conforme dito anteriormente.

Já o comportamento das Despesas de Capital é descrito pelo Gráfico 11.

Gráfico 11: Despesas de Capital na função Saúde em Minas Gerais entre 2010 e 2020 (valores a preços de 2020)



Fonte: Elaboração própria a partir de dados do Portal da Transparência de Minas Gerais

A análise do Gráfico 11 permite observar que despesas de capital não apresentam linearidade no período, tendo uma leve queda em 2011, seguida de crescimento entre 2012 e 2013, ano que apresentou o maior gasto com despesas de capital em todo o período. Nesse contexto, é possível observar um volume expressivo nesse biênio com a ação Vida no Vale, que buscava promover a universalização do saneamento básico das regiões localizadas nas Bacias dos rios Jequitinhonha, Mucuri e São Mateus, regiões marcadas pela necessidade de desenvolvimento dessa infraestrutura (COPASA, 2015 *apud* ALMEIDA, 2016)¹. Essa ação se relaciona diretamente à estratégia 7 da Rede de Atenção em Saúde do PMDI 2011-2030, relacionada à ampliação do saneamento básico, e se caracteriza enquanto despesa de capital por ser destinada à realização de obras para melhoria da infraestrutura local. Cabe ressaltar também que, embora existam diversas variáveis relacionadas à questão da

¹ COPASA. Saneamento rural: Relatório de acompanhamento de obras. Belo Horizonte, MG: Companhia de Saneamento de Minas Gerais – Divisão de Saneamento Rural.

taxa mortalidade infantil, vários estudos já demonstraram uma correlação positiva entre a redução dessa taxa e o investimento em infraestrutura de saneamento básico (SCHERRER, 2019 e PEREIRA; LIMA, 2021), o que também associa essa ação à estratégia de redução da mortalidade infantil apresentada no PMDI 2011-2030.

Além disso, a ação Rede de Urgência e Emergência também se destaca nos gastos de capital do biênio, especialmente em 2012. Tal rede foi inicialmente implementada, no âmbito mineiro, em 2008 na Macrorregião Norte e conseguiu, até 2011, reduzir em cerca de mil mortes por ano os eventos de urgência na região (SOUZA, 2011, p. 5). A instituição da Rede de Atenção às Urgências em nível nacional foi regulamentada pela Portaria nº 1.600/2011, onde se define que

(...) o atendimento aos usuários com quadros agudos deve ser prestado por todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS, possibilitando a resolução integral da demanda ou transferindo-a, responsabilmente, para um serviço de maior complexidade, dentro de um sistema hierarquizado e regulado, organizado em redes regionais de atenção às urgências enquanto elos de uma rede de manutenção da vida em níveis crescentes de complexidade e responsabilidade (BRASIL, 2011).

Nesse sentido, o elevado gasto nessa ação nas despesas de capital entre 2012 e 2013 se caracteriza como um reflexo do investimento em obras e equipamentos para garantir o desenvolvimento da Rede de Atenção às Urgências em Minas Gerais.

Em 2013, uma outra ação de destaque responsável pelo aumento dos gastos é a Ampliação da Estrutura da Atenção Primária. Conforme afirmado anteriormente, a atenção primária é a porta de entrada do cidadão no sistema de saúde, conectando-o com toda a Rede de Atenção do SUS. Nesse cenário, os gastos nessa ação também se justificam pela regulamentação da Portaria nº1.600/2011, uma vez que foram necessários gastos em obras e equipamentos para desenvolver a infraestrutura da atenção primária.

Contudo, a partir de 2014, percebe-se uma queda vertiginosa e contínua nas despesas de capital, que apresentou seu menor valor em 2016, quando apenas R\$241 milhões foram destinados a essa categoria econômica – uma redução de aproximadamente 83,5% em relação ao valor empenhado em 2013. Nota-se que essa redução ocorreu concomitantemente ao decaimento da arrecadação de receitas estaduais, que reduziram em 2014 e 2015 e apresentaram leve tendência de

crescimento nos anos seguintes. É nesse período, também, que o resultado orçamentário mineiro começa a apresentar déficit, conforme ilustra o Gráfico 1, assim como esse é o momento de agravamento da crise econômica em território nacional.

De acordo com Tinoco (2020), o desequilíbrio nas contas públicas e o alto montante de despesas obrigatórias faz com que uma possibilidade de ajuste seja a redução das despesas com investimento público, ou seja, nas despesas de capital, o que corrobora o comportamento dessa categoria econômica nesse período. Concomitantemente, a ação Vida no Vale foi descontinuada em 2015, e suas obras foram destinadas ao patrimônio de uma empresa subsidiária da Companhia de Saneamento de Minas Gerais (COPASA, 2015 *apud* ALMEIDA, 2016)¹, o que contribuiu ainda mais para a redução das despesas de capital.

Em 2017 é registrado um novo aumento nas despesas de capital na saúde. O aumento nesse ano é bastante notável no item de despesa “Veículos”, o que é corroborado pela compra e entrega de 25 ambulâncias e 214 veículos para transporte de pacientes e serviços gerais da saúde nesse ano (BLOG DA SAÚDE, 2017).

Conforme visto anteriormente, o mínimo constitucional previsto para a saúde não foi alcançado em Minas Gerais em 2018. Esse fato reflete diretamente no crescimento das despesas de capital observada em 2019, uma vez que, ao observar os elementos de despesa para o grupo de despesas de capital, percebe-se um aumento do elemento 42 – Auxílios nesse exercício financeiro. Este, por sua vez, é definido como

Despesas orçamentárias destinadas a atender a despesas de investimentos ou inversões financeiras de outras esferas de governo ou de entidades privadas sem fins lucrativos, observado, respectivamente, o disposto nos artigos 25 e 26 da Lei Complementar no 101/2000 (BRASIL, 2001).

Os referidos artigos da LC 101/2000 descrevem os procedimentos para transferências voluntárias e destinação de recursos para cobrir necessidades de pessoas físicas ou déficits de pessoas jurídicas. Adicionalmente, o artigo 25 da LC 141/2012 prevê o

¹ COPASA. Saneamento rural: Relatório de acompanhamento de obras. Belo Horizonte, MG: Companhia de Saneamento de Minas Gerais – Divisão de Saneamento Rural.

procedimento no caso de descumprimento do mínimo constitucional, conforme observado em Minas Gerais no ano de 2018.

Art. 25. Eventual diferença que implique o não atendimento, em determinado exercício, dos recursos mínimos previstos nesta Lei Complementar deverá, observado o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 160 da Constituição Federal, ser acrescida ao montante mínimo do exercício subsequente ao da apuração da diferença, sem prejuízo do montante mínimo do exercício de referência e das sanções cabíveis (BRASIL, 2012a).

Dessa forma, é possível inferir que o aumento das despesas de capital em 2019 relaciona-se diretamente à exigência feita pela LC 141/2012 de correção da diferença não aplicada em ASPS no ano anterior. De forma geral, essas despesas de capital foram direcionadas às ações Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde; Apoio e Fortalecimento à Rede de Urgência e Emergência; Fortalecimento da Assistência Farmacêutica; e Vigilância Epidemiológica.

Por fim, o ano de 2020 apresentou nova queda nas despesas de capital. Nesse ano ocorreu uma relativa estabilização da receita arrecadada com relação ao ano anterior, somado aos expressivos gastos de recursos para o enfrentamento da pandemia de Covid-19. Dessa forma, conforme aponta Tinoco (2020), é natural que os gastos de capital percam espaço nesse cenário de crise sanitária, sendo as despesas direcionadas aos materiais de custeio, tendo em vista o combate à pandemia que, conforme discutido anteriormente, elevou as despesas de custeio em Minas Gerais no ano de 2020.

Portanto, é possível observar que não há uma nova tendência de retomada do crescimento das despesas de capital em Minas em períodos recentes, sendo os dispêndios relacionados a essa categoria econômica observados em caráter pontual – como na aquisição de veículos em um exercício financeiro e via transferências para suprir a carência deixada pelo não cumprimento do mínimo constitucional no ano anterior – e não de forma contínua, como se notava no início da década.

Para compreender melhor a interação entre as despesas correntes e as despesas de capital no período estudado, traçou-se a Tabela 5, que representa a porcentagem de participação das categorias econômicas nos gastos em Saúde pelo governo estadual entre 2010 e 2020.

Tabela 5: Participação das Categorias Econômicas nos gastos com a função Saúde em Minas Gerais entre 2010 e 2020

Ano	Despesas Correntes	Despesas de Capital
2010	87,79%	12,21%
2011	89,90%	10,10%
2012	85,99%	14,01%
2013	84,79%	15,21%
2014	91,40%	8,60%
2015	94,97%	5,03%
2016	97,95%	2,05%
2017	94,72%	5,28%
2018	97,73%	2,27%
2019	90,11%	9,89%
2020	96,27%	3,73%

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do Portal da Transparência de Minas Gerais

Depreende-se que, ao longo de todo o período, as despesas correntes representaram um quantitativo muito mais expressivo do que as despesas de capital. É interessante observar que, mesmo havendo oscilações na participação de cada categoria econômica, a maior participação das despesas de capital nos gastos em saúde no período se deu no início da década, em 2013, com participação de 15,21% do total das despesas em saúde, ao passo que a maior participação das despesas correntes ocorreu em 2016, momento em que o gasto dessa categoria econômica atingiu 97,95% dos gastos totais em saúde.

Durante essa temporada, a participação das despesas de capital apresentou aumento em relação ao ano anterior apenas no biênio 2012-2013 e nos anos 2017 e 2019. Uma possível explicação para o aumento no primeiro biênio citado refere-se aos programas de saneamento desenvolvidos pela ação Vida no Vale, que visava desenvolver a infraestrutura de saneamento nas regiões cuja infraestrutura ainda se mostrava bastante precária, além da ampliação da infraestrutura de atendimento à atenção básica. Os anos seguintes, marcados pela redução da participação das despesas de capital nos gastos econômicos, podem relacionar-se diretamente ao surgimento dos déficits orçamentários no setor público mineiro o que, conforme Tinoco (2020), leva à predileção dos gastos de custeio frente às despesas de capital.

A elevação da participação dos gastos de capital em 2017 reflete a compra de veículos (despesas de capital) e redução contínua da participação do elemento de despesa 30 – Material de Consumo (despesas correntes) que, conforme dito anteriormente, vem apresentando perda de participação ao longo dos anos em todo o estado. Já a elevação da participação dos gastos correntes ocorrida em 2019 pode ser apontada enquanto um reflexo das exigências feitas pela LC 141/2012 no que tange o cumprimento do mínimo constitucional. Por fim, a redução da participação das despesas de capital em 2020 pode relacionar-se diretamente à pandemia de Covid-19, uma vez que esta impactou diretamente os dispêndios com oferta de serviços de saúde e, conseqüentemente, as despesas de custeio deles, limitando o valor disponível para as despesas de capital.

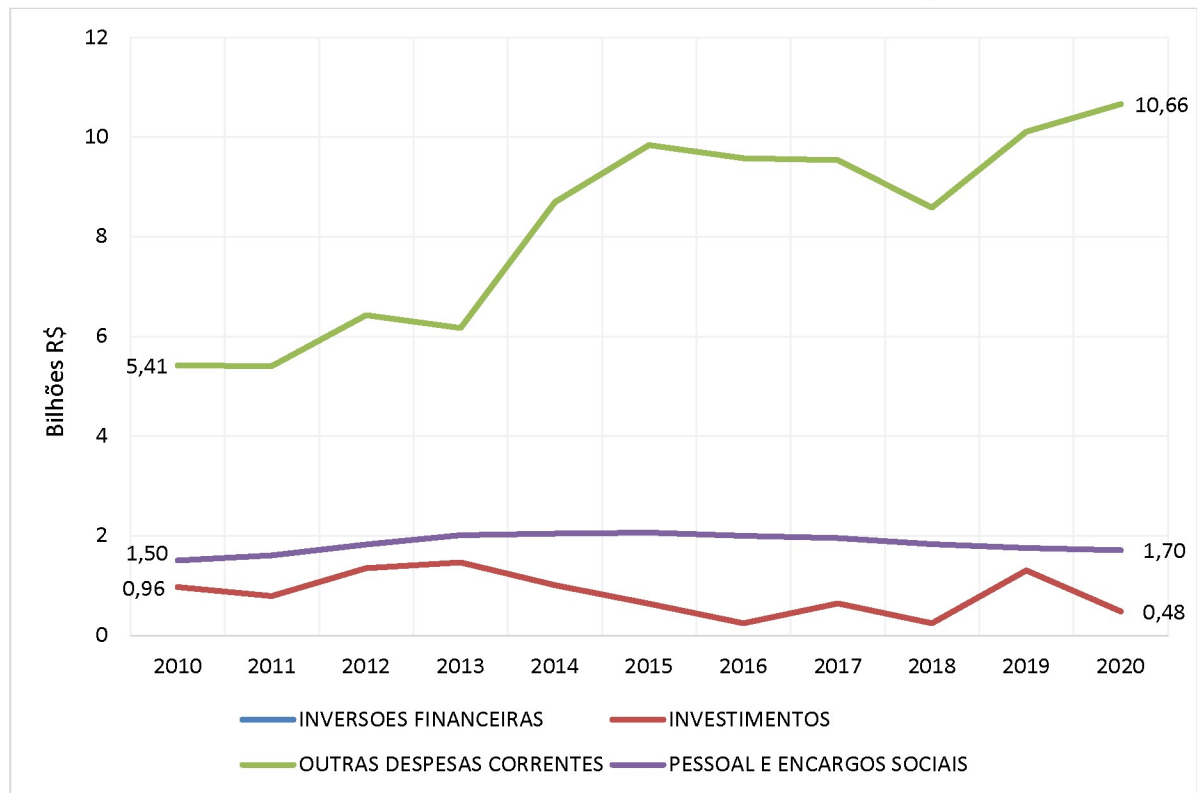
Cabe destacar ainda que, de acordo com Dweck; Teixeira (2018, p. 312), existe uma dicotomia entre as despesas correntes e as despesas de capital para o setor da saúde, uma vez que a dilatação dos gastos de capital deve ser acompanhada por um aumento das despesas de custeio, para não formar uma infraestrutura que não será utilizada para o propósito ao qual foi formada. Assim, é natural que, em um período de restrições orçamentárias, os gastos de capital em saúde percam ainda mais espaço, a fim de evitar a expansão das despesas de custeio.

