

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS – UNIMONTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO SOCIAL – PPGDS
OTIL CARLOS DIAS DOS SANTOS

FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA EM MINAS GERAIS
2002-2010

MONTES CLAROS - MG
2013

OTIL CARLOS DIAS DOS SANTOS

**FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA EM MINAS GERAIS
2002 – 2010**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Social da Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Social.

Orientador: Prof. Dr. Gilmar Ribeiro dos Santos

**MONTES CLAROS – MG
2013**

Santos, Otil Carlos Dias dos.

S237f Financiamento da saúde pública em Minas Gerais 2002-2010 [manuscrito] /
Otil Carlos Dias dos Santos. – 2013.

128 f. : il.

Bibliografia: f. 119-128.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Montes Claros
Unimontes, Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Social/PPGDS, 2013.

Orientador: Prof. Dr. Gilmar Ribeiro dos Santos.

1. Saúde pública – Financiamento - Minas Gerais. 2. Políticas públicas – Saúde.
3. Desenvolvimento social - Saúde. I. Santos, Gilmar Ribeiro dos. II. Universidade
Estadual de Montes Claros. III. Título.

Dedico este trabalho ao meu pai José Carlos Dias, à minha mãe Doralice Dias Pereira e ao meu avô Zezin (*in memoriam*) porque, com eles, tive o privilégio de aprender a ser homem, a ser pai e, principalmente, a ser filho. Dedico também aos meus filhos João Artur e Jordana, e que talvez este estudo possa servir de incentivo para seguir suas vidas e à minha esposa Dulce Pereira, que em todos os momentos, acreditou que tudo ia dar certo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus e a todos que, direta ou indiretamente, fizeram parte deste trabalho.

Ao meu orientador Dr. Gilmar Ribeiro dos Santos, agradeço os seus ensinamentos e orientação nesta dissertação.

Aos meus pais Zé Carlos e Dôra, o apoio, a confiança e a educação que, ao longo dos anos, foi-me ensinada.

Aos meus irmãos Cláudia e Fabrício que, em todos os momentos, acreditaram em mim.

À família de minha esposa, seu pai Massú (*in memoriam*) e Dona Maria que, com sua simplicidade, esteve em todos os momentos apoiando esta conquista. Às minhas cunhadas Daria – que acreditou muito nesta conquista – Edimar, Zilmar, Cláudia e Cleide, cunhados e sobrinhos. Vocês tiveram uma participação importante em tudo isto.

Ao Prof. Juventino Ruas de Abreu Júnior, que muito me incentivou e apoiou na relação deste trabalho e aos colegas da Pró-Reitoria de Planejamento, Gestão e Finanças – UNIMONTES.

Aos Professores do PPGDS que, por meio dos seus ensinamentos, deram-me a oportunidade de enxergar a vida por outras maneiras. E aos servidores do Mestrado Fernanda, Vanessa e Sara que, em todos os momentos, atenderam-me com muita competência.

À Roberta, pessoa que cuidou dos meus filhos com todo carinho, enquanto eu estudava.

Aos meus colegas do Departamento de Ciências Contábeis (UNIMONTES), especialmente aqueles que trabalham comigo em Salinas – MG.

Aos acadêmicos do curso de Ciências Contábeis de Salinas – MG, que me receberam com muito respeito e admiração, onde tive a oportunidade de aprender muito mais do que ensinar.

Aos amigos da Prefeitura de Brasília de Minas – MG e Montes Claros – MG, fonte de inspiração para este trabalho.

À família de Dona Quinó, aos seus filhos que tiveram um papel importante na minha formação como ser humano.

À minha esposa, que ao longo desses anos juntos esteve ao meu lado me incentivando a cada dia.

À família de Dona Neuza, Marlene, Marly e suas filhas pela amizade que temos.

Às minhas primeiras professoras, Escola Estadual de Barroco-MG, Dona Maria Miúda e Dona Maria Rodrigues, responsáveis pelos meus primeiros passos nos estudos.

RESUMO

O Brasil vivenciou, ao longo da história, diversos problemas e dificuldades quanto à implementação de políticas públicas sociais, de maneira geral e, principalmente, no que diz respeito à saúde. Com a Constituição de 1988, a saúde passou a ser um direito de todos e dever do Estado, com a participação da União, dos Estados e Municípios, fundamentada em princípios doutrinários, como o da universalidade, integralidade da atenção e equidade propostos pelo SUS. O presente estudo tem como finalidade compreender a dinâmica do financiamento e da aplicação de recursos, na saúde pública, em Minas Gerais. Neste estudo, foram discutidos alguns aspectos teóricos importantes como, aspectos conceituais de gestão pública, a saúde e sua dimensão social e o papel do Estado no desenvolvimento social. A hipótese que norteou este trabalho é de que algumas despesas – consideradas pelo Governo de Minas Gerais, na composição do percentual aplicado na saúde, no período de 2002 – 2010 – estão em desacordo com a Constituição Brasileira. Os objetivos propostos foram: verificar, de acordo com a determinação Constitucional, como se efetivou a composição e a aplicação dos recursos do financiamento da saúde pública, no Governo do Estado de Minas Gerais, no período de 2002 a 2010; fornecer instrumentos conceituais e analíticos para o exame da gestão pública, especialmente no campo das políticas sociais; levantar dados e informações que possam subsidiar os gestores públicos municipais mineiros na negociação dos recursos junto à Comissão de Intergestores Bipartite (CIB), além de enfatizar o princípio da transparência pública, no intuito de desenvolver o senso crítico dos cidadãos mineiros, quanto à avaliação da gestão de saúde, atualmente praticada pelo Governo do Estado. Os resultados apurados confirmam distorções dos dados apresentados à sociedade.

ABSTRACT

Brazil survived along the history several problems and difficulties as for the implementation of public social politics, of general way and, principally, what concerns the health. With the Constitution of 1988, the health started to be a right of all and duty of the State, with the participation of the Union, of the States and Local authorities, based on doctrinal principles such as universality, comprehensiveness of care and equity proposed by the Unified Health System (SUS). The present study has like finality understands the dynamic of the financing and of the resource application in the public health in Minas Gerais State. In this study was discussed some important theoretical aspects such as conceptual aspects of public administration, health and its social dimension and the role of the State in social development. The hypothesis that orientated this work is that some expenses – considered by the Government of Minas Gerais, in the composition of the percentage applied in the health, in the period of 2002 – 2010 – are in disagreement with the Brazilian Constitution. The proposed objectives were: to check, in accordance with the Constitutional determination, since there was brought into effect the composition and the application of the resources of the financing of the public health in the Government of the State of Minas Gerais in the period from 2002 to 2010; to supply instruments you conceptualize and analytical for the examination of the public management, specially in the field of the social politics; to lift data and informations that could subsidize the public municipal mining managements in the negotiation of the resources near the Bipartite Inter-Managerial Commission (CIB), besides emphasizing the beginning of the public transparency in the intention of developing the critical sense of the mining citizens as for the evaluation of the management of health at present practiced by the Government of the State. The refined results confirm distortions of the data presented to the society.

LISTAS DE TABELAS

Tabela 1 – Comparativo dos Gastos Públicos do Brasil em relação aos Países da América Latina	26
Tabela 2 – Resultados obtidos sobre o Desempenho dos Serviços e a Eficiência dos Gastos Públicos	27
Tabela 3 – Comparativo de Gastos Públicos em Saúde do Brasil em relação aos Países da América Latina	29
Tabela 4 - Resumo dos dados estatísticos relacionados à saúde no Brasil e no Canadá.....	65
Tabela 5 - Comparativo do percentual gasto com saúde do Governo do Estado de Minas Gerais (%) – 2002 a 2010.....	77
Tabela 6 - Comparativo de Gastos em Saúde (em termos monetários) no período de 2002 – 2010	77
Tabela 7 - População urbana atendida por sistemas de tratamento de esgotos sanitários, com a devida regularização ambiental.....	96
Tabela 8 – Redes Assistenciais (IPSEMG)/Médicos/Dentistas distribuídos no Território Mineiro	103
Tabela 9 – Percentual de municípios livres de casos de febre aftosa – Minas Gerais, 2001 – 2010	105

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Comparação entre a Constituição Federal e a Lei 8.080/90	67
Quadro 2 - Base de calculo de aplicação na saúde	75
Quadro 3 Demonstrativo dos Gastos em Ações e Serviços Públicos de Saúde	76
Quadro 4 – Evolução da Receita Arrecadada, no Estado de Minas Gerais, no período de 2002 a 2010	82
Quadro 5 – Relação de Órgãos do Governo do Estado de Minas Gerais utilizados para Aplicação de Recursos na Saúde	84
Quadro 6 – Levantamento dos Órgãos/Unidades Orçamentárias/Gastos Realizados na Saúde de Minas Gerais – Período 2002 a 2010	85
Quadro 7 Demonstrativo de créditos autorizados x despesas realizadas dos Orçamentos Anuais	86
Quadro 8 Valores Gastos em Saúde, oriundos da Base Cálculo, realizados pelos Órgãos/Unidades Orçamentárias no Estado de Minas Gerais	88
Quadro 9 Valores Comparados dos Créditos Autorizados/Despesa Realizadas/Repasse Fundo Nacional de Saúde para Secretaria de Estado da Saúde (SES)	92
Quadro 10 Despesa Realizada por Fonte de Recursos da Secretaria Estadual de Saúde informada ao SIOPS	92
Quadro 11 – Valores considerados na aplicação de recursos da saúde pelo governo de Minas Gerais no período analisado - UNIMONTES	100
Quadro 12 – Repasses do Fundo Nacional da Saúde (FNS) para o Fundo Estadual de Saúde (FES).....	101
Quadro 13 – Despesa Realizada por Fonte de Recursos do Fundo Estadual de Saúde informada ao SIOPS	102

LISTA DE SIGLAS

ADCT – Ato das Disposições Constitucionais e Transitórias

BNDE - Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico

CAADE - Coordenadoria Especial de Apoio e Assistência à Pessoa com Deficiência

CBMMG - Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Minas Gerais

CE – Constituição do Estado

CIB – Comissão Intergestores Biparte

CNRS - Comissão Nacional da Reforma Sanitária

CNS – Conselho Nacional da Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

COPASA - Companhia de Saneamento do Estado de Minas Gerais

DATASUS – Departamento de Informática do SUS

DENERU - Departamento Nacional de Endemias Rurais

DGSP - Diretoria Geral de Saúde Pública

DPD - Diretoria de Pesquisa e Desenvolvimento

DSEI - Distritos Sanitários Especiais Indígenas

ESP - Escola de Saúde Pública

FEAM - Fundação Estadual de Meio Ambiente

FES - Fundo Estadual de Saúde

FHEMIG - Fundação Hospitalar Estado de Minas Gerais

FMS – Fundo Municipal de Saúde

FNS – Fundo Nacional de Saúde

FPE – Fundo de Participação dos Estados

FUNED - Fundação Ezequiel Dias

HEMOMINAS - Fundação Centro Hematologia e Hemoterapia MG

HUCF – Hospital Universitário Clemente de Faria

IAPS – Instituto de Aposentadoria e Pensões

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICMS – Imposto sobre Circulação de Mercadoria e Prestação de Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação

IMA - Instituto Mineiro de Agropecuária

IPI – Imposto sobre Produtos Industrializados

IPSEMG - Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais
IPSMMG - Instituto de Previdência dos Servidores Militares do Estado de Minas Gerais
IPVA – Imposto sobre Veículos Automotores
IRRF – Imposto de Renda Retido na Fonte
ITCD - Imposto de Transmissão *Causa Mortis* e Doação
LDO – Lei de Diretrizes Orçamentária
LOA – Lei de Orçamento Anual
LOS - Lei Orgânica da Saúde
MAPA - Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento
MESP - Ministério da Educação Saúde Pública
MITIC – Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio
NHS - *National Health Service*
OMS – Organização Mundial da Saúde
PIB – Produto Interno Bruto
PMMG - Polícia Militar de Minas Gerais
PPA – Plano Plurianual
SEDRU - Secretaria de Estado de Desenvolvimento Regional e Política Urbana
SEDS - Secretaria de Estado Defesa Social
SEF/MG - Secretaria de Estado de Fazenda
SES - Secretaria de Estado da Saúde
SETOP - Secretaria de Transporte e Obras Públicas
SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
STN – Secretaria de Tesouro Nacional
SUDS - Sistema Único de Descentralização de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TAG – Termo de Ajustamento de Gestão
TCE/MG – Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais
UNIMONTES - Universidade Estadual de Montes Claros

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
CAPITULO 1.....	19
ASPECTOS CONCEITUAIS DE GESTÃO PÚBLICA.....	19
1.1 Administração Pública	19
1.2 Gastos Públicos em Saúde	24
1.3 Contabilidade Pública e suas ferramentas de análises	30
1.3.1 Planejamento Público	32
1.3.2 Plano Plurianual	34
1.3.3 Lei de Diretrizes Orçamentárias	35
1.3.4 Lei Orçamentária Anual.....	36
1.3.5 Transparência da Gestão Fiscal	37
CAPITULO 2.....	40
GESTÃO PÚBLICA, SAÚDE E SUA DIMENSÃO SOCIAL	40
2.1 Processo Histórico da Saúde no Brasil	42
2.2 Estado e Políticas Sociais	48
2.3 O Estado e o Desenvolvimento Social.....	50
2.4 O Controle Social da Saúde	53
CAPÍTULO 3.....	55
O FINANCIAMENTO DA SAÚDE E O SUS	55
3.1 Definições da Constituição Federal de 1988	55
3.2 Perspectivas do Financiamento da Saúde	57
3.3 Direito à Saúde.....	62
3.4 O Sistema de Saúde Brasileiro.....	63
3.5 Análise comparativa de dados estatísticos entre o Brasil e Canadá	65
3.6 Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde.....	67
3.6.1 Princípio da Universalidade.....	68
3.6.2 Princípio da Integralidade	69
3.6.3 Princípio da Equidade	70
3.6.4 Regionalização e Hierarquização da Saúde	71
3.6.5 Participação da Comunidade.....	72
CAPITULO 4.....	74
ANÁLISE DOS DEMONSTRATIVOS CONTÁBEIS E FINANCEIROS DA FUNÇÃO DE GOVERNO SAÚDE	74
4.1 Comparativo da Aplicação de Recursos da Saúde com outros Estados da Federação ...	79
4.2 Evolução da Receita Arrecadada do Estado de Minas Gerais no período 2002 – 2010.	81
4.3 Composição dos gastos em saúde do Governo do Estado de Minas Gerais, em relação aos dispositivos legais e constitucionais.	83
4.4 Análise dos Gastos Realizados pelos Órgãos que compõem a aplicação de recursos na saúde.....	90
4.5 Benefícios Previdenciários	90
4.6 Secretarias e Coordenadorias de Governo	90
4.7 Autarquias, Fundações e Instituições de Ensino.....	95
4.8 Fundos, Institutos e Órgãos Militares	101
4.9 Empresa Pública do Governo.	107
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	110
6 REFERÊNCIAS.....	119

INTRODUÇÃO

O Brasil vivenciou, ao longo da história, diversos problemas e dificuldades quanto à implementação de políticas públicas sociais, de maneira geral e, principalmente, no que diz respeito à saúde. Com a redemocratização do país em 1988, a Constituição da República trouxe, como proposta, a saúde como um direito de todos os cidadãos brasileiros, sem distinção de cor, raça, sexo, classe social ou qualquer outro tipo de condição excludente. A partir de então, esse direito passou a ser regido por diretrizes estabelecidas pelo Sistema Único de Saúde – SUS, onde surge uma gestão pública de saúde tripartite, com a participação da União, Estados e Municípios, fundamentada em princípios doutrinários como o da universalidade, integralidade da atenção e equidade, além daqueles que regem a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), como o da regionalização, segmentos hierárquicos e o envolvimento dos cidadãos no controle da promoção, proteção e recuperação da saúde. Nesse intento, a mesma Constituição propõe, conforme regulamentado nas Leis 8.080 e 8.142/90, a criação de uma rede de financiamento para o SUS, voltada para a realização de ações e políticas públicas de saúde preventiva prioritária, com maior responsabilidade do poder público, ou seja, o Estado, em seu sentido mais amplo.