5.3 Gastos por Grupo de Natureza de Despesa

Conforme pontuado anteriormente, a classificação por grupos de natureza de despesa se relaciona diretamente à classificação por categorias econômicas. A categoria das Despesas Correntes é vinculada aos grupos de natureza de despesa Pessoal e Encargos Sociais, Juros e Encargos da Dívida e Outras Despesas Correntes. Já a categoria Despesas de Capital engloba os grupos de natureza de despesa Investimentos, Inversões Financeiras e Amortização da Dívida.

O Gráfico 12 ilustra o comportamento das despesas em saúde classificadas a partir do Grupo de Natureza de Despesa.

Gráfico 12: Gastos na função Saúde de acordo com o Grupo de Natureza de Despesa – governo de Minas Gerais entre 2010 e 2020 (valores a preços de 2020)



Fonte: Elaboração própria a partir de dados do Portal da Transparência de Minas Gerais

Durante o período analisado, nota-se um descompasso entre o grupo de Outras Despesas Correntes e os demais grupos. De acordo com Carmo (2019), esse comportamento é natural para a área da saúde, uma vez que suas despesas mais expressivas se relacionam à prestação de serviços, obtenção e distribuição de medicamentos e transferências de recursos aos municípios, que são enquadrados nesse grupo.

É interessante notar que seu comportamento ao longo de todo o período é bastante semelhante àquele observado para a categoria econômica das despesas correntes, discutidos na sessão anterior. Conforme destacado anteriormente, a categoria das despesas correntes é formada pelos grupos Outras Despesas Correntes, Pessoal e Encargos Sociais e Juros e Encargos da Dívida. Como observado no Gráfico 12, as despesas com Pessoal e Encargos Sociais se mantiveram relativamente estáveis ao longo de toda última década, enquanto não foram registradas despesas com Juros e Encargos da Dívida na função Saúde. Dessa forma, a similaridade entre o padrão de

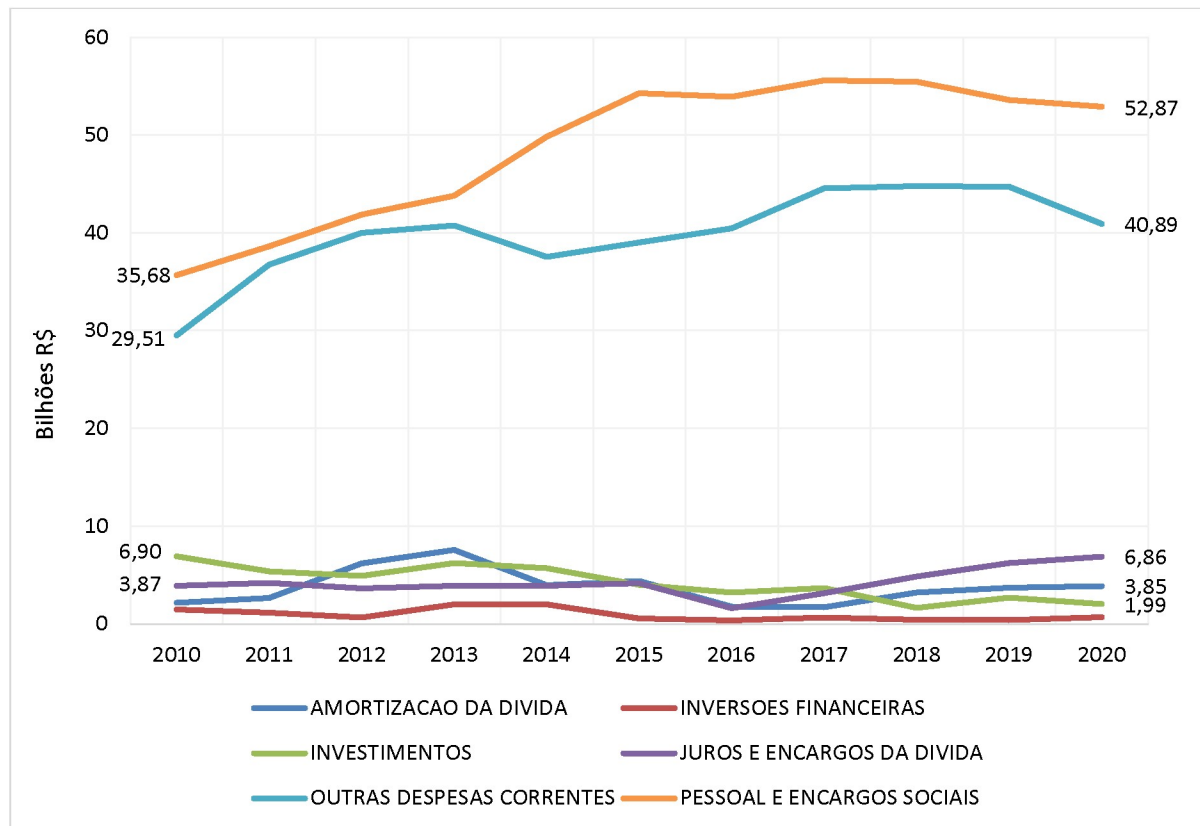
comportamento das despesas correntes e do grupo Outras Despesas Correntes se justifica pela pouca (ou nenhuma) variação dos demais grupos constituidores dessa categoria econômica.

Com relação às despesas com Pessoal e Encargos Sociais, é interessante notar que ele se manteve praticamente estável ao longo da última década, se elevando gradualmente até 2015 e sendo reduzido até 2020 a um patamar pouco acima daquele observado no início da série. Essa redução gradual se deve, em grande parte, à redução dos gastos com servidores ativos, verificado pela redução gradual do elemento de despesa 11 – Vencimentos e Vantagens Fixas – Pessoal Civil, que se refere a ações remuneratórias de pessoal.

De acordo com Tinoco (2020), a observação da distribuição etária de servidores estaduais leva à expectativa de um avanço no número de aposentadorias nos próximos anos, em função do grande quantitativo de servidores acima de 50 anos. Assim, caso esse cenário já esteja se desenrolando entre os servidores da saúde em Minas Gerais, é natural a redução dos gastos com pessoal no Estado, uma vez que as despesas com pessoal inativo não são computadas na função Saúde. Em adição, o baixo quantitativo de concursos públicos realizados para os órgãos de saúde em Minas Gerais na última década – cinco até 2015 e apenas um em 2016 – pode explicar a redução do gasto com pessoal em saúde, uma vez que novos servidores não são contratados para suprir o lugar daqueles que se aposentaram (MINAS GERAIS, 2021b).

Entretanto, o comportamento geral do grupo Pessoal e Encargos sociais para a área da saúde vai no caminho contrário daquele observado em Minas Gerais, onde os maiores gastos se relacionam a esse grupo – assim como é possível notar um crescimento dos gastos na última década, conforme mostra o Gráfico 13.

Gráfico 13: Despesas empenhadas totais em Minas Gerais de acordo com o Grupo de Natureza de Despesa entre 2010 e 2020



Fonte: Elaboração própria a partir de dados do Portal da Transparência de Minas Gerais

A diferença entre os gastos com pessoal no Estado com relação àquele observado na área da saúde se deve à restrição imposta pela LC 141/2012 quanto à computação de gastos com pessoal inativo para fins de contabilização do mínimo constitucional em ASPS, que não considera o pagamento de pessoal inativo. De acordo com Tinoco (2020), os gastos com inativos ganham cada vez mais espaço nas despesas estatais, passando de uma média de 0,8% do PIB entre 2007 e 2014 para 1,4% do PIB em 2018, intensificando o déficit fiscal dos estados, já que o número de inativos deve crescer com o tempo, especialmente considerando o processo de inversão demográfica.

Entretanto, essa situação não é observada nos gastos da função Saúde, uma vez que os gastos com pessoal inativo não são contabilizados nela. Sob essa ótica, a estabilização das despesas com pessoal na saúde pode ser um indicador de precariedade do sistema, uma vez que a oferta de qualidade de serviços de saúde

depende, intrinsecamente, de um quantitativo adequado de servidores públicos nessa área. Ademais, a falta de reajuste para os profissionais dessa classe de suma importância para o estado também é um sinal de precariedade observado, uma vez que a última correção dos salários desses servidores ocorreu em 2011 (G1, 2011).

No que diz respeito ao grupo de Investimentos, nota-se um comportamento bastante semelhante àquele observado nas despesas de capital. Tal qual as despesas correntes, as despesas de capital são formadas por três grupos de natureza de despesa, sendo eles Investimentos, Inversões Financeiras e Amortização da Dívida. No período analisado, as Inversões Financeiras representam um valor residual dos grupos de despesas, tendo sido observada no período apenas no ano de 2014 com um valor próximo a R\$4 milhões, ao passo que não ocorreram despesas para o grupo Amortização da Dívida na função Saúde. Portanto, os Investimentos foram responsáveis por aproximadamente todo o gasto em despesas de capital no período em análise, apresentando comportamento praticamente idêntico ao observado nessa categoria econômica, à exceção do ano de 2014, em função da participação das Inversões Financeiras.

Nesse sentido, o aumento observado entre 2012 e 2013 pode relacionar-se à expansão das redes de saneamento nas regiões dos rios Jequitinhonha, Mucuri e São Mateus, bem como o investimento para desenvolver a Rede de Atenção às Urgências e promover a estruturação da atenção primária em Minas Gerais; a redução expressiva dos investimentos entre 2014 e 2016 também coincide com a piora da crise fiscal do estado, o que justifica o aumento dos gastos correntes em detrimento dos investimentos públicos, conforme afirma Tinoco (2020); o aumento observado nos investimentos em 2017 pode ser interpretado como fruto da aquisição de veículos para a saúde; o aumento visto em 2019 pode se referir à exigência feita pela LC 141/2012, para correção da lacuna de gastos públicos em ASPS em função do descumprimento do mínimo constitucional no ano anterior; e a queda vista em 2020, novamente, pode estar atrelada à priorização das despesas de custeio em função da crise sanitária.

Para melhor compreensão do comportamento dos grupos de natureza de despesa na última década elaborou-se a Tabela 6.

Tabela 6: Participação dos Grupos de Natureza de Despesa nos gastos com a função Saúde em Minas Gerais entre 2010 e 2020

Ano	Despesas de Capital		Despesas Correntes	
	Inversões financeiras	Investimentos	Outras Despesas Correntes	Pessoal e Encargos Sociais
2010	0,00%	12,63%	66,80%	20,57%
2011	0,00%	9,52%	68,23%	22,25%
2012	0,00%	11,89%	66,74%	21,37%
2013	0,00%	12,48%	63,33%	24,20%
2014	0,04%	7,44%	73,56%	18,96%
2015	0,00%	2,67%	77,74%	19,59%
2016	0,00%	0,85%	78,67%	20,48%
2017	0,00%	0,53%	78,27%	21,20%
2018	0,00%	1,97%	77,82%	20,21%
2019	0,00%	5,47%	78,16%	16,37%
2020	0,00%	2,78%	82,49%	14,73%

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do Portal da Transparência de Minas Gerais

O grupo Outras Despesas Correntes apresenta tendência de crescimento no período analisado, conforme esperado, uma vez que a prestação de serviços de saúde está intrinsecamente ligada às despesas de custeio (CARMO, 2019, p. 56). O grupo de Inversões Financeiras aparece somente no ano de 2014, o que mostra o caráter eventual dessa despesa na área da saúde estadual.

É interessante observar que, muito embora os gastos com Pessoal e Encargos Sociais tenham se mantido relativamente estáveis ao longo do tempo, sua participação nos gastos de acordo com o grupo de natureza de despesa diminui bruscamente em 2014 e no biênio final. Isso acontece em função das acelerações de crescimento do grupo Outras Despesas Correntes, aliado à leve tendência de decréscimo nos gastos com pessoal na metade final da década, conforme discutido anteriormente.

Por último, a perda de participação no grupo de Investimentos ao longo do tempo é compatível com a redução ocorrida nos gastos de capital, no caminho oposto das despesas de custeio. Nota-se que, muito embora tenha ocorrido um reaquecimento desse grupo no triênio final, o montante destinado aos Investimentos ainda está muito abaixo do grupo Outras Despesas Correntes.

5.4 Gastos por Subfunção

Conforme abordado anteriormente, a classificação funcional da despesa pública é dividida em função, o maior nível de agregação das áreas de gastos do setor público, e subfunção, que busca detalhar melhor os gastos de cada área. Para analisar os gastos elencados na função Saúde em Minas Gerais são descritos, a seguir, os componentes que formam cada uma das cinco subfunções que representaram a maior parte do gasto em saúde no estado na última década, sendo elas: Assistência Hospitalar e Ambulatorial (302), Administração Geral (122), Atenção Básica (301). Suporte Profilático e Terapêutico (303) e Vigilância Epidemiológica (304). Juntas, essas subfunções corresponderam a cerca de 97,4% das despesas em saúde entre 2010 e 2020.

A subfunção Assistência Hospitalar e Ambulatorial refere-se a alguns serviços prestados pelo setor público. A assistência hospitalar engloba as ocorrências que demandam internações hospitalares, incluindo as ações voltadas para “[...] procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, assistência farmacêutica, assistência hemoterápica, reabilitação, consultas especializadas e preparação para alta” (BRASIL, 2012b). Enquanto isso, a assistência ambulatorial envolve “[...] os cuidados ou tratamentos que extrapolam a capacidade de resolução dos serviços de atenção primária; que são referenciados ou encaminhados pelas portas de entrada do sistema e são prestados a indivíduos ou grupos” (BRASIL, 2012b).

A subfunção Administração Geral não é vinculada à função Saúde, e sim à função Administração. As subfunções vinculadas à função Administração descrevem os gastos voltados à manutenção e gestão dos órgãos governamentais, abrangendo ações de administração de unidades, planejamento, pagamento de pessoal ativo, dentre outras, sendo amplamente utilizadas por diversos órgãos e setores governamentais (CONTROLADORIA-GERAL DA UNIÃO, 2021).

A subfunção Atenção Básica refere-se a um grupo de ações na área da saúde, tanto na esfera individual quanto na coletiva, que abarcam a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. Os serviços de Atenção Básica no Brasil são realizados com elevado grau de descentralização, de forma a inserir os indivíduos e permitir sua

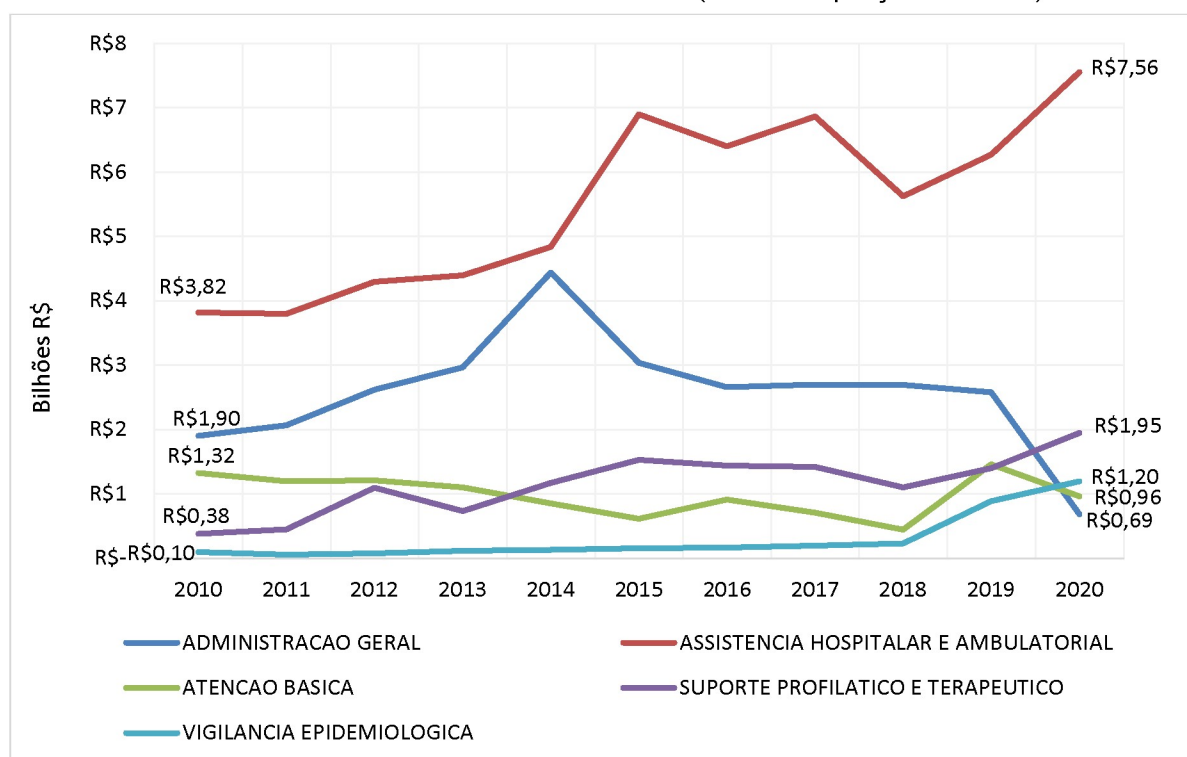
comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012c). As principais ações elencadas nessas subfunção são desenvolvidas em âmbito municipal, sendo estas entendidas enquanto coordenadoras do sistema regional local (BRASIL, 2014). Entretanto, os Estados também possuem competências na gestão da atenção básica, como a destinação de recursos estaduais para composição do financiamento tripartite da atenção básica, a análise de dados de interesse estadual e a verificação da qualidade dos dados enviados pelos municípios (BRASIL, 2012c).

A subfunção Suporte Profilático e Terapêutico relaciona-se às ações destinadas a prevenção da disseminação de doenças, como o tratamento de água, saneamento básico, educação sanitária e reconhecimento e tratamento de doentes assintomáticos (BRASIL, 2014).

Por fim, a subfunção Vigilância Epidemiológica engloba ações que visem desenvolver o conhecimento, a detecção e a prevenção de qualquer alteração que tenha o potencial de abalar a saúde individual ou coletiva, a fim de propor normas de prevenção e controle das doenças ou agravos (BRASIL, 1990). Dentre as ações desenvolvidas nessa subfunção, estão a coleta, processamento e análise da dados, a recomendação de medidas preventivas e de controle e a avaliação da eficácia e efetividade de tais medidas (BRASIL, 2014).

A evolução das cinco subfunções que tiveram maior impacto no gasto público com a função Saúde em Minas Gerais entre 2010 e 2020 são descritas no Gráfico 14.

Gráfico 14: Evolução do gasto público nas cinco maiores subfunções inscritas na função Saúde em Minas Gerais de 2010 a 2020 (valores a preços de 2020)



Fonte: Elaboração própria a partir de dados do Portal da Transparência de Minas Gerais

5.4.1 Gastos na subfunção Assistência Hospitalar e Ambulatorial

É possível notar que, ao longo de todo o período, a subfunção Assistência Hospitalar e Ambulatorial foi a responsável pelo maior gasto efetivado pelo estado, o que é natural dada sua natureza de prestar serviços de custo mais elevado, relacionados a internações e tratamentos que extrapolam a capacidade dos serviços de atenção primária. Entre 2010 e 2015 o gasto com essa subfunção apresentou tendência de aumento, seguido de aceleração bastante expressiva em 2015.

O aumento dos gastos forma acelerada em 2015 pode ser justificado pelo aumento dos gastos com o elemento de despesa 41 – Contribuições, tal qual ocorreu com as despesas correntes no mesmo período. Segundo o que foi discutido na sessão dos gastos correntes, a elevação do montante nesse elemento ocorre em função da inclusão do item de despesa “Contribuições do Fundo Estadual de Saúde – FES – LC 141/2012”, que foi criado para obedecer a norma disposta no parágrafo único do artigo

2º da referida lei, o qual estabelece que as despesas com ASPS devem ser financiadas com recursos movimentados por meio dos fundos de saúde.

Nesse contexto, é interessante notar que as movimentações geradoras do aumento observado foram realizadas para o financiamento dos órgãos e fundações prestadores de serviços de saúde de atenção especializada em Minas Gerais, dentre os quais se destacam a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – Fhemig e a Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia de Minas Gerais – Fundação Hemominas. A Fhemig foi criada pela Lei Estadual nº 7.088/1977, que autorizou a unificação de três Fundações que prestavam serviços assistenciais e hospitalares em Minas Gerais à época, a Fundação de Assistência Médica e de Urgência – FEAMUR, a Fundação Educacional e de Assistência Psiquiátrica – FEAP e a Fundação Estadual de Assistência Leprocomial – FEAL (Minas Gerais, 1977). Ela é atualmente regida pelo Decreto nº 48.852/2020, que contém o Estatuto da Fhemig, no qual estão descritas as competências e atribuições da fundação.

Art. 2º – A Fhemig tem como competência prestar serviços de saúde e assistência hospitalar de importância estratégica estadual e regional, em níveis secundário e terciário de complexidade, por meio de hospitais organizados e integrados ao Sistema Único de Saúde – SUS e participar da formulação, do acompanhamento e da avaliação da política de gestão hospitalar, em consonância com as diretrizes definidas pela SES, com atribuições de:

I – participar, em nível de integração e cooperação, da formulação e implementação das diretrizes da política estadual de saúde;

II – prestar, em caráter suplementar, assistência ambulatorial especializada e de apoio à atividade hospitalar;

III – incentivar e promover o desenvolvimento de atividades relacionadas ao ensino e à pesquisa em saúde;

IV – formular, executar, acompanhar e avaliar, em caráter suplementar, a política de insumos e equipamentos para a saúde, no âmbito de suas unidades assistenciais;

V – coordenar a política de transplantes de órgãos e tecidos no Estado, regular e gerenciar o processo de notificação, doação, distribuição e logística, avaliar resultados e capacitar hospitais e profissionais afins na atividade de transplantes;

VI – incentivar e participar de ações intersetoriais, no âmbito municipal, estadual e federal, visando à reabilitação e à reinserção social dos moradores das ex-colônias de hansenianos e de internos em hospitais psiquiátricos (MINAS GERAIS, 2020a).

Assim, percebe-se que a Fhemig presta serviços relacionados diretamente à subfunção Assistência Hospitalar e Ambulatorial, uma vez que desenvolve

procedimentos que extrapolam o poder de resolução da atenção primária. Já a Fundação Hemominas foi instituída pela Lei nº 10.057/1989 e atualmente é regida pelo Decreto 48.023/2020, que apresenta o Estatuto da Fundação Hemominas, onde se localizam suas competências e atribuições.

Art. 2º – A Hemominas tem como competência garantir à população a oferta de sangue, hemoderivados, células e tecidos, em consonância com as diretrizes estabelecidas pela política estadual de saúde, obedecidos os padrões de excelência e qualidade, com atribuições de:

- I – assegurar unidade de comando e direção das políticas estaduais relativas à hematologia e hemoterapia;
- II – garantir à população a oferta, com qualidade, de células e tecidos biológicos;
- III – desenvolver ações nas áreas de prestação de serviços, assistência médica, ensino, pesquisa, inovação e desenvolvimento tecnológico, produção, controle da qualidade e educação sanitária;
- IV – integrar as funções, serviços e atividades concernentes à hematologia e hemoterapia do Estado;
- V – planejar, coordenar e executar a captação de doadores, produção, preparação, preservação e distribuição de hemocomponentes, tecidos biológicos e células;
- VI – planejar, coordenar e executar os trabalhos de controle da qualidade relativos à hematologia e hemoterapia;
- VII – elaborar e executar programas referentes ao ensino e à educação sanitária;
- VIII – realizar pesquisas, implantar novas técnicas e adotar inovações científicas relacionadas com a coleta de sangue, tecidos biológicos e células;
- IX – prestar serviços de assessoria em hematologia e hemoterapia aos órgãos e às entidades da saúde pública, às entidades privadas e à comunidade em geral;
- X – coordenar a distribuição dos hemocomponentes, hemoderivados, tecidos biológicos e células à rede pública (MINAS GERAIS, 2020c).

Nesse sentido, nota-se que a Fundação Hemominas também presta serviços tipicamente relacionados à subfunção Assistência Hospitalar e Ambulatorial, dado que suas atribuições incluem a assistência hemoterápica, que foge à possibilidade de resolução da atenção primária. Assim, a elevação acelerada nessa subfunção no biênio 2014-2015 relaciona-se diretamente à segurança jurídica conferida pela LC 141/2012, bem como ao processo de descentralização dos serviços de saúde realizado em consonância com as diretrizes do SUS.