Segundo a Carta Magna Brasileira, o papel do Estado é estar ao lado do cidadão como alavancador do desenvolvimento das pessoas, das famílias e da sociedade. Por isso, o serviço público tem uma responsabilidade social em dar conta de atendimentos básicos à população, como infraestrutura, segurança, saúde, educação, entre outros, desenvolvendo, cada vez mais, o princípio da solidariedade social.

Daí, devido à pressão da sociedade, o Estado assume um papel cada vez mais decisivo e participativo, no desenvolvimento das políticas internas, visando a cumprir os preceitos da Gestão Social (ZARPELON, 2006).

Na concepção do próprio Estado, com o desenvolvimento dessas políticas públicas e com a responsabilidade social de melhorar a qualidade dos serviços e do atendimento das necessidades e anseios da população, o Governo, constantemente, principalmente no que diz respeito à saúde, tem prestado contas a sociedade, por meio de demonstrativos e relatórios contábeis, com o propósito de informar as pessoas sobre o seu desempenho,

quanto ao acesso a tais serviços. Mesmo assim, diversas são as dúvidas, distorções, falta de transparência e descontentamento da população e dos gestores públicos municipais, quanto à aplicação desses recursos, no sistema de saúde mineiro.

Nesse sentido, Kraemer (2005) afirma que, quando os resultados e os dados patrimoniais são apresentados de forma distorcida da realidade, de forma intencional, o intuito, de certa forma, é melhorar a imagem dos gestores perante a sociedade.

Na atualidade, a transparência, principalmente em relação à arrecadação de tributos e aos gastos realizados pela administração pública, tornou-se importante para a sociedade, ampliando sobremaneira o acesso dos cidadãos às informações produzidas na gestão pública, em todas as esferas de governos. Mas é preciso ressaltar que a transparência faz parte, naturalmente, da condição de ser gestor público e que apenas prestar contas à sociedade não garante os direitos civis e sociais básicos daqueles mais carentes e vítimas da crescente desigualdade e exclusão social, realidade que aflige grande parte da população brasileira. É preciso que haja maior clareza nas informações, além do desenvolvimento de políticas públicas e controle eficaz dos gastos públicos, de forma que a pessoas se tornem melhores amparadas pelas ações praticadas pelo próprio Estado.

Nesse contexto, surgiu a Lei 101 de 04 de maio de 2000, conhecida como Lei de Responsabilidade Fiscal, impondo aos gestores públicos brasileiros maior responsabilidade, cuidado no trato da “coisa pública” e bom uso de todos os recursos disponíveis nas instituições públicas, mediante o desenvolvimento de ações planejadas e transparentes, fundamentadas na apreciação e aprovação dos atos públicos pelo povo, por meio de seus representantes.

A lei impôs, ainda, normas de finanças públicas para a responsabilidade fiscal e a contabilidade pública que, sendo ciência, tem como objetivo o controle do patrimônio das entidades públicas, além de novas funções em relação ao controle financeiro e orçamentário, voltadas para uma gestão gerencial, no processo de fiscalização das contas públicas, em todos os programas de governos e, principalmente, no da saúde, objeto deste estudo.

Com o objetivo de garantir os recursos necessários ao atendimento à saúde pública, em 13 de setembro de 2000, foi editada a Emenda Constitucional 29, que alterou o que, até então, estava estabelecido na Constituição Federal de 1988. O novo texto busca assegurar a

efetiva coparticipação da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, no financiamento das ações e serviços públicos de saúde. A exemplo do que vinha ocorrendo com os recursos mínimos exigidos para a educação, a Emenda estabeleceu percentuais mínimos também a serem aplicados nessa área.

No entanto, conforme citado anteriormente, discordâncias são evidentes na sociedade, principalmente por parte dos municípios mineiros quanto à composição e à aplicação desses recursos pelo Governo do Estado de Minas Gerais que, constitucionalmente, faz parte da gestão tripartite, com o compromisso e a responsabilidade de financiar programas sociais básicos como a saúde, buscando manter a qualidade dos serviços oferecidos à população por meio do SUS (Sistema Único de Saúde). A sociedade espera que a saúde pública seja estruturada para dar conta do bem-estar das pessoas, buscando apenas um propósito que é conceder a todos uma vida com qualidade física, mental e social, sob a influência de determinantes sociais.

Nesse sentido, os pontos norteadores deste estudo concentram-se nas normas e determinações estabelecidas pela Constituição Federal de 1988, Constituição Estadual de Minas Gerais, SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde, disponibilizado pelo Ministério da Saúde e, conseqüentemente, na Emenda Constitucional 29/2000 e Resolução/CNS 322/2003 que dispõe sobre as diretrizes e princípios voltados para o desenvolvimento de ações e serviços de proteção, promoção e recuperação da saúde de caráter integral, universal e igualitário a todos os cidadãos brasileiros. Com isso, esta pesquisa tem como motivação o desejo de obter um entendimento mais aprofundado sobre a dinâmica complexa do financiamento da saúde, no Estado de Minas Gerais, uma vez que o atendimento às pessoas e a estratégia de ação deve sempre buscar assegurar uma razoável gama de ações, para haver uma desejável flexibilidade de resposta para toda a sociedade. Segundo Santos (2006), a administração de recursos da saúde deve estar voltada para a aplicação e distribuição dos recursos necessários para atender aos anseios da população, no intuito de cumprir com os objetivos e metas aos quais se propõe.

Com base em experiências de outros países considerados desenvolvidos, diversos estudos têm demonstrado que, no Brasil, para se desenvolver um sistema universal de saúde, será necessário ampliar consideravelmente os gastos públicos nessa área. Segundo Bacha (2011), se não houver uma aplicação significativa de recursos, em relação ao PIB (Produto Interno Bruto) na saúde, o setor público será incapaz de cumprir com os requisitos

necessários para financiar o Sistema Único de Saúde, assegurado pela Constituição Federal de 1988.

Diante dessas considerações, propõe-se a realização de um estudo da aplicação de recursos na função de governo/saúde, no Estado de Minas Gerais, buscando resposta para o seguinte problema de pesquisa: Como é feita a composição e a aplicação dos recursos constitucionais do Estado de Minas Gerais, na saúde pública? Os valores aplicados são condizentes com a legislação brasileira? Os princípios constitucionais do Sistema Único de Saúde (Integralidade, Universalidade e Equidade) são atendidos, de acordo com preceitos legais?

A hipótese estabelecida para este estudo é de que algumas despesas consideradas, pelo Governo de Minas Gerais, na composição do percentual aplicado na saúde, no período de 2002-2010, estão em desacordo com a Constituição Brasileira. A partir daí, a ideia de realizar esta pesquisa surgiu do desconforto e da angústia de alguns gestores públicos municipais, em termos de financiamento da saúde, em relação ao Governo do Estado. Com o crescimento da demanda e a responsabilidade de melhor atender às pessoas, principalmente as mais carentes, muitos municípios ampliaram o acesso da população e dos serviços e ações de saúde, construindo hospitais, financiados com recursos do Estado/União, buscando promover a integração local e até mesmo regional.

A partir do exposto, dúvidas foram surgindo, por parte desses municípios, principalmente, quanto aos papéis e responsabilidades de outras esferas de governos, que se dispuseram a financiar, de maneira significativa, os investimentos em infraestrutura física, sem a implementação de recursos para o financiamento das despesas de custeio, principal atributo para manter a qualidade dos serviços oferecidos à população carente, mediante o SUS (Sistema Único de Saúde).

Partindo disso, a pesquisa tem como objetivos principais: verificar, de acordo com a determinação Constitucional, como se efetivou a composição e a aplicação dos recursos do financiamento da saúde pública, no Governo do Estado de Minas Gerais, no período de 2002 a 2010; fornecer instrumentos conceituais e analíticos para o exame da gestão pública, especialmente no campo das políticas sociais; levantar dados e informações que possam subsidiar os gestores públicos municipais mineiros, na negociação dos recursos junto à Comissão de Intergestores Bipartite (CIB), além de enfatizar o princípio da

transparência pública, no intuito de desenvolver o senso crítico dos cidadãos mineiros, quanto à avaliação da gestão de saúde, atualmente praticada pelo Governo do Estado.

Para abordar essas questões, o estudo abrange uma análise dos dados empíricos que instruíram no Estado de Minas Gerais. Do ponto de vista do problema, a análise incluída nesta dissertação é quanti-qualitativa, de caráter exploratório/descritivo que, segundo Gil (1988), tem como principal meta proporcionar maior familiaridade com o problema, com vista a torná-lo mais explícito.

No entanto, o entendimento da “descentralização” existe como uma transferência do poder decisório do Governo Central para os Estados/Municípios ou dos Estados para os Municípios e concentra-se, primordialmente, na autoridade fiscal e na gestão de políticas com distribuição territorial de poder e delegação de autoridade.

Os procedimentos metodológicos conduzem para o “Estudo documental”. Segundo Gil (1991), as pesquisas elaboradas a partir de documentos são importantes, não porque respondem definitivamente a um problema, mas porque proporcionam melhor visão desse problema.

A unidade de análise desta pesquisa são os gastos públicos do Governo do Estado de Minas Gerais, mais especificamente aqueles que compõem a aplicação de recursos da saúde no Estado, publicados nos Demonstrativos da Aplicação de Recursos nas Ações e Serviços Públicos de Saúde.

Inicialmente, foi feita uma pesquisa documental, com identificação de fontes capazes de fornecer respostas adequadas ao problema, utilizando livros, periódicos científicos, teses, dissertações, legislação do SUS, orçamento estadual e demonstrativos contábeis do próprio governo, disponibilizados no *site* da Secretaria da Fazenda do Estado de Minas Gerais e o Banco de Dados do SIOPS (Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde) disponibilizado pelo Ministério da Saúde.

O trabalho está organizado em quatro capítulos. Na primeira parte, encontram-se a introdução, a justificativa, os objetivos, o problema e os procedimentos metodológicos.

No Capítulo 1, tratou-se dos aspectos conceituais de gestão pública, que incluem administração, contabilidade pública, gastos públicos e planejamento público, demonstrando a importância destes no processo de aplicação de recursos na saúde.

O segundo capítulo abordou a gestão pública relacionada à saúde e sua dimensão social. Foi discutido o processo histórico da saúde, no Brasil, numa ordem cronológica, demonstrando, inclusive, a importância dos movimentos sociais para o desenvolvimento da saúde, no país. É feita também uma abordagem acerca do estado e o desenvolvimento social, numa perspectiva crítica, sobre questões que envolvem o crescimento da pobreza, da desigualdade, da exclusão social e as deficiências no acesso às oportunidades daqueles que dependem das políticas públicas, em toda a sociedade.

No terceiro capítulo, tratou-se da perspectiva de financiamentos da saúde e o SUS e o direito à saúde, envolvendo os pilares dos princípios constitucionais da universalidade, integralidade, equidade, regionalização e hierarquização da saúde e participação da sociedade.

O quarto capítulo compreendeu-se à análise dos relatórios e demonstrativos contábeis do estado, evidenciando a evolução da receita arrecadada de todo o estado e os gastos realizados, demonstrados em cada órgão que compõe a aplicação de recursos na função de governo/saúde.

As considerações finais são encontradas na última parte, trazendo algumas conclusões gerais a respeito do trabalho sem, no entanto, esgotar o tema investigando, suscitando, assim, novas pesquisas.

CAPITULO 1

ASPECTOS CONCEITUAIS DE GESTÃO PÚBLICA

1.1 Administração Pública

A partir da década de 1980, a Administração Pública passou por um momento de profundas mudanças e, portanto, a sociedade, em geral, vivenciou um marco divisor nas modificações que ocorreram em todo o país. Naquele momento, a nova realidade exigiu, dos gestores públicos brasileiros, a implementação de modelos gerenciais, buscando a otimização dos serviços prestados pelo setor público, que demonstrasse maior responsabilidade no trato da coisa pública, além da necessidade de desenvolver novas formas de se governar. Chaves *et. al.* (2010), esclarece que os modelos de administração gerencial vêm:

de uma tendência mundial, verificada a partir dos anos 70 e 80, que enfatiza a fragilidade da solução estatal para garantia do bem-estar social e da estabilidade econômica, preconizando a solução de mercado e fundamentando a ideia de estado mínimo, com redução de sua estrutura administrativa. (CHAVES, *et.al.*, 2010. p.02).

O conceito de forma de governo está relacionado à maneira de como se dá a instituição e a transmissão do poder na sociedade e como se dá a relação entre governantes e governados (ALEXANDRINO, 2009). Nesse sentido, a Administração Pública passa a ser conceituada de forma mais ampla e complexa. Sobre o assunto, Gasparini (2007) coloca que:

dada a etimologia do vocábulo “administração” (*manus, mandare*, cuja raiz é *man*), é lhe natural a ideia de comando, orientação, direção chefia, ao lado da noção de subordinação, obediência e servidão, se se entender sua origem ligada a minor, minus, cuja raiz é *min*. De qualquer modo, a palavra encerra a ideia geral de relação hierárquica e de um comportamento eminentemente dinâmico. (GASPARINI, 2007. p. 44);

Para Matias-Pereira (2010), a Administração Pública é designada como um conjunto de serviços voltados para a concretização de atividades administrativas, visando ao bem comum. Bobbio, (2001) corrobora com a ideia desse autor ao afirmar que a Administração Pública designa um conjunto de atividades diretamente destinadas ao interesse público voltado para a coletividade numa organização estatal.