Complementando a análise da elevação de gastos na subfunção Assistência Hospitalar e Ambulatorial nesse período, nota-se que, em 2015, o elemento de

despesa 92 – Despesas de Exercícios Anteriores também se destacou. Esse elemento se refere a despesas orçamentárias cuja função é cumprir a norma estabelecida pelo artigo 37º da Lei nº 4.320/1964 (Brasil, 2001).

Art. 37. As despesas de exercícios encerrados, para as quais o orçamento respectivo consignava crédito próprio, com saldo suficiente para atendê-las, que não se tenham processado na época própria, bem como os Restos a Pagar com prescrição interrompida e os compromissos reconhecidos após o encerramento do exercício correspondente, poderão ser pagas à conta de dotação específica consignada no orçamento, discriminada por elemento, obedecida, sempre que possível, a ordem cronológica (BRASIL, 1964).

Por conseguinte, percebe-se que o aumento dos gastos com esse elemento está relacionado ao distanciamento entre as fases orçamentária e financeira da despesa, conforme evidenciado pela Tabela 3, e que coincide com o agravamento da crise fiscal no estado. Como a subfunção Assistência Hospitalar e Ambulatorial representa os maiores índices de gasto dentre as subfunções da saúde, é esperado que os gastos ainda não pagos de exercício anteriores sejam mais expressivos nessa subfunção, o que é evidenciado pela sua ampliação em 2015.

Entre 2016 e 2018 o montante direcionado a essa subfunção apresentou tendência de queda, relacionadas à redução do aporte dos programas Assistência à Saúde dos Segurados e dos Seus Dependentes, Assistência Hospitalar Especializada e Regulação. Os dois primeiros prestam diretamente serviços ambulatoriais e hospitalares, enquanto o último busca promover a regulação do acesso à assistência em saúde, em cogestão com os municípios polos, conforme descrito pela estratégia prioritária 6 do PMDI 2016-2027. A Portaria nº 1.559/2008, que institui a Política Nacional de Regulação do SUS, apresenta os objetos e sujeitos da regulação assistencial.

Art. 2º [...]

III - Regulação do Acesso à Assistência: também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização (BRASIL, 2008).

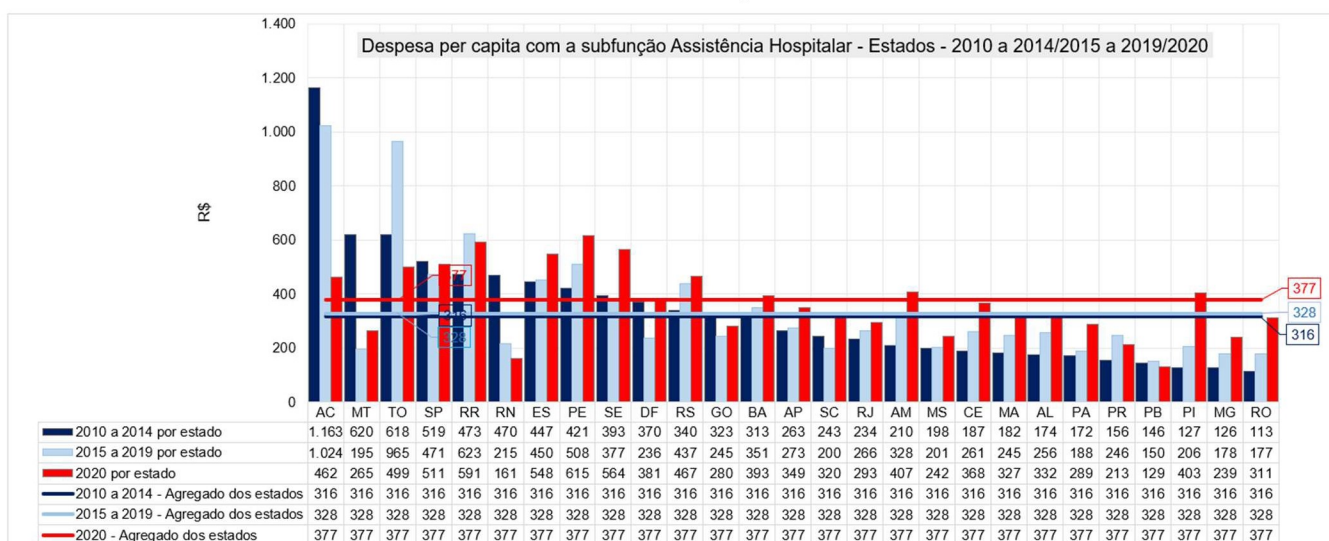
Nesse sentido, a redução de gastos relacionados à prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares, bem como a diminuição do aporte a ações voltadas à regulação assistencial, pode relacionar-se à estagnação da arrecadação de receitas ocorrida nesse período, o que levou ao contingenciamento das despesas destinadas a esses serviços no Estado.

A retomada do crescimento dos gastos nessa subfunção ocorreu apenas no biênio final, com uma aceleração ainda maior em 2020, ano que representou o maior volume. O crescimento observado em 2019 pode estar relacionado à retomada do crescimento da arrecadação da receita, o que permitiu maiores gastos nos serviços dessa subfunção. Já o aumento acelerado em 2020 pode ser justificado pela mudança da classificação funcional relativo ao pagamento de pessoal, que deixou a subfunção Administração Geral para ser classificada dentro das demais subfunções nesse exercício financeiro. Essa discussão será melhor abordada na próxima seção, relativa aos gastos da subfunção Administração Geral.

Para a subfunção Assistência Hospitalar e Ambulatorial, essa modificação na classificação gerou um incremento de R\$1,22 bilhão nos gastos, um valor relativamente próximo dos R\$1,29 bilhão de aumento registrados nessa subfunção em 2020. Os demais acréscimos observados referem-se, em geral, ao elemento 30 – Material de Consumo, dentre os quais se destaca a obtenção de medicamentos, o que se justifica pela demanda por medicamentos imposta pela pandemia de Covid-19, além de um aumento no elemento 41 – Contribuições, relacionado às transferências realizadas a fim de garantir a aplicação do mínimo constitucional na saúde.

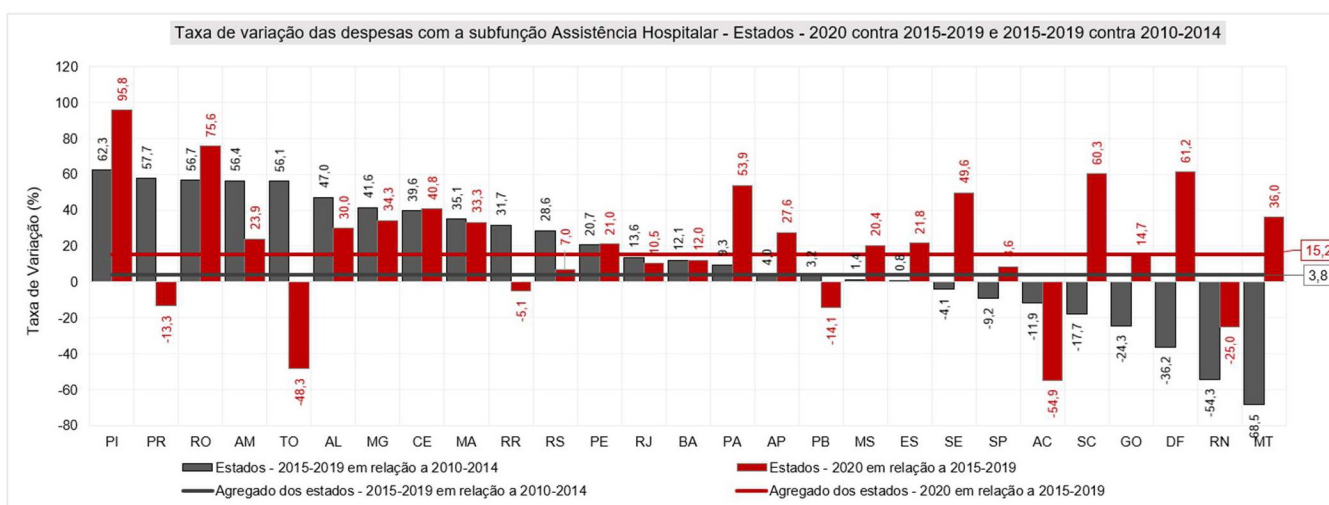
Para fins de comparação com os gastos na subfunção Assistência Hospitalar e Ambulatorial efetuados por outros Estados, bem como sua variação ao longo da última década, traçou-se os Gráficos 15 e 16 a seguir.

Gráfico 15: Despesa per capita dos Estados com a subfunção Assistência Hospitalar e Ambulatorial: 2010-2014, 2015-2019 e 2020 (valores a preços de 2020)



Fonte: Ministério da Economia. Siconfi.

Gráfico 16: Taxa de variação das despesas com a subfunção Assistência Hospitalar e Ambulatorial nos Estados: 2020 contra 2015-2019 e 2015-2019 contra 2010-2014



Fonte: Ministério da Economia. Siconfi.

Por meio dos Gráficos 15 e 16, é possível notar uma tendência de aumento das despesas por habitante na subfunção Assistência Hospitalar e Ambulatorial nos Estados em todo o período observado, de forma mais discreta no período 2015-2019 e mais acelerada em 2020. Essa tendência crescente pode relacionar-se, conforme discutido anteriormente, ao envelhecimento populacional, uma vez que tal envelhecimento pode levar ao aumento da demanda por número de internações, e ao efeito Baumol, pelo aumento dos custos de serviços em saúde acima da inflação.

Já o crescimento expressivo dos gastos na subfunção Assistência Hospitalar e Ambulatorial nos Estados em 2020 pode ser justificada pelo alastramento da pandemia de Covid-19 no país, uma vez que cerca de 20% dos pacientes contaminados pela doença precisam ser hospitalizados, conforme informa a Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB, 2020).

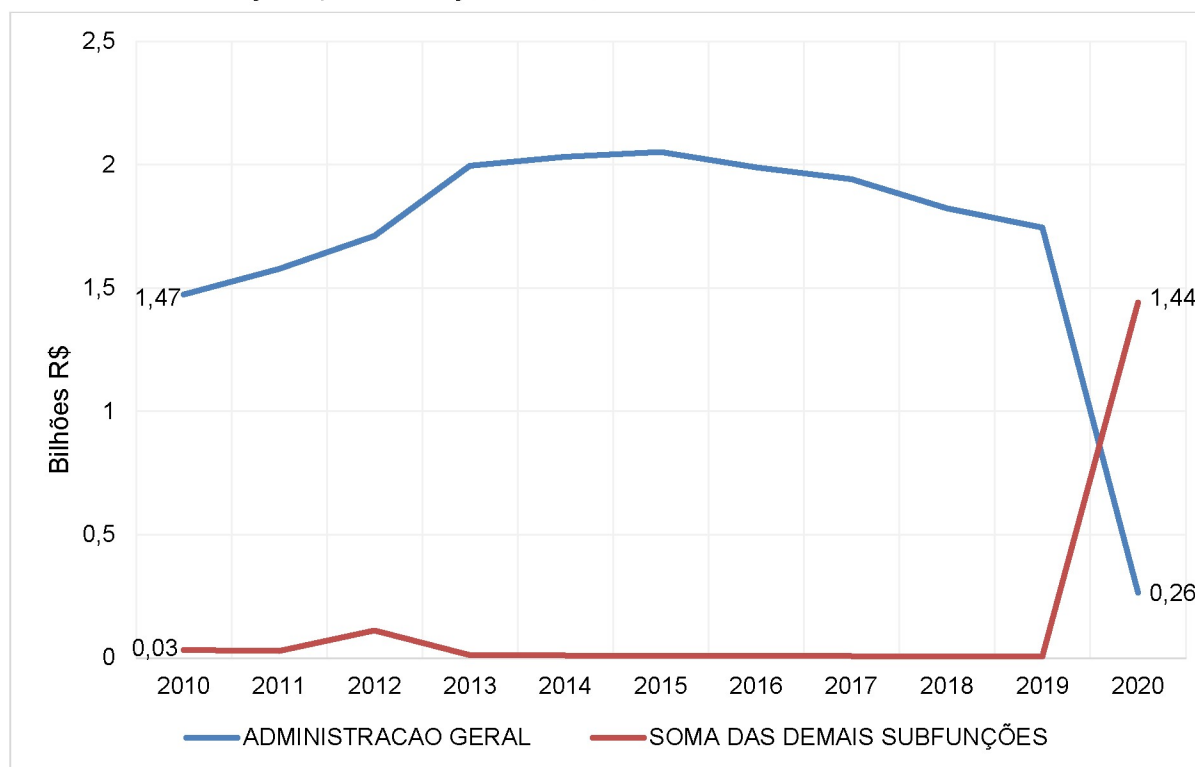
5.4.2 Gastos na subfunção Administração Geral

A subfunção Administração Geral representa a segunda maior área de gastos estaduais em saúde, sendo os gastos com pessoal e despesas das áreas meio de apoio à execução de ASPS computadas nelas até o ano de 2019. Seu comportamento foi crescente até 2014, com um crescimento bastante acelerado no último ano, quando os gastos administrativos em saúde cresceram cerca de R\$1,48 bilhão com relação ao exercício anterior. Esse crescimento exorbitante em 2014 é fruto, em especial, das despesas relacionadas a programas destinados à gestão de Fundações (Fundação Hospitalar de Minas Gerais – Fhemig, Fundação Ezequiel Dias – Funed, Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia do Estado de Minas Gerais – Hemominas) e Órgãos Autônomos (Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais – ESP) do setor de saúde em Minas Gerais, conforme apresentado na discussão de despesas correntes.