De acordo com De Plácido e Silva (2001), a Administração Pública é uma das manifestações do Poder Político, na gestão ou execução de atos políticos. Ao contrário das Administrações de empresas, onde os possíveis resultados alcançados, com profissionalismo e eficiência, são inteiramente responsáveis para o sucesso das organizações, no setor público nem sempre tais valores são observados pelos gestores que, sobremaneira, deve absorver como proposta a responsabilidade em atender, por meio da prestação de serviços públicos de qualidade, os anseios de todos os cidadãos, na sociedade. “O governo precisa ser totalmente capaz de prover os serviços de alta qualidade, efetivos e acessíveis” (COSTA, 2008). O referido autor afirma ainda que:

Os gestores públicos do século XXI devem aproveitar a transição da Era Industrial para a Era do Conhecimento e fazer com que o Estado se modernize intensamente. O governo precisa introjetar a cultura de informar, coordenar e regular e não somente de controlar. E deve ir além: precisa ser o agente indutor de desenvolvimento, servir de suporte para que a sociedade tenha nele um parceiro, um colaborador etc... (COSTA, 2008, p. 2)

Com isso, a ideia de que é preciso desenvolver mecanismos para melhorar o desempenho da gestão pública, mediante serviços oferecidos à população, está cada vez mais latente no Brasil (MATIAS-PEREIRA, 2010). Para Di Pietro (2002), o serviço público é atribuído por lei ao Estado, com o objetivo de satisfazer às necessidades coletivas. Da mesma maneira, Mello (2003) afirma que o serviço público é oferecido pelo Estado, ou por quem este designar, destinado também à coletividade, devendo estar de acordo com os interesses públicos.

A Administração Pública tem como objetivo atender às necessidades públicas relacionadas aos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos (MATIAS-PEREIRA, 2010).

Moreira (2000) complementa as ideias acima, quando diz que:

A palavra "administrar" significa não só prestar serviço executá-lo, mas também dirigir, governar, exercer a vontade com o objetivo de obter um resultado útil; e até, traçar um programa de ação e executá-lo. Distingue-se da propriedade no sentido de que, na administração, o dever e a finalidade são predominantes; no domínio, a vontade prevalece. E que basicamente, são dois os sentidos em que se utiliza mais comumente a expressão Administração Pública:

a) em sentido subjetivo, formal ou orgânico, ela designa as pessoas jurídicas, órgãos e agentes públicos incumbidos de exercer a função administrativa em qualquer um dos Poderes – Legislativo, Executivo e Judiciário;

b) em sentido objetivo, material ou funcional, ela designa a natureza da atividade exercida pelos referidos entes; nesse sentido, a Administração Pública é a própria função administrativa que incumbe, predominantemente, ao Poder Executivo. (MOREIRA, 2000. p. 05).

A partir de 1988, a Constituição Federal, no seu Art. 37, *caput* inovou, mais ainda, a Gestão Pública, ao determinar o cumprimento dos princípios que regem a Administração Pública tais como: legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência.

Conforme explicita Di Pietro (2008), tais princípios são assim conceituados: O princípio da legalidade confere aos Gestores Públicos a incumbência de realizar os seus atos administrativos somente se a lei assim o permitir. O segundo princípio, veda ao Administrador Público atuar de maneira impessoal, de forma que as pessoas não sejam prejudicadas ou mesmo beneficiadas, prevalecendo sempre o interesse público. Quanto ao terceiro princípio, ou seja, o da moralidade, não cabe ao Administrador Público apenas cumprir o que está determinado pela lei, e sim, que suas ações devem ser caracterizadas pela ética e dentro dos meandros da moralidade administrativa. No que diz respeito ao princípio da publicidade, quer dizer que todos os atos praticados pela Administração Pública devem ser publicados e com ampla divulgação para a sociedade, desenvolvendo o processo de transparência pública, ressalvados o direito de manter sigilo sobre alguns atos, quando estes caracterizarem segurança à sociedade e ao Estado. E, por último, o princípio da eficiência, o qual determina que todo agente público deve buscar sempre as melhores alternativas, assegurando o direito de igualdade e oportunidades, que atendam ao interesse público.

Nessa mesma época, o Brasil passou por grandes transformações em suas estruturas governamentais, econômicas e sociais, aperfeiçoando a relação com as pessoas na sociedade. Portanto é oportuno destacar que:

As transformações do Estado brasileiro iniciaram primeiramente no governo do Ex-Presidente Fernando Collor de Mello (1990-1992), e veio a ser melhor estruturada e consolidada, a partir de 1995 no governo do Ex-Presidente Fernando Henrique Cardoso (1994-2002) com a criação do Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado – um documento com princípios orientadores da ação reformadora do governo, cuja proposta básica era transformar a administração pública brasileira, de burocrática em gerencial. Essa transformação passou a ser uma questão nacional (CHAVES *et.al*, 2010. p.03).

Chaves *et.al* (2010) afirma ainda que a administração pública passou a experimentar um período de revisão, evidenciada por uma reforma administrativa de seus aparatos estatais.

Naquele momento, aconteceu o Plano Diretor de Reforma do Estado, que tinha como proposta definir, dentre outros fatores, os Setores do Estado (BRASIL, 1998).

Conforme evidencia (Brasil, 1998):

A reforma da administração pública, por sua vez, buscava fortalecer a capacidade de implementação de políticas públicas – por meio da transição de um tipo de administração pública burocrática, rígida e ineficiente, para uma administração pública gerencial, flexível e eficiente, voltada para o atendimento da cidadania. (BRASIL, 1998. p. 11).

Bresser Pereira (1996) detalha que a reforma do aparelho do Estado distinguia-se, em objetivos globais, assim definidos:

- ✓ Aumentar a governança do Estado, ou seja, sua capacidade administrativa de governar com efetividade e eficiência, voltando à ação dos serviços do Estado para o atendimento dos cidadãos.
- ✓ Limitar a ação do Estado àquelas funções que lhe são próprias, reservando, em princípio, os serviços não-exclusivos para a propriedade pública não-estatal, e a produção de bens e serviços para o mercado para a iniciativa privada.
- ✓ Transferir da União para os estados e municípios as ações de caráter local: só em casos de emergência cabe a ação direta da União.
- ✓ Transferir parcialmente da União para os estados às ações de caráter regional, de forma a permitir uma maior parceria entre os estados e a União. (PEREIRA, 1996, p.45).

E, partindo dessa premissa, segundo o mesmo autor, a proposta de reforma do aparelho do Estado abrangeu, de maneira sistêmica, quatro setores específicos:

- ✓ **O núcleo estratégico do Estado** – onde são definidas as leis e políticas públicas. É um setor relativamente pequeno, formado no Brasil, em nível federal, pelo Presidente da República, pelos ministros de Estado e pelos responsáveis pela definição das políticas públicas, tribunais federais encabeçados pelo Supremo Tribunal Federal e pelo Ministério Público.
- ✓ **Atividades exclusivas do Estado** - são aquelas em que o poder de legislar e tributar é exercido pelo Estado. “Inclui a polícia, as forças armadas, os órgãos de fiscalização e de regulamentação, e os órgãos responsáveis pelas transferências de recursos, como o Sistema Unificado de Saúde, o sistema de auxílio-desemprego, etc.”.
- ✓ **Serviços não-exclusivos ou competitivos do Estado** - são aqueles que, embora não envolvendo poder de Estado, o Estado realiza e/ou subsidia tais serviços, uma vez que os considera de alta relevância para os direitos humanos.
- ✓ **Produção de bens e serviços para o mercado** - é realizada pelo Estado, através das empresas de economia mista voltadas para o lucro e que operam em setores de serviços públicos e/ou em setores considerados estratégicos. (PEREIRA, 1996, p.18).

Matias-Pereira (2012, p.64) percebeu o novo estado sob outra perspectiva, ao afirmar que:

embora a administração burocrática no serviço público tenha sido criada com o surgimento do grande Estado Social e econômico do século XX, não garante nem rapidez, nem boa qualidade, nem custo baixo para os serviços prestados ao público, sendo lenta, cara e pouco orientada para o atendimento das demandas dos cidadãos.

É notório que as propostas, elencadas na reforma, produziram efeitos em setores da administração pública e, principalmente, no setor da saúde, exigindo do próprio Estado uma modernização do sistema, mediante a regionalização e a descentralização dos serviços, em que os entes federativos passaram a se desenvolver, em alguns espaços, de forma articulada, sob novos arranjos administrativos importantes para o social, buscando maior agilidade e efetividade no desempenho da qualidade dos serviços ofertados à população.

Nessa perspectiva, descentralizar a administração pública significa transferir recursos e delegar autoridade a governos subnacionais (estados e/ou municípios), para a consecução de certas funções públicas que, antes, faziam parte da competência do governo federal (MARTINS, 1997).

Segundo Baptista (2007), a descentralização tinha como principal desafio:

construir uma política de descentralização que fortaleça de fato os gestores estaduais e municipais mantendo o compromisso destes na garantia do SUS, e a continuidade do governo federal como principal regulador da política capaz de suprir eventuais fragilidades dos estados e municípios (especialmente com suporte técnico e financeiro). (BAPTISTA, 2007. p. 57).

A autora esclarece ainda que a descentralização não é uma política uniforme, que pode ser ajustada como um modelo único, para todo o país. “Há que se definir estratégias diferenciadas de modo a fortalecer aqueles que precisam de força e manter os estímulos para aqueles que já garantem a construção da reforma”.

Dessa forma, percebe-se, então, o início da prática da administração gerencial, que Matias-Pereira (2012) referencia como algo fundamentado nas decisões e funções do Estado, com autonomia para a gestão de recursos humanos, materiais e financeiros, com ênfase na qualidade e na produtividade do serviço público.

Na concepção, ainda, desse autor, a modernização da administração pública deve buscar, em sentido amplo, a estruturação de um modelo de gestão que possa alcançar alguns objetivos como: ofertar serviços de qualidade à população, aperfeiçoar o sistema de controle social do serviço público, elevando a transparência e o alcance de resultados eficazes.

Para Brandalise; Fella; Zamin (2009), as administrações públicas, após a Lei de Responsabilidade Fiscal, tiveram que se adequar à era do planejamento, de forma que suas ações e a realização dos gastos públicos atendam aos anseios da população. Os autores afirmam ainda que a Lei 101/2000 define regras para execução dos trabalhos e proíbe que se gaste mais do que se arrecada. Diante desse quadro, fica evidenciada a questão de que é preciso a modernização da administração pública e da capacidade de gestão (ANDRADE, 2006). O gestor público precisa estar preparado para se adequar a essas mudanças, assumindo com presteza suas responsabilidades, criando novos mecanismos para demonstrar a aplicação dos recursos públicos, nos programas de governo.

Diante disso, o Estado ideal deveria ser aquele em que as pessoas pudessem exercer a sua condição de cidadania, numa tentativa de usufruir da prática do bem comum e, por outro lado, já que se trata de uma organização, poder ser aceito como um espaço do desenvolvimento do poder político. Mas o que, na verdade, está presente, no cotidiano brasileiro, é um Estado instituído com uma elevada carga tributária, gastos excessivos, desperdícios de dinheiro público e muita corrupção. Por isso, é preciso destacar que, diante das dificuldades enfrentadas, o maior desafio da Administração Pública envolve questões centrais que, para serem resolvidas em uma perspectiva de desenvolvimento, será necessária uma profunda transformação nos valores e na cultura de qualquer sociedade.

1.2 Gastos Públicos em Saúde

No Brasil, nas últimas décadas, muito se tem discutido sobre gastos públicos, tendo em vista que grande parte destes é utilizada para implementar as ações e as políticas sociais desenvolvidas nos Estados. A política social passou a ser indispensável e estratégica na construção de uma nação economicamente mais forte e democrática (ABRAHÃO, 2010).

Por outro lado, segundo Riani (2002), em decorrência do crescimento dos gastos, especificamente nas décadas de 1980-1990, o país vivenciou momentos de recessão

econômica. Com isso, percebeu-se, naquela época, redução significativa na aplicação de recursos em despesas de custeio e investimentos, em todas as áreas sociais. Para Keynes (1985), as decisões de gastos, sejam no setor público ou privado, tratando-se de consumo e investimento, é que determina o nível de atividade econômica.

De acordo com a Portaria MOG 42/99, os gastos públicos são definidos pelas funções, subfunções e programas de governos. Portanto, o assunto aqui abordado será apenas sobre a função saúde, objeto deste estudo.

E para o melhor entendimento sobre o assunto, o autor Fernandes (1998) definiu gastos públicos como aqueles realizados a curto ou a longo prazos, para a melhoria da vida da população em geral.

Diante dessa perspectiva de melhores condições de vida, é importante apresentar os dados de uma pesquisa realizada por Ribeiro (2008), quando foi feita uma análise comparativa do desempenho e da eficácia do gasto público no Brasil, em relação a um conjunto de países da América Latina. Na Tabela 1, foram utilizadas as variáveis consumo final, educação e saúde, em relação ao gasto do governo geral, nos países da amostra.

Todas as medidas coletadas para os gastos do governo geral, nos países da amostra (todas em proporção do PIB) referem-se às médias no período entre 1998 e 2002.