No ano de 2014, os programas de gestão desses entes foram criados para destinar os recursos do Fundo Estadual de Saúde em consonância com as determinações da LC 141/2012, sendo esses dispêndios atribuídos ao item de despesa Contribuições do Fundo Estadual de Saúde – FES – LC 141/2012 e classificados majoritariamente na subfunção Administração Geral, o que explica o crescimento acelerado dos gastos nesse ano. No ano seguinte, os gastos relacionados a essas despesas foram transferidos para subfunções relativas aos serviços prestados por esses entes o que, por consequência, gerou a redução dos gastos na subfunção Administração Geral.

Entre 2015 e 2019 é possível notar uma relativa estabilidade dos gastos nessa subfunção, o que pode ser entendido como uma forma de contenção dos gastos com pessoal em função da crise econômica e fiscal. Em seguida, foi percebida uma queda brusca no ano de 2020, conforme ilustra o Gráfico 17.

Gráfico 17: Gastos com pessoal na subfunção Administração Geral e nas demais subfunções para a função Saúde, entre 2010 e 2020



Fonte: Elaboração própria a partir de dados do Portal da Transparência de Minas Gerais

A redução abrupta dos gastos na subfunção Administração Geral em 2020 ocorreu devido à mudança das despesas com pessoal para as subfunções nas quais os trabalhadores estão alocados. Essa mudança na classificação possivelmente se explica pelo princípio norteador da ação governamental 1 do PMDI 2019-2030, que elenca o foco no resultado e não nos meios como um de seus princípios. Dessa forma, os gastos com pessoal na saúde deixam de ser contabilizados enquanto gastos de natureza administrativa (ou seja, da área meio) e passam a ser contabilizados para as subfunções em que esse pessoal se encontra prestando serviços (na área fim).

5.4.3 Gastos na subfunção Atenção Básica

A subfunção Atenção Básica teve um comportamento irregular ao longo do período analisado, apresentando tendência de queda na metade inicial dos anos 2010, que se intensificou no miolo da década. À primeira vista, é interessante notar que as ações relacionadas à aquisição, abastecimento e distribuição de medicamentos básicos e especializados foram transferidas da subfunção Atenção Básica para a subfunção

Suporte Profilático e Terapêutico em 2012. Como essas duas subfunções podem se associar ao tratamento de doenças, a alteração da subfunção é justificada, o que levou à redução dos gastos com Atenção Básica nesse ano. Essa alteração gerou mais impactos para a subfunção Suporte Profilático e Terapêutico, que será discutida adiante, e teve menos impactos na subfunção Atenção Básica em função dos investimentos realizados na ação Fortalecimento da Rede Municipal de Saúde, em consonância aos objetivos estratégicos do PMDI 2011-2030 de expansão e consolidação dessa rede, o que impediu uma queda mais brusca nesse ano.

A queda mais acentuada nos gastos com essa subfunção em 2014 e 2015 deve-se, curiosamente, à redução do aporte na ação Fortalecimento da Rede Municipal de Saúde – aquele que foi responsável por evitar uma queda mais acentuada dos gastos com Atenção Básica quando as ações relacionadas a medicamentos foram transferidas para outra subfunção. Essa ação, que em grande parte destinava recursos para despesas de capital aos municípios por meio de transferências para fins de investimentos na expansão da rede, teve uma redução bastante considerável em seu montante nesse ano. Essa situação se explica pela piora da saúde fiscal do Estado, o que é refletido diretamente nos gastos com investimentos, uma vez que a primeira possibilidade de ajuste fiscal se encontra na redução das despesas de capital, conforme descreve Tinoco (2020).

Os picos de crescimento dos gastos com a subfunção Atenção Básica vistos em 2016 e 2019 se relacionam a novas tentativas de promover ações voltadas ao fortalecimento da atenção primária nos municípios, porém, dessa vez focadas em gastos correntes. Nesse sentido, os investimentos em infraestrutura são colocados em segundo plano, com um montante relativamente menor para esse grupo de natureza de despesa, e passam a fazer parte da agenda o desenvolvimento de estratégias operacionais para otimizar o funcionamento da atenção primária, conforme descreve as ações voltadas para esse fim no PPAG 2016-2019, exercício 2019 (MINAS GERAIS, 2019b).

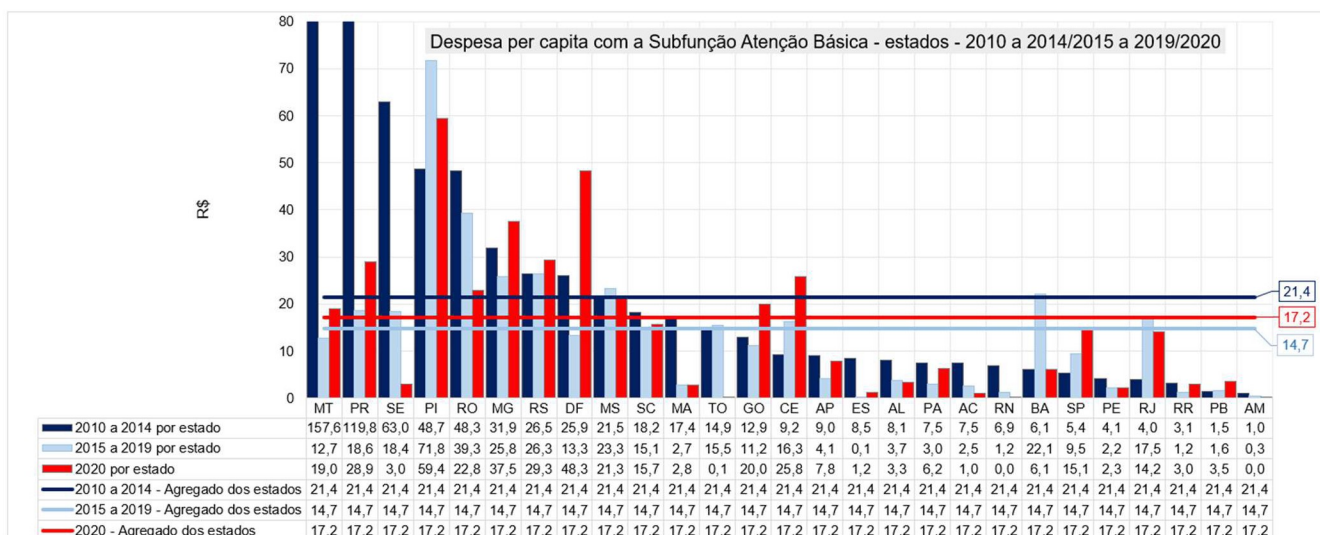
Particularmente no ano de 2019, ocorreu aumento dos gastos de capital nessa subfunção, o que se relaciona à questão da necessidade de adequação dos gastos em ASPS em função do descumprimento do mínimo constitucional em 2018 discutida na seção 6.2. Nesse cenário, uma das ações que produziram gastos de capital foi a “Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde”, que se insere na subfunção Atenção

Básica, o que auxilia a entender melhor o pico ocorrido em 2019. Contudo, não é possível notar uma tendência de retomada dos investimentos nessa subfunção, uma vez que as despesas de capital empenhadas no final da década não apresentaram continuidade nos anos seguintes.

Por fim, percebe-se que, muito embora o pagamento de pessoal tenha sido transferido para as subfunções relativas aos serviços prestados em 2020, isso não gerou impacto perceptível nos gastos com a subfunção Atenção Básica, que destinou apenas cerca de R\$13,3 milhões para pagamento de pessoal. Isso pode ser explicado pelo fato de os serviços de atenção primária serem concentrados nos municípios e, conseqüentemente, não existirem muitos servidores estaduais atuantes nessa área.

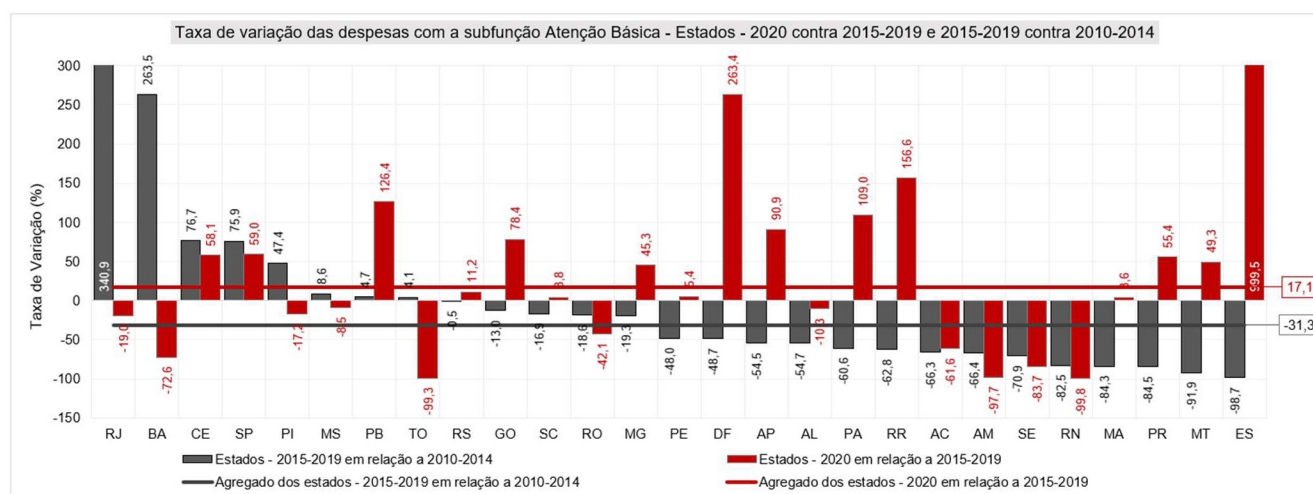
Para realizar comparação com os gastos na subfunção Atenção Básica efetuados pelos demais Estados e sua variação ao longo da última década, construiu-se os Gráficos 18 e 19 a seguir.

Gráfico 18: Despesa per capita dos Estados com a subfunção Atenção Básica: 2010-2014, 2015-2019 e 2020 (valores a preços de 2020)



Fonte: Ministério da Economia. Siconfi.

Gráfico 19: Taxa de variação das despesas com a subfunção Atenção Básica nos Estados: 2020 contra 2015-2019 e 2015-2019 contra 2010-2014



Fonte: Ministério da Economia. Siconfi.

Dentre as competências estaduais descritas no artigo 17 da Lei 8.080/1990, destacam-se a promoção da descentralização dos ASPS para os municípios e a prestação de apoio técnico e financeiro aos municípios em seu desenvolvimento de ASPS. Sob esse aspecto, a análise prévia permitiu perceber que as principais perdas na Atenção Básica em Minas Gerais nesse período referem-se à redução do aporte das despesas de capital, indicando um menor investimento na infraestrutura da atenção primária, uma vez que, conforme afirma Tinoco (2020), em períodos de crise econômica a priorização dos gastos do governo é com as despesas de custeio. Nesse sentido, Pellegrini (2020) aponta que ocorreu redução de despesas de capital nos Estados nesse mesmo período, o que pode justificar a redução dos gastos nessa subfunção entre 2015 e 2019, relacionando esse decréscimo à recessão econômica instaurada no país.

Já o crescimento das despesas em Atenção Básica no Distrito Federal em 2020 – um dos entes que apresentou maior variação dessa subfunção – pode relacionar-se ao fato de este ente prestar serviços de saúde de natureza tanto municipal quanto estadual, dada sua aplicação de recursos advindos de impostos municipais e estaduais em ASPS. Nesse sentido, o aumento observado no DF nessa subfunção pode estar associado ao aumento dos gastos dos municípios, uma vez que os serviços de atenção primária são responsáveis por atender inicialmente os pacientes. Como a AMIB (2020) aponta que apenas cerca de 20% dos contaminados precisam de

internação hospitalar, a maioria dos contaminados acessariam apenas o sistema de atenção primária, elevando, assim, os gastos municipais para essa subfunção.

5.4.4 Gastos na subfunção Suporte Profilático e Terapêutico

Dividindo valores relativamente semelhantes com a subfunção anterior, a subfunção Suporte Profilático e Terapêutico apresentou tendência de crescimento nos anos iniciais, com destaque para a aceleração do gasto em 2012. Tal qual discutido anteriormente, em 2012 as ações relativas à aquisição, abastecimento e distribuição de medicamentos básicos e especializados foram transferidos da subfunção Atenção Básica para a subfunção Suporte Profilático e Terapêutico, o que é justificado pela interseccionalidade entre as duas subfunções no que tange a associação de ambas ao tratamento de doenças.

Desse modo, a aceleração dos gastos com a subfunção Suporte Profilático e Terapêutico em 2012 pode ser justificada por essa mudança na categorização das ações, que passou a ser utilizada nos exercícios seguintes. A partir desse ponto, os gastos com assistência farmacêutica passam a ocupar um espaço considerável nos gastos com essa subfunção, impactando diretamente no comportamento dela ao longo dos anos.

É interessante notar que uma parte considerável das despesas para a subfunção Suporte Profilático e Terapêutico é executava pela Fundação Ezequiel Dias – Funed. A Funed foi criada pela Lei nº 5.594/1970, e é atualmente regida pelo Decreto nº 47.910/2020. Nele, são descritas as competências e atribuições da instituição.

Art. 2º – A Funed tem como competência realizar pesquisas para o desenvolvimento científico e tecnológico no campo da saúde pública, pesquisar e produzir medicamentos, bem como realizar análises laboratoriais no campo dos agravos à saúde coletiva em consonância com as diretrizes estabelecidas pela política estadual de saúde, com atribuições de:

I – incentivar, realizar e participar de pesquisas científicas e tecnológicas visando à aplicação de conhecimentos para a solução de problemas de saúde do Estado e do País;

II – estabelecer intercâmbio com outras instituições visando aos interesses da saúde;

III – extrair, produzir, fabricar, transformar, sintetizar, purificar, fracionar, embalar, reembalar, importar, exportar, armazenar e comercializar produtos biológicos, profiláticos, insumos, medicamentos e congêneres necessários às atividades de órgãos e entidades públicas e privadas;

- IV – importar e exportar insumos e produtos farmacêuticos e equipamentos necessários às suas ações e atividades;
- V – incumbir-se dos atos necessários à obtenção de patente ou de registro de seus produtos industriais ou intelectuais;
- VI – prestar serviços de análises laboratoriais no campo dos agravos à saúde coletiva (MINAS GERAIS, 2020b).

Nesse sentido, os dispêndios relativos às atividades desenvolvidas pela Funed também são responsáveis por explicar as variações observadas nos gastos com essa subfunção ao longo dos anos.

Sob essa ótica, é possível observar que a redução dos gastos nessa subfunção em 2013 relaciona-se à redução de dispêndios com ações voltadas à produção e distribuição de imunobiológicos, uma das atribuições da Funed. Já a aceleração dos gastos vista no biênio seguinte refere-se também aos gastos com imunobiológicos. Entretanto, o financiamento dessas ações nesse biênio ocorreu por meio do item de despesa Contribuições do Fundo Estadual de Saúde – FES – LC 141/2012 que, conforme visto anteriormente, buscava garantir a execução do mínimo constitucional em ASPS por meio de movimentações realizadas nos fundos de saúde, o que resultou em maiores montantes para a realização dessas atividades nos anos seguintes.

O comportamento de decréscimo das despesas para a subfunção Suporte Profilático e Terapêutico entre 2016 e 2018 relaciona-se, em grande parte, à redução do aporte a ações de medicamentos básicos e especializados, que sofreu sucessivas quedas ao longo desses anos, o que pode ser justificado pela estagnação de arrecadação de receitas no Estado, conforme indica a Tabela 1. A redução foi tão expressiva que, em 2018, reportagens tratando a falta de medicamentos em farmácias públicas de Minas Gerais foram veiculadas na mídia, com reclamações relativas a atrasos e indisponibilidade das medicações (G1, 2018a)

Por fim a tendência de ascensão dos gastos com essa subfunção verificada no biênio final relacionam-se ao aumento das contribuições do Fundo Estadual de Saúde, de acordo com a disposição da LC 141/2012, bem como uma nova aceleração dos gastos com a distribuição de medicamentos em 2020. Uma possível explicação para isso se encontra na melhoria da arrecadação de receitas em 2019, o que levou à maior disponibilidade de recursos para serem aplicados na área da saúde, tendo em vista a garantia do mínimo constitucional destinado para a área. Além disso, o aumento da

demanda por medicamentos ocasionado pela pandemia de Covid-19 pode explicar a aceleração dos gastos com distribuição de medicamentos em 2020, alterando o cenário de redução do aporte a essa política pública percebido nos últimos anos da série.

5.4.5 Gastos na subfunção Vigilância Epidemiológica

Por último, mas não menos importante, a subfunção Vigilância Epidemiológica apresentou-se bastante estável no período avaliado, com exceção do biênio 2019-2020. Conforme discutido anteriormente na seção 5.2, o aumento visto em 2019 pode ser justificado pela elevação das despesas de capital nesse ano para suprir a lacuna deixada pela aplicação abaixo do mínimo constitucional estabelecido em 2018, feita por meio do elemento de despesa 42 – Auxílios em 2019. Nesse cenário, apresentou-se que tais despesas foram direcionadas a quatro ações, dentre as quais está a Vigilância Epidemiológica, o que explica a elevação dos gastos nesse ano.

Já o aumento das despesas nessa subfunção em 2020 pode ser justificado pela eclosão da pandemia de Covid-19 no mundo que, por sua característica de alta transmissibilidade e acelerado agravamento dos sintomas, levou à criação de diversas redes de vigilância em todo o planeta. Em Minas Gerais, a Lei 23.631/2020, que dispõe sobre a adoção de medidas para enfrentamento do estado de calamidade pública ocasionado pela pandemia de Covid-19, aponta que

Art. 3º – Para o enfrentamento da pandemia de Covid-19, poderão ser adotadas pela autoridade competente as seguintes medidas, entre outras:

[...]

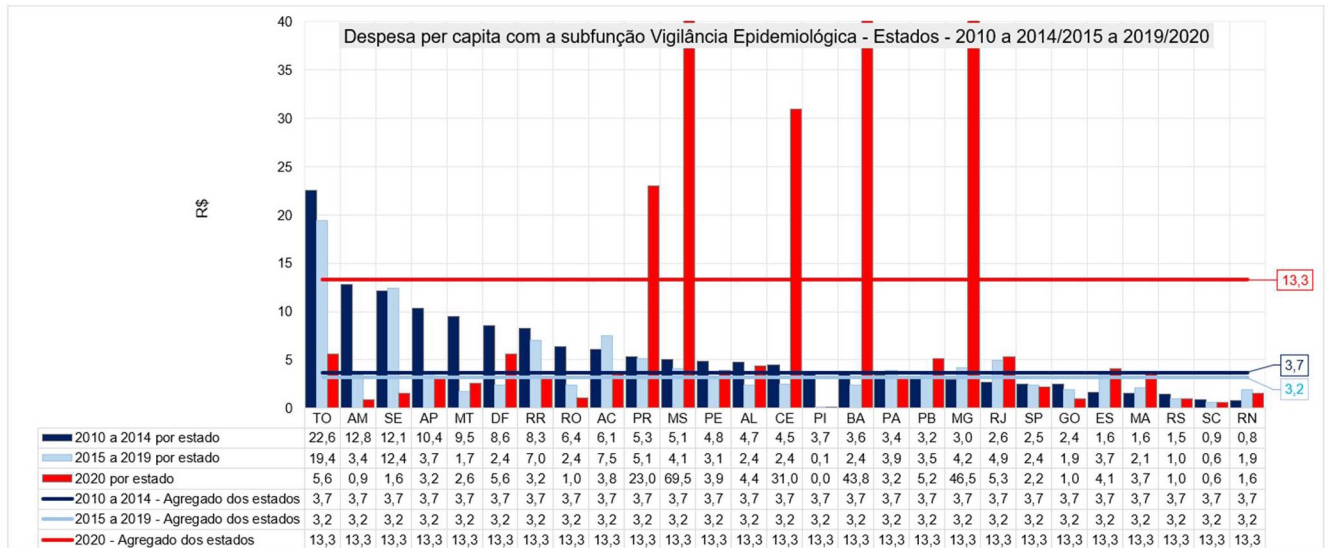
“e) tratamentos médicos específicos;”

IV – estudo ou investigação epidemiológica (MINAS GERAIS, 2020d).

Nesse sentido, a criação e os gastos advindos do programa Enfrentamento dos Efeitos da Pandemia de Covid-19 e o dispêndio bastante acima do previsto no PPAG com o programa Vigilância em Saúde neste ano estão em consonância com as disposições da lei supracitada, justificando os aumentos dos gastos na subfunção Vigilância Epidemiológica nesse ano.

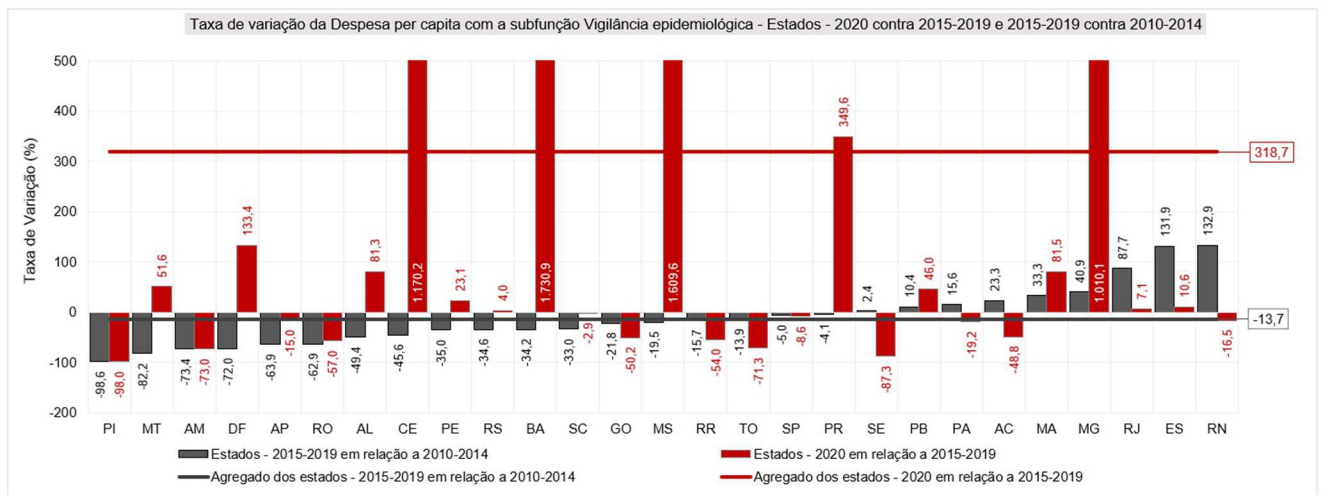
Novamente, realizou-se a comparação entre a evolução dos gastos dos Estados nessa subfunção e seu crescimento na última década, cujo resultado está expresso nos Gráficos 20 e 21 a seguir.

Gráfico 20: Despesa per capita dos Estados com a subfunção Vigilância Epidemiológica: 2010-2014, 2015-2019 e 2020 (valores a preços de 2020)



Fonte: Ministério da Economia. Siconfi.

Gráfico 21: Taxa de variação das despesas com a subfunção Vigilância Epidemiológica nos Estados: 2020 contra 2015-2019 e 2015-2019 contra 2010-2014



Fonte: Ministério da Economia. Siconfi.

A análise dos Gráficos 20 e 21 apontam que, de forma geral, a subfunção Vigilância Epidemiológica não compôs parte expressiva do orçamento de saúde dos estados, apresentando o menor gasto per capita dentre todas as subfunções avaliadas, bem

como redução no período 2015-2019 em relação à primeira metade da década. Entretanto, no ano de 2020, os dispêndios nessa subfunção cresceram aceleradamente para o agregado dos estados, o que é justificado pela adoção de medidas de vigilância epidemiológica no combate à pandemia de Covid-19, principalmente no Ceará, na Bahia, no Mato Grosso do Sul, no Paraná e em Minas Gerais. Esse aumento é explicado pelo fato de ser competência dos estados coordenar e, em caráter complementar, executar ASPS de vigilância epidemiológica, conforme descrito no artigo 17 da Lei nº 8.080/1990.

Nesse contexto, muito embora o Estado não tenha elevado seus gastos em saúde, nesse ano, houve um acréscimo bastante expressivo nas ações de vigilância epidemiológica que, conforme discutido anteriormente, visam desenvolver o conhecimento, a detecção e a prevenção de doenças que afetem a saúde. Nesse sentido, Oliveira *et al.* (2021) aponta que os gastos em práticas preventivas são associados a dispêndios menores que aqueles observados em práticas curativas. Assim, a elevação dos gastos nessa subfunção em Minas Gerais no ano de 2020 apontam para uma prática medicinal voltada à prevenção do Covid-19 em território mineiro, em busca de promover maior eficiência nos gastos públicos em saúde no enfrentamento à pandemia.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a ascensão do *Welfare State*, a função distributiva do Estado passou a vigorar com maior intensidade na agenda política, o que pode ser observado no Brasil por meio da promulgação da Constituição Federal de 1988. Essa promoveu diversos avanços no que tange à seguridade social, incluindo a garantia da saúde enquanto um direito do cidadão e dever do Estado, a ser prestado por meio do Sistema Único de Saúde e financiado pela União, estados, municípios e Distrito Federal.