Tabela 1 – Comparativo dos Gastos Públicos do Brasil em relação aos Países da América Latina

Gasto do governo geral nos países da amostra: total, consumo final, educação e saúde (Todos em % do PIB).
Média no período 1998-2002

Países	Total (1)	Consumo Final (2)	Educação (3)	Saúde (4)
Equador		11,14	2,30	1,67
Guatemala		6,73	2,53	2,11
Rep. Dominicana		7,92	2,92	2,14
Peru	20,38	10,51	3,20	2,39
México	18,64	11,29	5,05	2,63
Chile	24,14	12,35	4,13	2,83
Venezuela		13,10	4,92	2,84
Paraguai		11,99	4,70	3,06
Brasil	37,54	19,33	4,38	3,30
Honduras		12,34	5,36	3,35
El Salvador		10,15	3,14	3,48
Uruguai		13,06	3,37	3,62
Nicarágua	25,15	11,13	3,85	3,62
Bolívia	26,29	15,04	5,98	3,67
Argentina	21,06	13,28	4,60	4,85
Costa Rica	23,54	13,58	5,10	5,10
Colômbia		21,52	4,68	6,47
Média	24,59	12,62	4,13	3,36
Máximo	37,54	21,52	5,98	6,47
Mínimo	18,64	6,73	2,30	1,67

Fontes dos dados: ⁽¹⁾ Argentina e México, *Moodys/OCDE*; Brasil, Secretaria do Tesouro Nacional (STN) – Resultado Nominal do Governo Geral – e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – Sistema de Contas Nacionais 2000. Demais países, Instituto Latino-Americano y del Caribe de Planificación Económica y Social/ Comissão Econômica para América Latina e o Caribe (Ilpes/Cepal) – Estatísticas de Finanças Públicas. ⁽²⁾ Cepal (Anuário Estatístico da América Latina e Caribe 2005). ⁽³⁾ Unesco, *Institute for Statistics (UIS)*; e Cepal – Base de dados do gasto social. ⁽⁴⁾ Organização Mundial da Saúde (OMS) – *World Health Organization Report*, 2006. ¹

Com base nos dados apurados pela pesquisa Ribeiro (2008) afirma que:

Os valores para o total dos gastos estão disponíveis apenas em oito países da amostra. Assim, o consumo final do governo representa o dado de maior agregação, referente às despesas públicas, que se encontra divulgado para todos os países considerado no estudo. Observou-se ainda uma alta correlação entre o consumo final e o gasto total nos países em que as informações sobre o último estavam disponíveis. ² Esses fatos justificam a escolha do consumo final do governo como variável representativa do gasto público na etapa de avaliação da eficiência pelo método DEA ³.

¹ Observação: o item (1) abrange gastos correntes, incluindo os juros sobre a dívida pública, e de capital. O item (3) é relativo ao período 1999-2002. Elaboração (RIBEIRO, 2008, p.18). Adaptado pelo autor.

² Com base nos valores apresentados nas colunas (1) e (2) da Tabela 1, o coeficiente de correlação linear entre consumo final e gasto total do governo geral é igual a 0,89.

³ Método DEA (*Data Envelopment Analysis*) – É uma Metodologia utilizada para calcular a eficiência relativa de cada unidade de um grupo (FILHO, [et.al], 2004).

No que se refere ao nível dos gastos de consumo governamental no período (segunda coluna numérica da tabela 1), observa-se uma variabilidade considerável entre os países. Colômbia e Brasil apresentaram os maiores valores relativos, muito superiores à média amostral de 12,62% do PIB. Por outro lado, Guatemala e República Dominicana apresentaram os menores valores, inferiores a 10% do PIB. Nos demais países, o consumo do governo ficou situado na faixa entre 10% e 15% do PIB. Os gastos públicos nas áreas de educação e saúde também diferem entre os países. Uma das possíveis explicações pode estar nas distintas participações do setor público e na composição do gasto total (que engloba os setores públicos e privados) daquelas áreas. Por exemplo, na área da saúde, os dados mais recentes do *World Health Organization Report* (ano de 2006, divulgados pela Organização Mundial de Saúde) indicaram uma participação geral do governo relativamente maior do que em países como Colômbia (78,3%) e Costa Rica (78,6%) durante o período analisado, enquanto no Equador, na República Dominicana e no Uruguai essa participação foi de pouco mais de 30% (RIBEIRO, 2008. p.18).

Tabela 2 – Resultados obtidos sobre o Desempenho dos Serviços e a Eficiência dos Gastos Públicos

Indicadores de Desempenho dos Serviços Públicos nos Países da Amostra

Países	Administração	Educação	Saúde	Equidade	Desempenho econômico	Índice DSP	(<i>ranking</i>)
Costa Rica	1,22	1,75	1,05	1,18	1,08	1,26	(1°)
Uruguai	1,28	1,71	1,03	1,34	0,73	1,22	(2°)
Chile	1,40	1,20	1,05	1,06	1,18	1,18	(3°)
México	1,05	1,11	1,02	1,14	0,99	1,03	(4°)
Rep. Dominicana	1,16	0,98	0,97	0,99	1,08	1,04	(5°)
Colômbia	1,10	1,07	1,01	0,94	1,02	1,03	(6°)
Brasil	1,20	1,24	0,99	0,74	0,95	1,02	(7°)
El Salvador	1,16	0,94	0,99	1,00	0,94	1,01	(8°)
Peru	0,88	0,77	0,99	1,14	1,13	0,98	(9°)
Argentina	0,81	1,24	1,02	0,89	0,85	0,96	(10°)
Equador	0,80	0,68	1,02	1,17	1,13	0,96	(10°)
Honduras	0,85	0,77	0,97	0,81	1,11	0,90	(12°)
Nicarágua	1,00	0,60	0,98	0,88	1,02	0,90	(12°)
Venezuela	0,72	0,68	1,02	1,13	0,93	0,90	(12°)
Guatemala	0,79	0,64	0,96	1,05	1,00	0,89	(15°)
Paraguai	0,85	0,85	1,00	0,87	0,81	0,87	(16°)
Bolívia	0,73	0,77	0,93	0,68	1,03	0,83	(17°)
Média	1	1	1	1	1	1	
Máximo	1,4	1,75	1,05	1,34	1,18	1,26	
Mínimo	0,72	0,6	0,93	0,68	0,73	0,83	

Fonte: Elaborado por (RIBEIRO, 2008, p.20). – Adaptado pelo autor.⁴

⁴ DSP corresponde à média aritmética dos cinco subindicadores. O valor entre parênteses refere-se à posição de cada país no *ranking* de desempenho.

Com relação à Tabela 2, o referido autor afirma que:

Na tabela 2, são apresentados os resultados obtidos para o índice composto de desempenho dos serviços públicos (DSP), considerando-o como a média aritmética dos subindicadores de administração, educação, saúde, equidade e desempenho econômico. A fim de facilitar a interpretação dos resultados e o cômputo do DSP, os valores referentes aos subindicadores foram normalizados para média igual a 1. Os países que apresentaram os melhores desempenhos relativos, por área de governo, foram: o Chile, nas áreas de administração, saúde e desempenho econômico; a Costa Rica, em educação e saúde; e o Uruguai, em equidade. Os quatro países que obtiveram os maiores valores para o índice composto DSP foram, em ordem, Costa Rica, Uruguai, Chile e México. Entre os de pior desempenho na região estão Guatemala, Paraguai e Bolívia. O Brasil apresentou um resultado em torno da média na avaliação dos serviços públicos (sétimo colocado, com índice calculado igual a 1,02), reflexo de um bom desempenho relativo nas áreas de administração e educação e de uma má performance do subindicador de equidade (RIBEIRO, 2008. p.18).

Após seis anos, segundo o Relatório Mundial do Ministério da Saúde – 2011, os gastos da saúde de 2008, em relação ao PIB (Produto Interno Bruto), mudaram consideravelmente, em relação ao *ranking* dos países da América Latina, apresentado na Tabela 3. Para uma melhor compreensão, considerar-se-á, aqui, somente a correlação dos gastos públicos com saúde, em relação ao PIB, no período de 1998 a 2002, em relação ao de 2008, pelo fato da função saúde ser objeto deste estudo, conforme já mencionado anteriormente.

Tabela 3 – Comparativo de Gastos Públicos em Saúde do Brasil em relação aos Países da América Latina

Período de 1998 a 2002, em relação a 2008

Países	% de Gasto em Saúde		% de Gasto em Saúde	
	Em relação ao PIB) 1998 a 2002	(ranking)	Em relação ao PIB) 2008	(<i>ranking</i>)
	(1)		(2)	
Nicarágua	3,62	(5°)	9,40	(1°)
Costa Rica	5,10	(2°)	9,40	(1°)
<u>Brasil</u>	<u>3,30</u>	<u>(8°)</u>	<u>8,40</u>	<u>(2°)</u>
Uruguai	3,62	(5°)	7,80	(3°)
Chile	2,83	(11°)	7,50	(4°)
Argentina	4,85	(3°)	7,40	(5°)
Guatemala	2,11	(15°)	6,50	(6°)
Honduras	3,35	(7°)	6,30	(7°)
Paraguai	3,06	(9°)	6,00	(8°)
El Salvador	3,48	(6°)	6,00	(8°)
México	2,63	(12°)	5,90	(9°)
Colômbia	6,47	(1°)	5,90	(9°)
Equador	1,67	(16°)	5,70	(10°)
Rep. Dominicana	2,14	(14°)	5,70	(10°)
Venezuela	2,84	(10°)	5,54	(11°)
Peru	2,39	(13°)	4,50	(12°)
Bolívia	3,67	(4°)	4,50	(12°)
Média	3,36		6,61	
Máximo	6,47		9,40	
Mínimo	1,67		4,50	

Fonte: (1) Organização Mundial da Saúde - *World Health Organization Report*, 2006. Elaboração (RIBEIRO, 2008 – p.18). (2) Organização Mundial da Saúde - *World Health Organization Report*, 2011. Elaboração do autor.

De acordo com os dados apresentados na Tabela 3, percebe-se que a grande maioria dos países pesquisados aumentou, significativamente, os gastos públicos, no setor saúde, em relação ao PIB. O Brasil ocupava, entre os que mais gastavam na saúde, o 8° lugar, no período de 1998 a 2002 e, em 2008, passou a ser o 2° país que mais aplicou recursos, em relação ao PIB, superando a média de gasto em aproximadamente 27%. A situação anterior, em 2008, talvez se explique, tendo em vista as sequelas do momento de recessão econômica que o Brasil viveu naquela época, por causa do alto nível de endividamento, aumento dos gastos com a máquina administrativa, altas taxas inflacionárias e a mudança da moeda brasileira para o real, na perspectiva de acompanhar o valor do dólar americano. Outros países como Argentina, Colômbia, El Salvador, Venezuela e a Bolívia, apesar de

ter aumentado os gastos no setor, mudaram de posição na escala, de forma negativa. A pior situação ficou com este último país, saindo do 4º lugar de 1998 a 2002 e ocupando a 12ª posição na escala. E aqueles que tiveram melhor desempenho foram: República Dominicana, o Chile, o Equador, a Guatemala, a Costa Rica e a Nicarágua, ocupando os primeiros lugares, respectivamente, e o Brasil, em 2º lugar, posição considerada em relação ao período anterior analisado. Fica claro que o Brasil melhorou, em termos de gastos e recursos aplicados no setor. A questão é que o maior volume de recursos é direcionado para a alta e média complexidade. Segundo o Portal da Transparência do Ministério da Saúde, no ano de 2010, Minas Gerais, por exemplo, recebeu recursos do Fundo Nacional de Saúde, um montante de R\$ 1.086.700.915,91 (Um bilhão, oitenta e seis milhões, setecentos mil, novecentos e quinze reais e noventa e um centavos) para a atenção básica. Conforme defende o Ministério da Saúde, aproximadamente 80% dos problemas de saúde das pessoas, principalmente dos mais pobres, podem ser resolvidos, mediante a atenção básica. Porém, é notória a falta de assistência para as pessoas mais carentes, em todo país, quanto à oferta desses serviços. Em contrapartida, foram aplicados, na média e alta complexidade, mais do que o dobro, ou seja, R\$ 2.627.479.310,34 (Dois bilhões, seiscentos e vinte e sete milhões, quatrocentos setenta e nove mil, trezentos e dez reais e trinta e quatro centavos), no intuito de beneficiar toda a sociedade, em igualdade e condições, mas que, de certa forma, atende muito mais classes sociais melhores esclarecidas do que aqueles que vivem à beira da exclusão. De acordo com os resultados de saúde apresentados no país, percebe-se que as deficiências da saúde brasileira não estão somente no montante de recursos aplicados no sistema, mas sim, na gestão e qualidade dos gastos, como é o caso de Minas Gerais, que tem considerado diversas despesas que não condizem com a legislação brasileira, e nem sequer têm atendido a todos, de maneira universal e igualitária.

1.3 Contabilidade Pública e suas ferramentas de análises

A Contabilidade Pública, sob a concepção da Lei de Responsabilidade Fiscal, define-se como um instrumento voltado para o alcance dos interesses públicos e para o atendimento à sociedade, além de proporcionar à administração pública informações necessárias para as decisões administrativas e melhor condução dos negócios públicos. A eficiência na gestão, para ser alcançada, deve ter como suporte informações relevantes, tempestivas e imprescindíveis para a tomada de decisão (FERREIRA, 2003).

De acordo com os autores Brandalise; Fella; Zamin (2009), a Administração Pública está intimamente ligada à Contabilidade, pois é por meio dela que se pode oferecer e disponibilizar, ao administrador, informações para que este possa tomar decisões, durante sua gestão, frente ao Poder Executivo e, dessa forma, obter êxito nos resultados.

As instituições públicas possuem um patrimônio que, a todo o momento, é movimentado, exigindo dos administradores, cada vez mais, melhores controles, no sentido de verificar a eficácia e eficiência da aplicação dos recursos públicos, diligentemente administrados. Por isso, a contabilidade é uma ciência que permite, por meio de suas técnicas, registrar todos os atos e fatos relevantes, no que diz respeito ao patrimônio, oferecendo subsídios necessários para a tomada de decisão e, de maneira transparente, o conhecimento amplo sobre a gestão da coisa pública (LIMA, 2000). Essa autora complementa ainda que, como ciência, a contabilidade se presta a coletar, registrar e controlar os atos e fatos que afetam o patrimônio público. Andrade (2012) corrobora com essas ideias, afirmando que:

a contabilidade pública é um ramo da ciência contábil que tem como objeto o patrimônio público, sobre o qual deverá fornecer informações aos seus usuários dos atos e fatos e dos seus resultados alcançados, nos aspectos de natureza física, financeira, orçamentária e econômica, levando em consideração a evidenciação de todas as mutações ocorridas nos processos de gestão, a prestação de contas e o suporte para a tomada de decisão e para o controle social. Suas informações proporcionam o acompanhamento permanente da situação da entidade em questão, da sua gestão envolvendo o início, o meio e o fim. É um importante elemento auxiliar de controle para o atingimento dos objetivos e finalidades e permite uma constante autoavaliação e autocorreção administrativa. (ANDRADE, 2012. p. 5).

Para Silva (2004), a Contabilidade Pública está intimamente relacionada ao regime democrático, adotado pelos Estados Modernos, e se encontra em um ambiente propício para suas elaborações teóricas e para suas aplicações práticas.

Nesse contexto, o que se busca, por meio da contabilidade, é desenvolver mecanismos eficazes para o saneamento das finanças públicas, já que gestores públicos convivem, atualmente, com escassez de recursos e com a crescente e variadas demandas de uma sociedade cada vez mais complexa.