Nesse cenário, a EC 29/2000 vinculou os gastos estaduais em saúde a 12% da arrecadação de recursos próprios, o que foi posteriormente regulamentado pela LC 141/2012. Além disso, em Minas Gerais, a saúde sempre foi área de destaque dos instrumentos de planejamento, aparecendo como um dos eixos em todos os PMDI da última década.

Para avaliar o comportamento dos gastos em ASPS em Minas Gerais, o presente trabalho se debruçou sob a análise dos gastos efetuados pelo governo mineiro na função Saúde a partir das classificações da despesa pública, quais sejam: as categorias econômicas, os grupos de natureza de despesa e as subfunções.

Com relação aos gastos públicos em Minas Gerais em saúde, observou-se grande participação dessa função nos gastos totais do Estado, estando ela em quinto lugar em 2010 e passando a ocupar o quarto lugar em 2020. Também foi possível notar um distanciamento entre os estágios da despesa pública a partir do miolo da década, onde os valores empenhados se mantiveram relativamente acima dos valores pagos. Esse cenário é fruto da crise econômica e fiscal enfrentada, e demonstra a dificuldade do estado em pagar suas dívidas adquiridas, uma vez que os balanços orçamentários demonstram que as dívidas do Estado crescem em patamares acima das receitas arrecadadas.

No que diz respeito à aplicação do mínimo constitucional de 12% dos recursos próprios em ASPS, Minas Gerais cumpriu a determinação em todo o período, com exceção do ano de 2018, o que pode ser justificado pela situação de calamidade financeira decretada pelo estado em 2016. Entretanto, percebe-se que o gasto se manteve pouco acima do mínimo exigido, bem como abaixo da mediana do percentual de receita aplicada pelas demais unidades federativas brasileiras. Além disso, não foram encontrados efeitos relevantes das crises econômica, fiscal e sanitária no

montante gasto em saúde em Minas, uma vez que os gastos se mantiveram limitados pela variação da receita arrecadada – que se manteve estável nos anos seguintes a 2015, evitando a redução do gasto em saúde pela tendência histórica de aplicação de gastos relativamente próximos ao mínimo exigido.

Passando à análise por categorias econômicas, foi possível notar uma tendência de crescimento das Despesas Correntes no período observado, muito em função do aumento de transferências de recursos a municípios e fundações prestadoras de serviços de saúde em Minas Gerais. O crescimento do aporte a esses entes e instituições, em consonância com a diretriz de descentralização do SUS, ocorreu após a publicação da LC 141/2012, que garantiu segurança constitucional à execução das ASPS.

As despesas correntes foram afetadas em menor grau durante os anos de agravamento da crise econômica e fiscal, apresentando tendência de redução ao seu custeio no miolo da década, em um caminho oposto àquele esperado dado o cenário de aumento da demanda por serviços de saúde. Além disso, percebeu-se um aumento de gastos destinados à atenção primária no final do período, em consonância com as diretrizes do PMDI 2019-2030, bem como um aumento relacionado a gastos com medicamentos e materiais médicos em 2020, indicando aumento dos gastos em função da crise sanitária de Covid-19.

Já as despesas de capital foram bastante afetadas em função da crise econômica e fiscal, demonstrado pela redução de aproximadamente 83,5% do aporte a essa categoria ao comparar 2013 e 2016. Esse cenário é explicado por Tinoco (2020), que aponta uma tendência de redução das despesas de capital como forma de restabelecer o controle fiscal, já que as despesas correntes – especialmente aquelas com gastos de pessoal – são mais difíceis de serem reduzidas. A partir desse ano, os gastos com despesas de capital foram pontuais, indicando que não houve tendência de retomada dos investimentos nessa década.

Em seguida, a análise dos grupos de natureza de despesa demonstrou que não houveram gastos com os grupos Encargos da Dívida e Amortizações da Dívida. Os gastos com Inversões Financeiras foram escassos, ocorrendo em um grau pequeno apenas em 2014. No que concerne aos gastos com Pessoal e Encargos Sociais em ASPS, estes se mantiveram relativamente estáveis em todo o período, na contramão

do cenário observado no restante do Estado, o que pode ser explicado pela não inclusão dos gastos com pessoal inativo nesse grupo de natureza de despesa, nos termos da LC 141/2012.

Dessa forma, os gastos com os grupos Outras Despesas Correntes e Investimentos apresentaram um comportamento praticamente idêntico àqueles observados para as categorias econômicas Despesas Correntes e Despesas de Capital. O grupo Outras Despesas Correntes apresentou de longe o maior gasto do período, o que é natural dado o caráter de prestação de serviços do setor de saúde. Já o grupo de Investimentos apresentou tendência de queda, o que pode também ser explicado pelo agravamento da crise fiscal e econômica no estado.

No tocante às subfunções, percebeu-se a participação expressivas de quatro subfunções vinculadas à saúde (Assistência Hospitalar e Ambulatorial; Atenção Básica; Suporte Profilático e Terapêutico; e Vigilância Epidemiológica) e uma não vinculada (Administração Geral). Os gastos com Assistência Hospitalar e Ambulatorial representaram o maior volume do período, com tendência de aumento na série histórica observada, o que pode ser associado ao aumento das transferências aos órgãos autônomos e fundações responsáveis por prestar serviços de atenção especializada em Minas Gerais, especialmente a Fhemig e a Fundação Hemominas, instituições que tratam casos que fogem à possibilidade de resolução da atenção primária.

Os efeitos da crise econômica e fiscal podem ser observados nessa subfunção, que apresentou tendência de redução entre 2016 e 2018, na contramão do aumento da demanda por serviços de saúde. A retomada do crescimento do gasto ocorre no biênio final, em função do aumento da arrecadação de receita e da transferência do pagamento de pessoal lotado nos serviços de assistência hospitalar e ambulatorial para essa subfunção.

Em referência à subfunção Administração Geral, essa foi utilizada até o ano de 2019 para computar os gastos com pessoal e despesas das áreas meio de apoio à execução de ASPS, que apresentou tendência de aumento no início da década, seguido de relativa estabilidade a partir de 2015, o que pode ser entendido como uma forma de contenção dos gastos com pessoal em função da crise econômica e fiscal. Em 2020 nota-se uma redução brusca dos gastos dessa subfunção, em função da

transferência dos gastos com pessoal para as subfunções nas quais os funcionários estão alocados, o que pode se justificar pelo princípio norteador da ação governamental do PMDI 2019-2030 que prioriza o foco nos resultados, e não nos meios.

Quanto à subfunção Atenção Básica, notou-se um comportamento bastante irregular no período, com tendência de redução do aporte. Isso pode se relacionar ao fato de as despesas realizadas pelo governo estadual estarem ligadas majoritariamente a gastos de capital para desenvolvimento da atenção primária nos municípios, o que foi limitado pela recessão econômica e crise fiscal. Os picos de crescimento observados nos anos seguintes não parecem estar relacionados à retomada do aporte a essa subfunção, uma vez que não apresentaram tendência de crescimento nos anos que se seguiram.

No que se refere à subfunção Suporte Profilático e Terapêutico, observou-se uma tendência de crescimento no período observado, o que pode ser explicado, também, pela descentralização de recursos para fundações e órgãos autônomos em consonância com a diretriz de descentralização do SUS – nesse caso, da Funed. Os incrementos observados nessa subfunção referem-se, de forma geral, à segurança constitucional assegurada pela LC 141/2012, bem como pelo aumento da demanda por medicamentos no Estado. O aumento acelerado em 2020, por sua vez, justifica-se pela necessidade de medicamentos imposta pela crise sanitária de Covid-19.

Finalmente, os gastos com a subfunção Vigilância Epidemiológica se mantiveram relativamente estáveis no período, com aceleração expressiva dos gastos em 2020. Nesse sentido, a comparação com outros Estados revela que Minas Gerais foi o segundo Estado que mais direcionou gastos per capita a essa subfunção, o que pode indicar uma estratégia do governo mineiro em agir de forma preventiva ao alastramento da doença, prática associada à redução de custos para o sistema de saúde. Assim, muito embora os gastos em saúde tenham sido reduzidos nesse ano em Minas Gerais, foi possível notar uma tentativa do governo mineiro em aplicar seus recursos de forma mais eficiente, na utilização de práticas preventivas e não de práticas curativas.

A partir dos resultados observados, é possível notar a importância que a saúde tem nas despesas do estado. Muito embora o gasto em ações e serviços públicos de

saúde não excedam historicamente o mínimo constitucional exigido, o montante gasto é bastante expressivo. O presente trabalho não buscou avaliar a eficiência dos gastos governamentais em saúde, e sim discutir de que forma se deu a composição da despesa pública nesse setor na última década. Sendo assim, nesse cenário de avanço da demanda por serviços de saúde, aliado à escassez de recursos para prestação de serviços públicos e à vastidão e complexidade da saúde no Brasil, destaca-se a importância de desenvolvimento de novos estudos sobre o tema.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. E. **Investimentos em saneamento básico x redução da mortalidade infantil**: o caso dos municípios do Norte e Nordeste de Minas Gerais, beneficiados pelos programas “Proágua Semiárido” e “Vida no Vale”. 2016. 199f. Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Tecnológico, Programa de Pós-Graduação em Engenharia Ambiental, Florianópolis, 2016.

AQUINO, A. C. B. de.; AZEVEDO, R. R. de. Restos a pagar e a perda de credibilidade orçamentária. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 4, p. 580-595, jul./ago. 2017.

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA. **Comunicado da AMIB sobre o avanço do Covid-19 e a necessidade de leitos em UTIs no futuro**. São Paulo, SP, 2020. Disponível em: <https://www.somiti.org.br/arquivos/site/comunicacao/noticias/2020/covid-19/comunicado-da-amib-sobre-o-avanco-do-covid-19-e-a-necessidade-de-leitos-em-utis-no-futuro.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2021.

ATRASOS constantes no pagamento do salário levam servidores estaduais à inadimplência em MG. **G1**, 2018. Disponível em: <https://g1.globo.com/mg/minas-gerais/noticia/atrasos-constantes-no-pagamento-do-salario-levam-servidores-estaduais-a-inadimplencia-em-mg.ghtml>. Acesso em: 01 nov. 2021.

BARBOSA FILHO, F. de H. A crise econômica de 2014/2017. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 31, n. 89, p. 51-60, 2017.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 1988. Brasília, DF, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 27 abr. 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2015. 133p.

BRASIL. Ministério da Economia. **Portaria Interministerial nº 163, de 4 de maio de 2001**. Dispõe sobre normas gerais de consolidação das Contas Públicas no âmbito da

União, Estados, Distrito Federal e Municípios, e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Economia, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha de orientação SIOPS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 169p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Financiamento público de saúde**. Série Ecos – Economia da Saúde para a Gestão do SUS; Eixo 1, v. 1. Brasília, 2013. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/financiamento_publico_saude_eixo_1.pdf. Acesso em: 24 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. 3.ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 480p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007**. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008**. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011**. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017**. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994**. Dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, e dá outras providências. Brasília, DF, 1994.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964.** Estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e contrôles dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. Brasília, DF, 1964.

BRASIL. Presidência da República. **Lei 8.080, de 19 de set. de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990a.

BRASIL. Presidência da República. **Lei 8.142, de 28 de dez. de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 1990b.

BRASIL. Presidência da República. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.** Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília, DF, 2012a.

BRASIL. Ministério da Economia. **Portaria nº 42, de 14 de jan. de 1999.** Atualiza a discriminação da despesa por funções de que tratam o inciso I do § 1º do art. 2º e § 2º do art. 8º, ambos da Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964, estabelece os conceitos de função, subfunção, programa, projeto, atividade, operações especiais, e dá outras providências. Brasília, DF, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 38p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012c. 110p.

CARMO, M. M. do. **Planejamento e execução orçamentária**: uma análise do eventual hiato entre fases orçamentária e financeira das despesas públicas nas funções de saúde e segurança pública do estado de Minas Gerais entre 2012 e 2018. 2019. 99f. Monografia (Graduação em Administração Pública) – Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, Fundação João Pinheiro, Belo Horizonte, 2018.

CONGRESSO NACIONAL. **Termo: Despesa Orçamentária**. Brasília, DF, 2021. Disponível em: https://www.congressonacional.leg.br/legislacao-e-publicacoes/glossario-orcamentario/-/orcamentario/termo/despesa_orcamentaria.

Acesso em: 01 nov. 2021.

CONTROLADORIA-GERAL DA UNIÃO. **Função e Subfunção**. Brasília, DF, 2021. Disponível em: <https://www.portaltransparencia.gov.br/pagina-interna/603317-funcao-e-subfuncao>. Acesso em: 01 nov. 2021.

CONTROLADORIA-GERAL DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **Relatório de controle interno nº 1520.0439.19**: exercício financeiro 2018. Belo Horizonte, MG, mar. 2019. Disponível em: https://cge.mg.gov.br/phocadownload/relatorios_controle_interno_rci/pdf/RCI_2018.pdf. Acesso em: 01 nov. 2021.

DALFOVO, M. S.; LANA, R. A.; SILVEIRA, A. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada**, v.2, n.4, p. 01-13. Blumenau, 2008. Disponível em: https://aedmoodle.ufpa.br/pluginfile.php/168069/mod_forum/attachment/271244/MO_NOGRAFIAS%20M%C3%89TODOS%20QUANTITATIVOS%20E%20QUALITATIVO_S.pdf. Acesso em: 25 jun. 2021.

DI PIETRO, M. S. Z. **Direito Administrativo**. 29.ed. Rio de Janeiro: Forense, 2016. 1088p.

DUARTE, A. L. P.; HANSEN, P. B. Redes interorganizacionais no setor público: análise da produção acadêmica no Brasil de 2000 a 2009. *In*: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, Rio da Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/diversos/down_zips/53/eor1141.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2021.

DWECK, E.; TEIXEIRA, R. A. Os impactos da regra fiscal em um contexto de desaceleração econômica. *In*: CARNEIRO, R.; BALTAR, P.; SARTI, F. **Para além da política econômica**. São Paulo: Editora Unesp Digital, 2018. p. 283-326. Disponível em: <https://www.eco.unicamp.br/images/arquivos/para-alem-da-politica-economica.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2021.

ESCOLA NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA. **Orçamento Público: Conceitos Básicos**. Brasília, DF, 2014. 21p.

FALTA de remédios em farmácias públicas de MG causa temor em pacientes. **G1**, 2018. Disponível em: <https://g1.globo.com/mg/minas-gerais/noticia/falta-de-remedios-em-farmacias-publicas-de-mg-causa-temor-em-pacientes.ghtml>. Acesso em: 01 nov. 2021.

FERNANDES, G. A. de A. L.; PEREIRA, B. L. S. Os desafios do financiamento do enfrentamento à COVID-19 no SUS dentro do pacto federativo. **Revista de Administração Pública**, v. 54, n. 4, p. 595–613, ago. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/zNs77xnNYT3xxtTvhTpyVt/?lang=pt>. Acesso em: 25 jun. 2021.

FERNANDES, M. A. da C. **Dimensionamento e acompanhamento do gasto social federal**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília, DF, 1998. 70p. (Texto para discussão n. 547).

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. Diretoria de Estatística e Informações. **PIB trimestral de Minas Gerais**: 1º trimestre de 2021. Belo Horizonte: FJP, 2021.

FURTADO, F. **Administração Financeira e Orçamentária para concursos: Direito Financeiro simplificado**. 2. ed, Rio de Janeiro: Editora Ferreira, 2010.

FUNCIA, F. R. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4405–4415, dez. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/n77WSKwsWhzyBHGXtgLfFMj/?lang=pt>. Acesso em: 25 jun. 2021.

GIACOMONI, J. **Orçamento Público**. 15. Ed. Ampliada, revista e atualizada. São Paulo: Atlas, 2010.

GIAMBIAGI, F.; ALÉM, A. C. **Finanças públicas: teoria e prática no Brasil**. 4.ed. Rio de Janeiro, Elsevier, 2011, 461p.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. Ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, L. F. **Como se classificam os órgãos públicos quanto à posição estatal?** Disponível em: <https://fg.jusbrasil.com.br/noticias/2052960/como-se-classificam-os-orgaos-publicos-quanto-a-posicao-estatal-aurea-maria-ferraz-de-sousa>. Acesso em: 01 nov. 2021.

GOVERNO anuncia reajuste para servidores estaduais em Minas. **G1**, 2011. Disponível em: <http://g1.globo.com/minas-gerais/noticia/2011/12/governo-anuncia-reajuste-para-servidores-estaduais-em-minas.html>. Acesso em: 01 nov. 2021.

GOVERNO de Minas entrega veículos para a saúde e ambulâncias aos municípios. **Blog da Saúde**, 2017. Disponível em: <http://blog.saude.mg.gov.br/2017/08/07/investimento-governo-de-minas-entrega-entrega-veiculos-para-a-saude-e-ambulancias-aos-municipios/>. Acesso em: 01 nov. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Registro Civil 2020: número de registros de óbitos cresce 14,9% e o de nascimentos cai 4,7%**. Rio de Janeiro, RJ, 2021. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/32270-registro-civil-2020-numero-de-registros-de-obitos-cresce-14-9-e-o-de-nascimentos-cai-4-7>. Acesso em: 01 nov. 2021.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA; FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Atlas da Violência 2019**. Brasília; Rio de Janeiro: São Paulo, 2019.

JORGE, M. H. P. de M.; KOIZUMI, M. S.; TONO, V. L. Causas externas: o que são, como afetam o setor saúde, sua medida e alguns subsídios para a sua prevenção. **Revista Saúde**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 37-47, 2007.

MALACHIAS, I.; LELES, F. A. G.; PINTO, M. A. S. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2011, 263p.

MANGUALDE, L. G. dos S. **A evolução das despesas públicas no estado de Minas Gerais**: os principais fatores que levaram aos sucessivos déficits e a aplicação da regra do teto como possível solução. 2014. 137f. Monografia (Graduação em Administração Pública) – Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, Fundação João Pinheiro, Belo Horizonte, 2018.

MATTA, G. C. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. *In*: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. de M. **Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 61-80. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l25.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2021.

MENDES, J. D. V.; BITTAR, O. J. N. V. Perspectivas e desafios da gestão pública no SUS. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 16, n. 1, p. 35–39, 2014. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/18597>. Acesso em: 25 jun. 2021.

MICHAELIS. **Moderno dicionário da língua portuguesa**. São Paulo: Melhoramentos, 1998. Dicionários Michaelis, 2259p.

MINAS GERAIS. **Constituição do Estado de Minas Gerais**. 27.ed. Belo Horizonte: Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais, 2021a. 476p.

MINAS GERAIS. **Decreto nº 47.852, de 31 de janeiro de 2020**. Contém o Estatuto da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG: Assembleia Legislativa de Minas Gerais, 2020a.

MINAS GERAIS. **Decreto nº 47.910, de 7 de abril de 2020**. Contém o Estatuto da Fundação Ezequiel Dias. Belo Horizonte, MG: Assembleia Legislativa de Minas Gerais, 2020b.

MINAS GERAIS. **Decreto nº 48.023, de 17 de agosto de 2020.** Contém o Estatuto da Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG: Assembleia Legislativa de Minas Gerais, 2020c.

MINAS GERAIS. **Lei nº 7.088, de 3 de outubro de 1977.** Autoriza o poder executivo a unificar as fundações assistenciais e hospitalares que menciona, sob a denominação de Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - Fhemig, e dá outras providências. Belo Horizonte, MG: Assembleia Legislativa de Minas Gerais, 1977.

MINAS GERAIS. **Lei nº 23.631, de 2 de abril de 2020.** Dispõe sobre a adoção de medidas para o enfrentamento do estado de calamidade pública decorrente da pandemia de Covid-19, causada por coronavírus. Belo Horizonte, MG: Assembleia Legislativa de Minas Gerais, 2020d.

MINAS GERAIS. **Lei Ordinária nº 11.983, de 14 de novembro de 1995.** Institui o Fundo Estadual de Saúde – FES – e dá outras providências. Belo Horizonte, MG: Assembleia Legislativa de Minas Gerais, 2020.

MINAS GERAIS. **Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado 2011-2030.** Belo Horizonte, 2012. Disponível em: https://www.almg.gov.br/acompanhe/planejamento_orcamento_publico/pmdi/index.html. Acesso em: 01 nov. 2021.

MINAS GERAIS. **Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado 2016-2027.** Belo Horizonte, 2016. Disponível em: https://www.almg.gov.br/acompanhe/planejamento_orcamento_publico/pmdi/index.html. Acesso em: 01 nov. 2021.

MINAS GERAIS. **Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado 2019-2030.** Belo Horizonte, 2019. Disponível em: https://www.almg.gov.br/acompanhe/planejamento_orcamento_publico/pmdi/index.html. Acesso em: 01 nov. 2021.

MINAS GERAIS. Portal da Transparência. **Concursos realizados.** Belo Horizonte, MG, 2021b. Disponível em: <https://www.transparencia.mg.gov.br/estado-pessoal/concursos-realizados/concursos-orgaos-demandantes/2018/01-01-2018/31-12-2018/1/>. Acesso em: 01 nov. 2021.

MINAS GERAIS. Portal da Transparência. **Despesas do Estado**. Belo Horizonte, 2021c. Disponível em: <http://www.transparencia.mg.gov.br/Estado/despesa>. Acesso em: 25 jun. 2021.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Instrumentos de planejamento governamental**. Belo Horizonte, MG, 2021d. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/sobre/planejamento/planejamento-governamental>. Acesso em: 01 nov. 2021.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais (PDR/MG)**. 1.ed. Belo Horizonte: SES-MG, 2020e. Disponível em: www.saude.mg.gov.br. Acesso em: 01 nov. 2021.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. da C. G.; SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016.

MOREIRA, L. M. dos S. *et al.* Desafios do financiamento do sistema único de saúde: revisão integrativa de literatura. **Facit Business and Technology Journal**, v. 1, n. 21, 2020. Disponível em: <http://revistas.faculdefacit.edu.br/index.php/JNT/article/view/769>. Acesso em: 25 jun. 2021.

NUNES, B. P. *et al.* Tendência temporal da falta de acesso aos serviços de saúde no Brasil, 1998-2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**: Instituto Evandro Chagas, Brasília, v. 25, n. 4, p. 777-787, 2016.

OLIVEIRA, A. S. Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil. **Hygeia: Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 15, n. 34, p. 69-79, 2019. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/48614/27320>. Acesso em: 26 abr. 2021.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. 6.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PAIVA, B. B. de. **O cumprimento do mínimo constitucional em ações e serviços de saúde em Minas Gerais**: diferença entre despesas empenhas e os valores

inscritos em restos a pagar na função “saúde” entre os anos de 2012 e 2017. 2018. 123 f. Monografia (Graduação em Administração Pública) – Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, Fundação João Pinheiro, Belo Horizonte, 2018.

PELLEGRINI, J. **Análise da situação fiscal dos estados**. Brasília, DF, 2020. 42p.

PEREIRA, V. S.; LIMA, E. de S. Relação entre saneamento básica e taxa de mortalidade infantil: evidências empíricas para os municípios do Piauí, nos anos censitário (1991, 2000 e 2010). **Revista Econômica do Nordeste**, Fortaleza, v. 52, n. 1, p. 93-106, jan./mar., 2021.

REZENDE, F. **Finanças Públicas**. 2.ed. São Paulo: Atlas, 2006, 375p.

SECRETARIA DO TESOURO NACIONAL. Ministério da Fazenda. **Aspectos fiscais da saúde no Brasil**. Brasília, DF, 2018. Disponível em: <<http://www.tesourotransparente.gov.br/publicacoes/aspectos-fiscais-da-saude-no-brasil/2018/30>>. Acesso em: 25 jun. 2021.

SCHERRER, I. de C. **Análise da relação entre investimento em saneamento básico e mortalidade infantil para os municípios do Rio Grande do Sul (2005-2015)**. Dissertação (Mestrado em Economia) – Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2019.

SENADO FEDERAL. **Fonte de recursos**. Brasília, DF, 2021. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/orcamento/glossario/fonte-de-recursos>. Acesso em: 01 nov. 2021.

SERVO, L. M. S *et al.* Financiamento do SUS e Covid-19: histórico, participações federativas e respostas à pandemia. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. especial 4, p. 114-129.

SILVA, R. A. da.; CASTRO, J. A. de. Evolução e Dinâmica do Gasto Público no Brasil: Análise pela Metodologia da Despesa Efetiva do Governo Federal (1995-2005). *In*: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, Salvador, 2008. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/EnAPG296.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2021.

SOUSA, C. M. S. de.; CARVALHO, H. J. B. de. O planejamento governamental como instrumento de estruturação: monitoramento e avaliação da Política Industrial do

Ceará no período 2007 a 2014. **Revista Conhecer: o debate entre o Público e o Privado**, Fortaleza, v.6, n. 16, p. 25-48, 2016.

SOUZA, A. J. de S. **Rede de Atenção à Urgência e Emergência**: estudo de caso na macrorregião Norte de Minas Gerais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 42p.

SOUZA, F. da C.; MORAES, N. R. de. Estado de Bem-Estar Social: uma revisão de literatura. **Revista Observatório**, Palmas, v. 5, n. 5, p. 906-936, ago. 2019.

TINOCO, G. Estados: rumo a um ajuste de uma década. *In*: GIAMBIAGI, F. **O futuro do Brasil**. 1. ed. Atlas, 2020.