Com o advento da Constituição Federal de 1988, a contabilidade e a gestão pública se tornaram, ainda mais fortalecidas, sendo que foram instituídos, pelo Art. 165, instrumentos de planejamento, voltados principalmente para a elaboração e a execução do orçamento

público, exigindo dos administradores públicos um novo parâmetro para as diversas ações desenvolvidas pelo planejamento, acompanhamento, controle e avaliação dos resultados alcançados, por meio de uma gestão fiscal responsável.

1.3.1 Planejamento Público

Para se compreender melhor o planejamento público brasileiro, faz-se necessário recorrer a história na concepção de Francisco [*et. al*], (2006), sobre alguns governantes.

O Brasil, desde 1940, vem adotando o planejamento como ferramenta para alavancar o desenvolvimento nacional. O primeiro planejamento econômico adotado no país foi em 1948, no governo Dutra, sendo este denominado de Plano Salte, priorizando quatro áreas essenciais para a população como: Saúde, Alimentação, Transporte e Energia.

Em 1951, surgiu a Comissão Mista Brasil – Estados Unidos, no governo Getúlio Vargas, servindo para a conscientização dos problemas econômicos nacionais. Diante disso, um ano depois, surge o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico (BNDE), para fomentar o desenvolvimento de setores básicos da economia brasileira. E, em 1956, no governo Juscelino Kubitschek, foi lançado o Plano de Metas, que representou o primeiro plano para desenvolvimento global do país, sistematizando o poder público.

Na década de 1960, o Brasil adquiriu uma experiência de planejamento, de forma variada, mas que não foi aproveitada, em sua completa plenitude, para alavancar o desenvolvimento nacional, uma vez que houve ineficiência no processo de coordenação, além da descontinuidade e ineficiência operacional dos seus planos de desenvolvimento.

E, mesmo diante das dificuldades e de alguns fracassos enfrentados, o planejamento tornou-se peça fundamental para o desenvolvimento de qualquer etapa, no processo de gestão pública, possibilitando traçar os objetivos para serem alcançadas as metas e as expectativas, para um futuro projetado, ou seja, a longo prazo.

De acordo com Jund (2006), o planejamento é um processo racional, voltado para a definição de objetivos e dos meios para alcançá-los. Luiz (2003) reforça a ideia, afirmando que o Estado, por meio dos seus representantes, tem como função obrigatória planejar a gestão pública. A Constituição Federal, no Art. 174, deixa evidente que o Estado, na condição de agente normativo e regulador da atividade econômica, exercerá, na forma da

lei, as funções de fiscalização, incentivo e planejamento, sendo este determinante para o setor público.

Para Francisco [*et.al*] (2006), o planejamento,

é o desenvolvimento de ações programadas, visando ao atingimento de um objetivo. Planejar não é só declarar o que pretende alcançar no futuro. Planejar é definir, com os meios que se têm os percursos a serem seguidos de acordo com a direção projetada para atingir a ação. “E ainda, qualquer atividade humana realizada sem qualquer tipo de preparo, é uma atividade aleatória que conduz, em geral, o indivíduo e as organizações a destinos não esperados, altamente emocionantes e, via de regra, a situações piores que aquelas anteriormente existentes. (FRANCISCO, *et.al.*, 2006, p. 01).

Conforme já citado, fica evidenciada a necessidade de modernização da administração pública e da gestão (ANDRADE, 2006). Esse autor enfatiza ainda que:

a prática do planejamento tem como objetivo corrigir distorções administrativas, alterar condições indesejáveis para a coletividade, remover empecilhos institucionais e assegurar a viabilização de objetivos e metas que se pretende alcançar. E que nesse aspecto, planejar é o ponto de partida para a administração eficiente e eficaz da máquina pública, pois a qualidade do mesmo ditará os rumos para a boa ou má gestão, refletindo diretamente no bem-estar da população (ANDRADE, 2006, p. 01).

Sobre esse assunto, Kohama (2010), coloca que o planejamento é materializado, dentre outras ferramentas de controle, pelo orçamento público, onde são elencados os programas de governo e suas ações, permitindo que a população participe das tomadas de decisões, por meio de seus representantes. O processo orçamentário, por ser a fase posterior ao planejamento, envolve uma transposição dos programas em atividade a serem executados pelos centros de responsabilidade (FRANCISCO [*et.al*], 2006).

Drucker (1981) diz que o planejamento não pode ser visto como processo que visa às decisões futuras e, sim, como consequência decorrente das decisões presentes.

É importante ressaltar que não existe uma fórmula definida e única para o processo de planejamento, em qualquer esfera de governo ou órgãos governamentais. Cada uma tem suas especificidade e realidades distintas. Cabe aos administradores públicos estudar e mensurar a realidade de cada governo e, aí sim, elaborar o planejamento a ser seguido.

Os instrumentos de planejamento referem-se ao Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), que serão tratados nas seções seguintes.

1.3.2 Plano Plurianual

O plano plurianual (PPA) é instituído por lei, elaborado pelo Poder Executivo e aprovado pelo Poder Legislativo. É considerado o primeiro instrumento que expressa o planejamento, em todas as esferas de governos, para um período de quatro anos, iniciando-se no segundo ano de uma gestão e se estendendo até o final do primeiro exercício financeiro⁵ do mandato subsequente, tendo como objetivo principal estabelecer estratégias para a gestão de recursos públicos, tratando-se do patrimônio público e a realização de novos investimentos.

Conforme norteia a Carta Magna de 1988, no seu Art. 165, § 1º, o plano plurianual tem como proposta estabelecer, de forma regionalizada, as diretrizes, objetivos e metas da administração pública para as despesas de capital, e outras delas decorrentes, e para as relativas aos programas de duração continuada.

É por meio dessa lei que se procura ordenar as ações, em qualquer nível de governo, no intuito de atingir os objetivos e metas fixadas para um período de tempo (KOHAMA, 2006).

De acordo com Andrade (2006), sua importância reside no fato de orientar os governos, quanto à realização dos programas de trabalho, ressaltando que todas as obras que se pretende executar, assim como os programas de natureza continuada, como aqueles relacionados à educação e à saúde, devem estar incluídos nesse plano. Esse autor deixa claro, portanto, que as ações governamentais somente poderão ser executadas se os programas estiverem inseridos no referido PPA. O PPA “é uma espécie de planejamento estratégico, pois projeta a instituição em longo prazo” (QUINTANA, 2011, p.8).

Dessa forma, deduz-se que o PPA é organizado numa base estratégica balizada em princípios, diretrizes, programas e ações, na qual os resultados a serem alcançados pelos

⁵ De acordo com art. 34 da Lei Federal 4.320/64, o exercício financeiro coincide com o ano civil, que se inicia em 1º de janeiro de cada ano e se encerra em 31 de dezembro.

Governos se organizam em tais programas, que são instituídos para atender às demandas da sociedade, principalmente nas áreas da saúde, educação, assistência social, segurança pública, dentre outras. tentando solucionar problemas, na perspectiva de alavancar o crescimento e o desenvolvimento social, nas cidades e no campo.

1.3.3 Lei de Diretrizes Orçamentárias

Como consequência do PPA, surge a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), utilizada na elaboração do orçamento anual.

Conforme preconiza o § 2º do Art. 165 da Constituição Federal de 1988, essa lei compreenderá as metas e prioridades da administração pública, incluindo as despesas de capital, para o exercício financeiro subsequente, orientando a elaboração do orçamento anual, e disporá sobre as alterações na legislação tributária, além de estabelecer a política de aplicação das agências financeiras de fomento, em conformidade com o Plano Plurianual.

Complementando o que evidencia a Carta Magna, a Lei de Responsabilidade Fiscal 101/2000 determina que a LDO dispõe ainda, sobre o equilíbrio entre receitas e despesas⁶, critérios e formas de limitação de empenho, visando ao cumprimento de metas fiscais⁷, limites de cumprimento de gastos com pessoal, limites de dívidas e outros riscos capazes de afetar o equilíbrio das contas públicas.

Segundo Andrade (2006):

Na LDO são definidas as diretrizes que orientarão a Administração na elaboração da proposta orçamentária e na sua execução, sendo selecionadas dentre as diversas ações governamentais constantes do PPA aquelas que serão prioritárias durante a elaboração da LOA e da sua execução, compatibilizando-as com os recursos públicos arrecadados, proporcionando assim condições para que as demandas específicas da sociedade sejam priorizadas e realizadas. (ANDRADE, 2006, p.69).

⁶ Receitas são ingressos de recursos aos cofres públicos e despesas são desembolsos realizados pela administração pública, para o cumprimento dos seus objetivos (grifo nosso).

⁷ Metas fiscais significam metas de arrecadação, estabelecidas pelo Estado, por um período pré-determinado (grifo nosso).

Assim, o conteúdo da Lei de Diretrizes Orçamentárias está acima da estimativa da receita e fixação da despesa, que são objetivos da Lei Orçamentária Anual. Esse instrumento tem uma grande importância para a gestão pública, uma vez que, assim como o orçamento, tem a finalidade de controle e acompanhamento das finanças públicas, garantindo assim, o equilíbrio das contas públicas, em todas as funções de governos, tais como saúde, educação, assistência social, administração, entre outras.

1.3.4 Lei Orçamentária Anual

De acordo com Silva (2004), o orçamento é um planejamento expresso em valores monetários, realizado pelos governos, evidenciando a sua política econômico-financeira.

Do ponto de vista financeiro, Angélico (1994) afirma que o processo orçamentário é uma ferramenta imprescindível à administração, para se planejar a aplicação de recursos esperados em programas de custeios e investimentos do serviço público. Custeio considerado como apropriação de custos daqueles programas voltados para o atendimento dos problemas sociais enfrentados pela população e investimentos, criando novos bens, com o objetivo de ampliar novos serviços oferecidos à sociedade. Nesse sentido, destacam-se as ideias de Andrade (2006):

Orçamento público ou orçamento programa é a materialização do planejamento do Estado, quer na manutenção de sua atividade e ações de rotina, quer na execução de seus projetos (ações com início, meio e fim). Configura o instrumento do Poder Público para expressar seus programas de atuação, discriminando a origem e o montante dos recursos (receitas) a serem obtidos, bem como a natureza e o montante dos dispêndios (despesas) a serem efetuados. (ANDRADE, 2006. p. 133).

O referido autor esclarece, também, que a lei orçamentária anual (LOA) consolida vários orçamentos (fiscal, de investimento e da seguridade social), que sobremaneira refletem os planos e as estratégias que o governo pretende realizar, nas diversas áreas de atuação e programas de trabalho, a fim de viabilizar a realização de políticas públicas. De acordo com o disposto no art. 165, § 5º da Constituição Federal, a LOA compreenderá:

- I - o orçamento fiscal referente aos Poderes da União, seus fundos, órgãos e entidades da administração direta e indireta, inclusive fundações instituídas e mantidas pelo Poder Público;
- II - o orçamento de investimento das empresas em que a União, direta ou indiretamente, detenha a maioria do capital social com direito a voto;
- III - o orçamento da seguridade social, abrangendo todas as entidades e órgãos a ela vinculados, da administração direta ou indireta, bem como os fundos e fundações instituídos e mantidos pelo Poder Público (Art. 165, § 5º BRASIL, 1988).

Retomando as ideias de Andrade (2006), o orçamento é a previsão da receita e despesa para um determinado período de tempo, denominado exercício financeiro, sendo que o orçamento fiscal está relacionado ao fisco. Segundo Ferreira (1999), o fisco refere-se aos órgãos da administração pública responsável pela arrecadação e fiscalização de tributos e contribuintes.

O investimento, com base na Portaria STN/SOF nº 163/2001, define-se como “despesas 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”.

O orçamento da seguridade social está definido na Constituição Federal, no seu art. 194, compreendendo 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. Seus recursos não podem ser utilizados para outras finalidades que não aquelas estritamente vinculadas à própria seguridade (ANDRADE, 2006).

Da mesma maneira que o plano plurianual, a lei de diretrizes orçamentária e a lei de orçamento anual são de iniciativa do poder Executivo e de apreciação e aprovação do Legislativo.

Assim, depreende-se que a proposta orçamentária, após apreciação e aprovação do Poder Legislativo, será sancionada pelo Poder Executivo, transformando-se em lei orçamentária anual, com o objetivo principal de viabilizar a manutenção e a implementação de ações governamentais.

1.3.5 Transparência da Gestão Fiscal

A Constituição Cidadã – nome dado à Constituição do Brasil de 1988 – traz como proposta, em alguns dispositivos, a participação dos cidadãos nas ações de cunho político-administrativa do Estado, contando, para isso, com os seus representantes.

Conforme dispõe o art 5º, incisos XIV e XXXIII da referida lei, todos são iguais perante a lei. E, aos cidadãos brasileiros, é assegurado o acesso a informações, ou seja, o direito de

receber, dos órgãos públicos, informações de interesse popular ou de interesse coletivo ou geral, ressalvadas aquelas cujo sigilo seja imprescindível à segurança da sociedade e do Estado.

A lei complementar nº 101/2000 reforçou ainda mais a publicidade das informações públicas, fortalecendo a transparência, o controle das contas públicas, o controle social e o exercício da cidadania. A transparência dos atos governamentais deve ser disponibilizada em tempo hábil e, portanto, compreensíveis aos usuários (PLANTT NETO *et. al*, 2007). A Lei de Responsabilidade Fiscal dispõe ainda que a transparência será assegurada também mediante:

- I – incentivo à participação popular e realização de audiências públicas, durante os processos de elaboração e discussão dos planos, lei de diretrizes orçamentárias e orçamentos;
- II – liberação ao pleno conhecimento e acompanhamento da sociedade, em tempo real, de informações pormenorizadas sobre a execução orçamentária e financeira, em meios eletrônicos de acesso público;
- III – adoção de sistema integrado de administração financeira e controle, que atenda a padrão mínimo de qualidade estabelecido pelo Poder Executivo da União e ao disposto no art. 48-A. (BRASIL, 2000).

Para Quintana (2011, p.139), “o tema torna-se bastante complexo tendo em vista que nem todos os cidadãos estão aptos a interpretar as informações disponibilizadas, tampouco possuem acesso aos meios existentes para a divulgação das contas públicas”.

A partir de então, os órgãos e entidades das administrações públicas ficam obrigados a repassar, de forma detalhada, informações sobre sua execução orçamentária e financeira à população, como forma de incentivar o controle social, uma vez que esta determinação é imposta aos administradores públicos, que atuam em nome dos cidadãos e no controle das decisões tomadas, no âmbito das administrações públicas. De certa forma, as informações são apresentadas à sociedade, porém nem todos têm acesso a elas e quando têm acesso a tais informações, estas são publicadas de forma que a população não dispõe de mecanismos de análise para compreendê-las, pois elas são publicadas de forma sintética, o que dificulta a compreensão popular. Na verdade, as informações deveriam ser levadas ao conhecimento das pessoas em sua forma analítica, a fim de facilitar o entendimento. A preocupação dos gestores públicos se resume apenas no cumprimento da lei e não no fato de prestar contas a todos, no intuito de contribuir para o senso crítico de cada brasileiro, quanto à exigência dos serviços prestados pelo Estado e quanto ao cumprimento dos direitos sociais e civis.

Outro ponto a ser destacado diz respeito ao controle social exercido pelos conselhos criados, no âmbito da União, Estados e Municípios, para o acompanhamento e fiscalização das políticas públicas sociais, desenvolvidas pelas administrações públicas, condição necessária para a aprovação das contas apresentadas pelos gestores públicos. Já se passaram vinte e quatro anos da criação do Sistema Único de Saúde e até então diversas são as inconsistências cometidas pelos governos, no que diz respeito à aplicação de recursos na saúde e, mesmo assim, nenhuma penalização foi aplicada pelo descumprimento da legislação. É importante ressaltar que as leis existem, o que falta é fazer cumpri-las ou punir aqueles que não as cumprem.

CAPITULO 2

GESTÃO PÚBLICA, SAÚDE E SUA DIMENSÃO SOCIAL

Para se compreender melhor a dimensão social da gestão pública brasileira e, especificamente, do setor saúde, voltado para o desenvolvimento social, primeiramente, faz-se necessário abordar os conceitos “gestão pública, estado, e saúde”, no intuito de se obter uma melhor clareza do assunto aqui estudado.

Percebe-se, no Brasil, que o debate sobre gestão pública tem-se limitado apenas a aspectos orçamentários, em que as questões são tratadas sob a ótica da execução da receita e, também, do aumento da despesa pública. Com esse aumento, os governos tornam-se obrigados a elevar a carga tributária, considerada, segundo alguns especialistas, uma barreira para o desenvolvimento.

De acordo com Zarpelon (2006), o conceito de gestão está inteiramente relacionado ao conjunto de ações, estratégias e objetivos a serem alcançados e o social com o foco nas pessoas, às quais produzem relações políticas mutáveis.

Mesmo considerando que a prática da gestão pública é um desafio constante para os atores sociais envolvidos no processo de transformação da sociedade, segundo Costa (2008), tal gestão deve ser considerada como um campo interdisciplinar, que depende do conhecimento, advindo da ciência política, da economia, da administração, da sociologia, do direito, influenciado por um conjunto de fatores, que inclui relações de poder e os valores dos tomadores de decisões, além de responsabilidade social.

O princípio da responsabilidade é o primeiro ato de qualquer envolvimento na vida pública (BAUMAN, 2005). A partir daí, fatores como emprego, educação, saúde, entre outros, desempenham um papel potencial na vida de todos, impulsionados pela Constituição de 1988, com a proposta de equacionar problemas, promover equidade, com base no processo da gestão social. Destinar recursos para o desenvolvimento da educação, da saúde pública, saneamento “é estar potencializando o recurso mais valioso com que conta uma economia no século XXI” (KLIKSBERG, 2003 – pag. 99).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, “A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de

enfermidade”⁸. Na opinião de Souza (2010), definir saúde como um estado de “completo bem-estar” é algo que parece muito mais mito do que uma realidade. Mesmo assim, apesar de tais considerações, esse autor diz que a saúde tem uma dimensão social, por ser considerada uma das condições essenciais para o exercício das liberdades humanas. A partir de então, surge o entendimento de que a liberdade do ser humano tem uma relação direta com o princípio da democracia, com o direito de escolha e até mesmo de decisão quanto às políticas públicas desenvolvidas na sociedade. Porém, não se pode atingir a liberdade que se procura a menos que se compreenda o verdadeiro significado da liberdade, numa sociedade complexa (POLANY, 2000).

Sen (2010) contrapõe esta opinião, afirmando que democracia e liberdade são consideradas um luxo que um país pobre “não se pode dar”, mas, que apesar de tudo, “desenvolver e fortalecer um sistema democrático é um processo essencial do processo de desenvolvimento”.

Numa outra concepção sobre saúde pública, Silveira (2005) diz que os trabalhos de saúde, em geral, são desenvolvidos para atender as classes mais poderosas, principalmente quando se trata de população pobre, sem condições de lutar pelos seus direitos. O referido autor afirma, ainda, que a saúde é um ativo que se compra e que as condições de saúde das camadas mais pobres, de um mesmo país, são mais precárias do que as condições das classes ricas. Com base nisso, compreende-se uma situação de grande exclusão social, com serviços públicos de qualidade diferenciada, privilegiando alguns e excluindo a maioria, em que tal situação passa a fazer parte do processo do desenvolvimento, impactando, de forma negativa, a qualidade de vida das pessoas, sem sequer garantir os seus direitos, suas qualidades e sua dignidade humana. Ao contrário, Arendt (1989) defende a ideia de que o direito do homem deveria ser garantido pela própria humanidade.

Portanto, percebe-se, nesse contexto, que a eficácia da gestão pública de saúde tem uma relação direta com os beneficiários dos serviços, e o Estado, como ator social, tem uma responsabilidade importante e imprescindível na efetivação e na gestão de suas políticas, contextualizadas no bojo da formação da sociedade e do Estado brasileiros.

⁸ Biblioteca Virtual de Direitos Humanos: Fonte: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html> - Acesso em 10/07/2011.

2.1 Processo Histórico da Saúde no Brasil

Segundo Baptista (2007), a história das políticas de saúde no Brasil remete a um contexto maior do que a própria história do Estado-Nação. Para essa autora, as inquietações com relação à saúde deram início a discussões, a partir de 1808, com a vinda da família real para o Brasil.

Nesse período, existiam poucos médicos que atuavam somente nas grandes cidades, atendendo apenas as elites. Diante disso, diversas doenças se agravaram, comprometendo e ameaçando a mão de obra saudável, capaz de manter os negócios da realeza.

Naquela época, não existiam recursos adequados para se enfrentar os problemas existentes, e as pessoas não tinham o conhecimento sobre os ciclos das doenças, o que, de certa forma, comprometia toda a estrutura social.

Pode-se dizer que, antes de 1808, para essa autora, a saúde era praticada sem qualquer regulamentação e, de acordo com as crenças e religiões de cada grupo social, constituído por estrangeiros, índios, negros e escravos, sendo que os doentes se submetiam aos tratamentos numa relação de confiança, e contava com a experiência e as técnicas desenvolvidas em cada grupo. Vários eram os costumes praticados no meio social, onde os líderes considerados mais velhos se utilizavam do poder das plantas, orações aos Deuses, feitiços e das chamadas “simpatias” para tratar dos males daqueles considerados enfermos. Os doentes em estado grave eram isolados, sob o regime de privação social, até a morte.

A partir daí, surgiram as primeiras preocupações, no que diz respeito à qualidade das condições de vida da população nas cidades, surgindo mais médicos e o início de uma proposta de institucionalização da saúde no Brasil, contribuindo para que o Estado tomasse providências, quanto a se pensar em elaborar políticas voltadas para a proteção dos indivíduos e da população em geral.

Após quatro décadas, ou seja, em 1852, de acordo com Costa (1989), foi construído o primeiro hospital psiquiátrico, no Rio de Janeiro, cujo interesse pelo tratamento era voltado para questões políticas e econômicas, garantindo, aos detentores do poder, a produção de riqueza, cuja assistência aos trabalhadores surge pela necessidade de garantir a implementação dessas políticas.

No ano de 1888, com a conseqüente crise da mão de obra escrava, em alguns países da Europa, houve um aumento significativo de imigrantes vindo para o Brasil, comprometendo, consideravelmente, as condições sanitárias do país. Esse fato, aliado à falta de políticas sociais e de saúde, acabou por resultar na eclosão de epidemias, tais como febre amarela, peste bubônica, dentre outras (BERTOLOZZI e GRECO, 1996). Os referidos autores afirmam ainda que, naquela época, os programas de Saúde Pública voltavam-se para a criação de condições sanitárias mínimas que favoreciam a infraestrutura necessária para suportar o contingente migratório. Sendo assim, o Brasil se estabeleceu como República Federativa e se tornou exportador de capitais e serviços, vivendo a fase de “ouro” do café (ESCOREL, 1999).

Baptista (2007) complementa essa ideia, ao afirmar que, com o surgimento das fazendas cafeeiras, no início de 1889, a saúde ganha mais espaço na sociedade, tendo em vista que os coronéis necessitavam de trabalhadores saudáveis e o Estado de garantias de que o crescimento da economia não seria abalado por aquele momento histórico.

Depois de oito anos, foi criada a Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), com o objetivo principal de desenvolver pesquisas em instituições de medicina e no conhecido Instituto Oswaldo Cruz, fundado no ano de 1900. Em seguida, no ano de 1904, após análise dos resultados das referidas pesquisas, o sanitarista Oswaldo Cruz propôs o código sanitário, instituindo a desinfecção domiciliar obrigatória, principalmente no meio rural, uma vez que não existiam condições adequadas de saneamento em inúmeras regiões brasileiras.

Já em 1910, foram concentrados esforços – mediante expedições científicas – no saneamento das zonas rurais, e os resultados alcançados mostraram que o interior brasileiro se encontrava com inúmeras pessoas extremamente doentes, abandonadas e desassistidas, (BAPTISTA, 2007). Com isso, deduz-se que o Estado Brasileiro administrava o setor saúde desprovido de recursos e, conseqüentemente, de modo ineficaz, especificamente quanto à assistência à saúde dos cidadãos mais carentes, vítimas de injustiças e políticas sociais excludentes.

Alguns anos depois, ainda segundo afirmações de Baptista (2007) Apud (Hochman & Fonseca, 1999), em 1920, foi inaugurada a Diretoria Nacional de Saúde, reforçando o papel do Estado, na elaboração de políticas e ações preventivas, voltadas para a maioria dos indivíduos. E, mesmo assim, um contingente significativo de pessoas não era

absorvido pelo sistema, pela falta de condições econômicas e de prioridade, por parte dos governantes, fortalecendo, cada vez mais, o processo de estratificação social e a desigualdade entre as pessoas.

Segundo Tumin (1970), estratificação social e desigualdade social são termos sinônimos e representa a disposição de qualquer grupo ou sociedade, numa hierarquia de posições desiguais, em termos de poder e valorização social, baseada em conflitos contínuos. Essa realidade está relacionada, intrinsecamente, com os vários tipos de preconceitos que assolam diversos grupos sociais, seja pelo fato das pessoas serem negras ou brancas, ricas ou pobres, com anos de estudos ou não, ou por outro motivo qualquer.

Scalon (2010) corrobora com o autor, afirmando que a desigualdade é a marca mais expressiva da sociedade brasileira e o resultado que ela produz está associado a um estiramento da estrutura social. A autora afirma, ainda, que a desigualdade, como construção social, depende de circunstâncias e escolhas realizadas ao longo da história de cada sociedade.

Diante disso, estes fatos contribuíram, significativamente, para o surgimento de movimentos sociais que lutaram contra o Estado, reivindicando os seus direitos sociais, quanto à atenção e assistência à saúde.

Em 1923, após três anos de lutas, foi proposta, por meio de lei, a formação dos CAPS - Caixas de Aposentadorias e Pensões, totalmente financiadas por trabalhadores e empresas com benefícios destinados para si e suas famílias, mas tal situação abrangeu apenas uma pequena parte da população. E aí surgiu uma nova realidade, que serviu de alicerce para o esboço de um projeto pioneiro, referente ao primeiro sistema social de saúde, assinalando uma nova era na consolidação dos direitos sociais voltadas para o povo brasileiro.

Retomando as ideias de Baptista (2007), nesse novo espaço, apareceram dois fatos sociais marcantes para a história da saúde, quando foi criado o MESP (Ministério da Educação Saúde Pública), desenvolvendo ações de saúde de caráter preventivo e o MITIC (Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio), voltado para a implementação de políticas de assistência médica e previdenciária, coordenadas pelo o IAPS (Instituto de Aposentadorias e Pensões) e acessível apenas às classes sociais urbanas. Depois disso, os problemas se agravavam, haja vista a inclusão de uma minoria que era de interesse do

Estado. Os pobres continuavam às margens das oportunidades e de melhores condições de vida.

Nessa concepção, com o desenvolvimento do processo de industrialização no Brasil, em 1950, o país deixou de ser uma economia agrícola e houve, nos grandes centros, um inchaço da massa operária, aumentando os agravos sociais como acidentes, violência e doenças mais complexas.

Em decorrência disso, as empresas firmaram convênios com hospitais, que se viram obrigados a se preocupar com a especialização de recursos humanos, e também com a fabricação de drogas que pudessem aumentar a expectativa de vida das pessoas, tornando o sistema cada vez mais dispendioso.

Somente em 1953, o Brasil criou o Ministério da Saúde, com o papel de desenvolver políticas de saúde. Como resultado dessa decisão política, foi instituído o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DENERU), em 1956, cuja atividade principal era organizar o combate das endemias rurais. Mesmo assim, a assistência integral ainda não era um direito que abrangia todos aqueles que dependiam do sistema. Nesse momento, foi necessária a mobilização de recursos para o setor, uma vez que o desenvolvimento trouxe para aquela nova realidade os postos de trabalhos, indústrias do ramo farmacêutico e de equipamentos e ensino profissional, constituindo a base para expansão do setor saúde.

Em 1966, surgiu o Instituto Nacional de Previdência Social – INSS, unificando-se com o Instituto de Aposentadorias e Pensões (IAPS), ficando responsáveis pelas decisões políticas, favorecendo os interesses do próprio Estado, mediante a contratação dos serviços privados.

Em seguida, as políticas públicas, desenvolvidas pelo INSS, contribuíram para a inclusão de novos segurados, como os trabalhadores autônomos, rurais e empregados domésticos, aumentando, significativamente os gastos relativos à saúde.

O processo político se desenrolava de forma inadequada, quanto ao acesso à saúde. A esperança de melhores resultados dessa política ainda estava muito distante de se tornar realidade, mesmo considerando o crescimento econômico, na década de 1950 até 1970. Nessas duas décadas, houve uma redução de investimentos no setor, aumentando não só o agravo de doenças, mas principalmente o aumento da pobreza, da exclusão e da

desigualdade social. Mas, mesmo com todos esses problemas enfrentados, a partir dos anos 1970, assiste-se a mudanças institucionais, no setor saúde, bem como à redefinição do papel das políticas sociais, calcadas no reconhecimento de que o desenvolvimento social devia ser perseguido conjuntamente com o desenvolvimento econômico (TEXEIRA, 1995).

Naquele momento, o Brasil vivia em um regime político que transformou os problemas de saúde. Segundo Escorel (1999), na América Latina, esse regime passou por duas fases. A primeira era voltada para restaurar a ordem da sociedade, reprimindo as pessoas que discordassem do sistema de governo e a segunda surgiu a partir da necessidade de legitimar o pacto de domínio burguês, voltada para questões políticas, econômicas e sociais.

Em consequência disso, a referida autora afirma que o problema histórico da saúde se organizou e se difundiu no interior dos departamentos de medicina preventiva, dentro das bases universitárias, dando início ao movimento sanitário.

Logo após, foi instituído um plano nacional de desenvolvimento, elaborando estratégias que pudessem alavancar o setor de saúde, possibilitando o fortalecimento do trabalho sanitário, em parcerias firmadas com diversas instituições brasileiras, como USP, UNICAMP, ENSP/FIOCRUZ dentre outras, buscando mudanças no setor, tais como saúde para todos, independentemente de vínculos empregatícios ou quaisquer tipos de preconceitos (BAPTISTA, 2007). A luta, nesse processo, representou a implementação do sistema tripartite, em termos de gestão, administração, financiamento, além da responsabilidade da participação e controle social. A partir de 1970, abre-se espaço para o desenvolvimento de ações governamentais de saúde, em que o movimento sanitário, com muita habilidade política, foi experimentando suas propostas, dentro da nova ordenação institucional direcionada para atenção integral (TEXEIRA, 1995). De acordo com Escorel (1999), ampliava-se, assim, o debate sobre o direito à saúde no país, o que culminou na declaração de Alma-Ata em 1978, quando os governos se propuseram a oferecer “Saúde para Todos no ano 2000” por meio da estratégia da atenção primária.

Aliado a esses fatos históricos e nessa década, surge o “Projeto Montes Claros”, em Montes Claros, Norte de Minas Gerais/MG, sob a coordenação da Secretaria de Estado da Saúde, por meio da Gerência Regional de Saúde, com grandes aportes de recursos

internacionais, que teve uma importante contribuição para o desenvolvimento do Movimento Sanitário no Brasil, articulando dimensões críticas da produção da saúde no Estado.

Teixeira (1995) ressalta que o Projeto de Montes Claros viria a ser, posteriormente, o principal modelo, a partir do qual seria montada a primeira e maior experiência de extensão de serviços de saúde e saneamento, em nível nacional. Em Montes Claros, vivenciou-se a teoria transformada em ação política (Silva, 2010).

Nessa época, os movimentos sociais se intensificaram e, após dez anos, aproximadamente, contribuíram para a realização da VII Conferência de Saúde, com o debate sobre a reformulação da política do setor, visando a dotar o país de uma rede de serviços básicos que oferecesse proteção, recuperação e promoção à saúde, propondo a cobertura universal, meta estabelecida até o ano 2000. Inicialmente, não houve êxito em relação às propostas debatidas, tendo em vista a pressão exercida pelas empresas privadas, interessadas no setor. E o sistema de saúde, naquele momento, era ineficiente, complexo e vulnerável, em termos de fraudes.

A partir de 1985, foi fundado o Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social INAMPS, administrado pelos integrantes do movimento.

Em 1986, o próprio Ministério da Saúde convocou a sociedade para o debate da reforma do sistema, na VIII Conferência Nacional, fato que se tornou um marco histórico da discussão de uma política setorial. O resultado desse encontro, apresentado por meio de relatório, tornou-se a referência para a discussão da Assembleia Constituinte, em 1987/1988, criando o Sistema Único de Descentralização de Saúde (SUDS), modelo que resultou na construção do Sistema Único de Saúde (SUS), representando, pela primeira vez no país, a estruturação de proteção social abrangente, em termos de universalidade, uniformidade e equidade. Com esse modelo, excluiu-se o padrão anterior e firma-se o compromisso com a democracia (BAPTISTA, 2007).

Com isso, o Estado, supostamente, assume a responsabilidade de oferecer uma saúde como direito de todos e dever do próprio Estado, garantindo um acesso universal e igualitário. Esse direito deixou de ser uma utopia de todos aqueles que buscavam dar um novo rumo à história deste país, e se tornou um preceito constitucional e uma nova política pública de governo (SCOREL, 1999). Souza *et.al.* (2010) corroboram com a ideia, afirmando que a

Carta Magna Brasileira garante direitos e, no caso da saúde, impõe desenvolvimento de políticas sociais e econômicas que evitem riscos de doenças, acesso universal dos cidadãos ao sistema de saúde, além de tentar diminuir diferenças sociais, a pobreza e a marginalização.

A partir daí, a saúde se estabelece, em diversos aspectos sociais, e em princípios, como o da universalidade e o da equidade, afirmando que cada cidadão brasileiro deverá ser assistido, indiscriminadamente, pois “a saúde é direito de todos e dever do Estado”.

2.2 Estado e Políticas Sociais

Para um melhor entendimento das políticas sociais praticadas, atualmente, pelos estados, é muito importante para a sociedade compreender a concepção de estado e das políticas públicas, desenvolvidas pelos gestores públicos.

Segundo Höfling (2001), o Estado é um conjunto de instituições permanentes, constituídas por órgãos legislativos e tribunais, que possibilitam as ações de um governo. Quanto às políticas sociais, na concepção do mesmo autor:

Se referem a ações que determinam o padrão de proteção social implementado pelo Estado, voltadas, em princípio, para a redistribuição dos benefícios sociais visando a diminuição das desigualdades estruturais produzidas pelo desenvolvimento socioeconômico. As políticas sociais têm suas raízes nos movimentos populares do século XIX, voltadas aos conflitos surgidos entre capital e trabalho, no desenvolvimento das primeiras revoluções industriais (HÖFLING, 2001. p.31).

Contudo, embora seja este um estado onde os seres humanos se encontram inseridos em um contexto político, atualmente, marcado por profundas injustiças sociais e diferenças socioeconômicas, é preciso que todos sejam tratados e reconhecidos como verdadeiros cidadãos, que anseiam por uma vida digna e uma busca constante pelos direitos sociais, propostos na legislação brasileira.

No entanto, na realidade, de acordo com Oliveira (2007):

Enfrentamos sérios problemas acerca dos direitos sociais, evidenciando que um dos princípios fundamentais, a Dignidade da Pessoa Humana, não foi efetivamente concretizado. Com efeito, não é possível enxergar a categoria de cidadão naquele que não dispõe da própria dignidade, de uma vida digna. Assim, existe uma grande distância, um paradoxo entre o que está escrito nas Declarações e o que há de concreto, pois não basta apenas estar inserido nos textos internacionais e na maioria das constituições dos países ocidentais, sendo fundamental a ação do Estado, para realizá-los (OLIVEIRA, 2007. p.363).

Nesse sentido, Arendt (1989) enfatiza que as leis que não são iguais para todos, transformam-se em direitos e privilégios, o que contradiz a própria natureza do Estado-Nação. E, nesse contexto, estão inseridas as relações de poder que, na concepção de Foucault (2008), significa dizer que: o poder é algo que se exerce, se efetua e funciona como uma máquina social, disseminando toda a estrutura social.

Dessa forma, entende-se que o poder do Estado se constitui a partir de grandes desafios que permeiam toda sua estrutura e, principalmente, no campo das políticas sociais e, no caso deste estudo, as políticas da saúde, que se desenvolveram historicamente e, com mais ênfase, a partir da década de 1970. Contra o estado, surgiram as lutas dos movimentos sociais, defendendo a reforma do sistema de saúde atual. Em decorrência disso, tais políticas se consolidaram, com a redemocratização do país, a partir da Constituição Federal de 1988 e da criação do Sistema Único de Saúde – SUS, com a proposta de um atendimento equânime, igualitário, universal e integral, financiado pelo sistema de gestão tripartite, envolvendo união, estados e municípios.

As Constituições Estaduais se desdobraram em relação ao setor, com as mesmas proposições estabelecidas pela Carta Magna brasileira. Assim, as políticas da saúde mineira se estruturaram com base na Constituição do Estado (CE) de Minas Gerais, da seguinte maneira:

Art. 186 - A saúde é direito de todos, e a assistência a ela é dever do Estado, assegurada mediante políticas sociais e econômicas que visem à eliminação do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Parágrafo único – O direito à saúde implica a 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.

Art. 187 – As ações e serviços de saúde são de relevância pública, e cabem ao Poder Público sua regulamentação, fiscalização e controle, na forma da lei.

Art. 188 - As ações e serviços públicos de saúde no âmbito do Estado integram rede nacional regionalizada e hierarquicamente constituída em sistema único, e se pautam também pelas seguintes diretrizes:

I – descentralização com direção única, em nível estadual e municipal;

II – regionalização de ações da competência do Estado;

III – integralidade na prestação de ações de saúde adequadas à realidade epidemiológica, com prioridade para as ações preventivas e consideradas as características socioeconômicas da população e de cada região, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

IV – participação da comunidade;

V – participação complementar das instituições privadas no sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, assegurada a preferência a entidades filantrópicas e às sem fins lucrativos;

VI – valorização do profissional da área da saúde, com a garantia de planos de carreira e condições para reciclagem periódica.

Art. 189 – O sistema único de saúde será financiado com recursos provenientes dos orçamentos da seguridade social, da União, do Estado, dos Municípios, e com os de outras fontes. (CE/2012, Art. 186 a 189).

O financiamento de todos os Estados brasileiros e, especificamente, Minas Gerais, foco de análise deste estudo ficou obrigado, de acordo com a Emenda Constitucional 29, de 13 de setembro de 2000, a aplicar no mínimo 12% do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, alínea “a” e inciso II, da CF/88, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios mineiros. Maiores informações sobre o financiamento serão tratadas no Capítulo 3.

2.3 O Estado e o Desenvolvimento Social

Segundo Lopes (2010), o Estado “é uma instituição política cujo objetivo é organizar a sociedade”. Diversos estudos têm evidenciado que o Estado tem uma participação vital no processo de desenvolvimento social. Mas, o que se percebe, no entanto, é um Estado lento, caro e ineficiente na oferta da qualidade de vida à população, principalmente em termos de direitos sociais. E, na possibilidade de uma ineficiência, surge o crescimento da pobreza, desigualdade, deficiências no acesso às oportunidades e vulnerabilidades, ocasionando os principais desafios para o século XXI, principalmente nos países considerados subdesenvolvidos, onde as necessidades básicas daqueles que dependem das políticas públicas, sejam elas quais forem, derivam de um verdadeiro processo social complexo que se interage.

Segundo o Banco Mundial (1997, citado por Kliksberg (2003), sem um Estado eficiente, o desenvolvimento social torna-se muito difícil e, portanto, não há desenvolvimento social.

O autor citado anteriormente referencia, ainda, que a qualidade adequada dos serviços públicos a serem oferecidos é uma das missões fundamentais para a visão de um Estado renovado. Uma nação sem Estado se torna, na maioria das vezes, insegura sobre o seu

passado, incerta sobre o seu presente e, conseqüentemente, duvidosa sobre o seu futuro (BAUMAN, 2005).

Historicamente, muito se tem discutido sobre o desenvolvimento social, a partir de determinados contextos políticos existentes, em toda a sociedade. Vários são os assuntos ou temas estudados, a partir dessa premissa que, de certa forma, permeia a vida das pessoas, influenciando, na opinião de alguns estudiosos do assunto, os seus valores culturais, sociais e humanos.

Atualmente, a sociedade está vivenciando um processo intenso de grandes transformações, em que os seres humanos, cada vez mais, estão caminhando na direção da perspectiva, da prosperidade, da busca de oportunidades e do então almejado desenvolvimento.

Segundo Rist (1997):

A “força do discurso do desenvolvimento” principalmente em países periféricos é apresentada à sociedade através de um poder sutil que vem seduzir, encantar e até mesmo ofuscar a verdade, enganando aqueles que, de alguma maneira ou de outra, tornam-se esperançosos e otimistas frente à solução dos seus problemas de pobreza e desigualdade sempre presentes em todas as camadas sociais. (RIST, 1997. p.1).

O referido autor afirma ainda, sob o mesmo ponto de vista, que é necessário um esforço para se livrar dos entendimentos e julgamentos de valor, em relação ao termo no qual se forma um leque de suposições, no que diz respeito à visão da pobreza extrema e a vontade de erradicá-la.

Percebe-se que a melhor maneira de se compreender os processos sociais é fazendo comparações, sem negligenciar as particularidades, uma vez que não parece possível se ter o controle da situação, à medida que as desigualdades se aprofundam, na sociedade. Com isso, o desenvolvimento não é visto como algo espontâneo ou natural, mas sim, construído socialmente.

O desenvolvimento social envolve várias abordagens, dentre elas a política de saúde, como um direito universal e de bem-estar social, em que o Estado, a partir da Constituição de 1988, estabeleceu uma maior responsabilidade e compromisso para os gestores públicos, quanto à formulação de políticas públicas voltadas para um atendimento eficaz, no sentido de realizar a sua concretização, com uma gestão eficiente.

É importante deixar claro que, em cada sociedade, as políticas de saúde realizadas refletem como algo de grande complexidade, no desenvolvimento de um projeto nacional, sendo que as pessoas responsáveis pela gestão do sistema, na maioria das vezes, buscam apenas alternativas que caracterizem interesses próprios. E, nesse sentido, surge o enfrentamento das desigualdades sociais e a falta de proteção social, em todos os momentos do ciclo de vida das pessoas, resultando para a maioria dos cidadãos brasileiros e, principalmente, para os mais carentes, um acesso restrito e não igualitário aos serviços prestados.

As ideias sobre desenvolvimento sempre foram discutidas, em todas as relações sociais, mas o que tem chamado bastante a atenção é como esse assunto toma uma verdadeira dimensão social, em economias consideradas periféricas ou subdesenvolvidas e, também, no sistema de saúde pública brasileiro, por ser uma questão que envolve, diretamente, o acesso das pessoas, principalmente daquelas mais limitadas, em termos de condições econômicas e princípios democráticos.

Sen (2010) aponta para essa realidade a proposta de democracia como uma saída viável e um componente essencial para o processo de desenvolvimento. Para esse autor, apesar de ser um desafio político, é preciso “fazer a democracia funcionar para as pessoas comuns” e vê-la como criadora de oportunidades, buscando sempre obter o efeito desejado.

De acordo com Rodrigues (2009), “o desenvolvimento é relevante, inclusive para países muito ricos”, uma vez que o Estado pode influenciar, de maneira positiva, a vida das pessoas, por meio de suas políticas públicas, sem ter a esperança de crescimento econômico, aliviando as situações de pobreza, exclusão e desigualdade. Lampreia (1995) contribui com a ideia da autora, afirmando que “não se pode declinar da responsabilidade do Estado no que tange à garantia dos direitos do cidadão.” O Estado tem que estar ao lado dos cidadãos para apoiá-los e não para atrapalhá-los (COSTA, 2008 – pag. 11). Com base nessa afirmação é que diversos estudos desenvolvidos, nessa linha política, revelam, cada vez mais, que a responsabilidade social está inteiramente relacionada à construção da cidadania, bem como à implementação de direitos sociais (PARRA, 2003).

Para Kliksberg (2003), o Estado, para enfrentar questões dessa natureza, primeiramente, é preciso que se tenha um governo inteligente o suficiente para buscar na sociedade apoio, no sentido de construir processos políticos democráticos consistentes, ampliando as possibilidades de enfrentamento de problemas e disparidades que afligem principalmente os países em desenvolvimento. Lampreia (1995) corrobora, também, com essa ideia, afirmando, que o Estado deve contemplar novas parcerias com a sociedade, para uma

redefinição do próprio Estado, ampliando, na relação Estado/Sociedade, o espaço da própria sociedade, no interior do próprio Estado, para que as políticas públicas superem sua institucionalidade, principalmente no campo dos direitos aos cidadãos e, conseqüentemente, do desenvolvimento.

2.4 O Controle Social da Saúde

O contexto em que surge o início do controle social da saúde representa a história de democratização das políticas sociais, com o surgimento dos movimentos sociais constituídos pelas diversas lutas, em prol da Reforma Sanitária, que aconteceu entre as décadas de 1970 e 1980. Com essa nova realidade, os cidadãos passaram a estar mais perto das decisões, ora podendo denunciar a falta de serviços no setor, ou mesmo não medindo esforços para construir a proposta de uma nova gestão da saúde. A partir daí, criaram-se os conselhos de saúde, como sendo os representantes populares no controle do Estado (SPOSATI & LOBO, 1992, p.366).

Em 1988, o Brasil vive uma nova experiência democrática, isto é, leis que amparam a participação dos cidadãos, nas políticas de saúde desenvolvidas, em todo país. Para as autoras anteriormente citadas, um dos principais problemas vivenciados, naquele momento, era fazer com que as leis se tornassem efetivamente aplicadas, frente aos resquícios passados do estilo brasileiro de se exercer a autoridade e fazer política. Aliás, a dificuldade em fazer cumprir os preceitos das leis, é algo que a sociedade brasileira ainda não conseguiu se desvencilhar, mesmo na atualidade.

Mesmo assim, o fato é que o controle social eclodiu com a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, representada por milhares de delegados de quase todas as forças sociais da sociedade civil (MACEDO, 2005). E, a partir de então, nos anos 1990, surgiu a lei 8.080, organizando as ações e serviços de saúde, o papel de cada esfera do governo no sistema, e a lei 8.142, referindo-se à participação da comunidade na gestão do SUS, publicadas como Leis Orgânicas da Saúde (LOS).

Conforme dispõe essa última lei, os conselhos se constituem para o acompanhamento e fiscalização da saúde, envolvendo as três esferas de governos, mediante instâncias colegiadas, como a Conferência de Saúde, que se reúne, a cada quatro anos, com a

representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde, nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

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

E por fim, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), que terão representações no Conselho Nacional de Saúde.

Aliado aos conselhos existe o poder legislativo, cuja função é discutir e produzir leis, além da fiscalização das ações desenvolvidas pelo Poder Executivo, representando os interesses de vários setores na sociedade, produzindo impacto direto, na vida do cidadão, na administração pública e nos rumos da economia.

CAPÍTULO 3

O FINANCIAMENTO DA SAÚDE E O SUS

Neste capítulo serão discutidas as definições do financiamento da saúde, do ponto de vista da Constituição Federal e legislação vigente. E ainda, as perspectivas do financiamento, o direito à saúde e a realidade brasileira se comparada à de um país considerado desenvolvido, neste caso, o Canadá.

3.1 Definições da Constituição Federal de 1988

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, ficou definido que o Sistema Único de Saúde Brasileiro seria financiado pelo sistema de gestão tripartite, ou seja, União envolvendo o Distrito Federal, os Estados e os Municípios, com a pretensão de implementar, no país, um atendimento universal, equitativo e integral a todos os cidadãos.

Portanto, a discussão da política de vinculação de recursos para o Sistema Único de Saúde (SUS) é uma prática antiga, no campo das políticas sociais, em que governos, políticos, técnicos e gestores receberam como principal missão criar fontes alternativas, conferir estabilidade e definir novas regras para o financiamento das políticas públicas de saúde, no país. Esse novo modelo de proteção social acabou reestruturando o arcabouço institucional do aparelho de Estado, sobretudo em relação à gestão e ao padrão de financiamento da política de saúde (REIS, 2001). Com isso, a saúde passou a ser um direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988).

Segundo Piola (2009), mais de 90% da população é usuária do SUS, mas, em contrapartida, somente 28,6% utilizam exclusivamente o sistema, o que é pouco, se comparado com outros países considerados desenvolvidos.

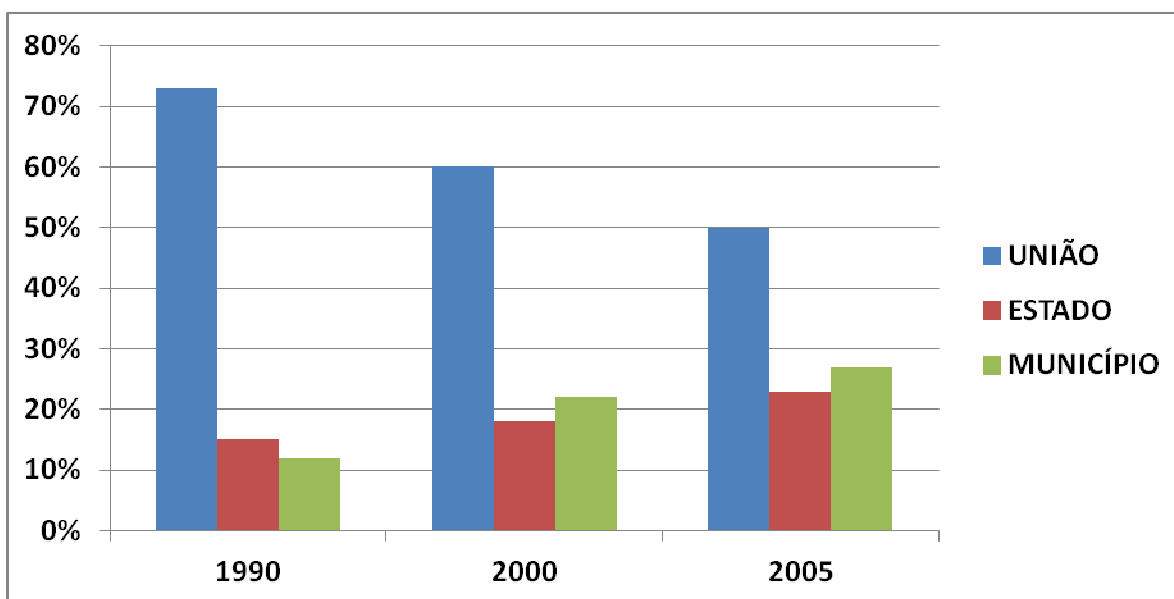
De acordo com o mesmo autor, mesmo diante dessa realidade, a Constituição Federal foi responsável pelas seguintes inovações, no campo da saúde:

- ✓ Institucionalização da seguridade social, unificando as ações e os serviços de assistência social, previdência social e saúde;
- ✓ Criação de tributos sob a forma de contribuições sociais (federais) vinculadas à seguridade social;
- ✓ Conhecimento da saúde como direito inerente à cidadania, com o conseqüente dever do estado na garantia deste direito;

- ✓ A instituição de um sistema único de saúde tendo como princípios a universalidade e a integralidade da atenção, a descentralização com comando único em cada esfera de governo e a regionalização da rede de serviços, como forma de organização, e a participação popular como instrumento de controle da sociedade sobre o sistema, teses defendidas na VIII CNS e na Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS) incorporadas ao novo texto constitucional. (PIOLA, 2009. p.22-23).

Em 2000, houve a aprovação da Emenda Constitucional – EC-29, assegurando os recursos mínimos, alterando significativamente a participação da União, dos Estados e Municípios no financiamento das ações e serviços públicos de saúde, conforme demonstrado no gráfico abaixo:

Gráfico 1 - Participação da União, dos Estados e dos Municípios no financiamento do SUS – Período de 1990, 2000 e 2005 - (Em %)



Fonte: SIOPS – Elaborado por (PIOLA, 2009, p.30) – Adaptado pelo autor

De acordo com Piola [*et. al*] (2009), a EC 29 proporcionou aumento de recursos públicos destinados à saúde, no período analisado, tanto em volume total, como em valores *per capita*, em relação ao PIB. Ficou evidente, ainda, o crescimento considerável dos recursos aplicados pelos estados e pelos municípios, em relação àqueles aplicados pelo governo federal.

A Emenda Constitucional 29/2000 estabeleceu como meta, no caso da União, o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde, no exercício financeiro de 1999,

acrescidos de, no mínimo, cinco por cento, no ano de 2000. De 2001 a 2004, a norma estabelecida foi o valor apurado no ano de 2000, corrigido pela variação nominal do PIB.

Nos casos dos Estados e Distrito Federal, por meio da emenda, ficou determinada a aplicação de no mínimo doze por cento (12%) do produto da arrecadação de alguns impostos, deduzidas as parcelas transferidas aos municípios. Os municípios ficaram com a obrigação de vincular no mínimo quinze por cento (15%) da receita própria, partindo de um percentual de sete por cento (7%) em 2000. De acordo com a EC, a cada cinco anos, no máximo, os critérios estabelecidos deverão ser revistos e confirmados.

3.2 Perspectivas do Financiamento da Saúde

Durante muito tempo, inúmeros foram os desentendimentos e conflitos por parte dos governantes, tanto nas esferas federal, estadual e municipal, no que diz respeito ao cumprimento da EC – 29, principalmente quando se trata de quais despesas deveriam ser considerados como ações e serviços de saúde. Diante de todas as dúvidas e problemas vivenciados, o Conselho Nacional de Saúde, mediante a Resolução 322 de 08 de maio de 2003, apoiado pelo Ministério da Saúde, definiu o que deveria ser considerado como despesas de saúde, em atendimento ao que determinava a emenda constitucional. E como a resolução não tem poder de lei, cada ente da federação passou a interpretá-la de acordo com as suas próprias conveniências.

De acordo com a Quinta Diretriz da Resolução 322/2003, para efeito da aplicação da EC – 29/2000, despesas com ações e serviços públicos de saúde:

Aquelas com pessoal ativo e outras despesas de custeio e de capital, financiadas pelas três esferas de governo, conforme o disposto nos artigos 196 e 198, § 2º, da Constituição Federal e na Lei nº 8080/90, relacionadas a programas finalísticos e de apoio, inclusive administrativos, que atendam, simultaneamente, aos seguintes critérios:

I – sejam destinadas às ações e serviços de acesso universal, igualitário e gratuito;

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

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

§ Único – Além de atender aos critérios estabelecidos no caput, as despesas com ações e serviços de saúde, realizadas pelos Estados, Distrito Federal e Municípios deverão ser financiadas com recursos

alocados por meio dos respectivos Fundos de Saúde, nos termos do Art. 77, § 3º do ADCT.

Sexta Diretriz: Atendido ao disposto na Lei 8.080/90, aos critérios da Quinta Diretriz e para efeito da aplicação da EC 29, consideram-se despesas com ações e serviços públicos de saúde as relativas à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, incluindo:

I - vigilância epidemiológica e controle de doenças;

II - vigilância sanitária;

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

IV - educação para a saúde;

V - saúde do trabalhador;

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

VII - assistência farmacêutica;

VIII - atenção à saúde dos povos indígenas;

IX - capacitação de recursos humanos do SUS;

X - pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, promovidos por entidades do SUS;

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

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

XIII - serviços de saúde penitenciários, desde que firmado Termo de Cooperação específico entre os órgãos de saúde e os órgãos responsáveis pela prestação dos referidos serviços.

XIV - atenção especial aos portadores de deficiência.

XV - ações administrativas realizadas pelos órgãos de saúde no âmbito do SUS e indispensáveis para a execução das ações indicadas nos itens anteriores;

§ 1º No caso da União, excepcionalmente, as despesas com ações e serviços públicos de saúde da União financiados com receitas oriundas de operações de crédito contratadas para essa finalidade poderão integrar o montante considerado para o cálculo do percentual mínimo constitucionalmente exigido, no exercício em que ocorrerem.

§ 2º No caso dos Estados, Distrito Federal e Municípios, os pagamentos de juros e amortizações decorrentes de operações de crédito contratadas a partir de 1º.01.2000 para custear ações e serviços públicos de saúde, **excepcionalmente,** poderão integrar o montante considerado para o cálculo do percentual mínimo constitucionalmente exigido. (RESOLUÇÃO/CNS 322/2003).

Em conformidade com a Lei 8080/90, a Resolução 322/2003 definiu, para o cumprimento da referida Emenda Constitucional, o que não seria considerado como aplicação de recursos no setor, as despesas relativas a:

I - pagamento de aposentadorias e pensões;

II - assistência à saúde que não atenda ao princípio da universalidade (clientela fechada);

III - merenda escolar;

IV- saneamento básico, mesmo o previsto no inciso XII da Sexta Diretriz, realizado com recursos provenientes de taxas ou tarifas e do

Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza, ainda que excepcionalmente executado pelo Ministério da Saúde, pela Secretaria de Saúde ou por entes a ela vinculados;

V - limpeza urbana e remoção de resíduos sólidos (lixo);

VI - preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes federativos e por entidades não governamentais;

VII – ações de assistência social não vinculadas diretamente a execução das ações e serviços referidos na Sexta Diretriz e não promovidas pelos órgãos de Saúde do SUS;

VIII – ações e serviços públicos de saúde custeadas com recursos que não os especificados na base de cálculo definida na primeira diretriz.

§ 1º No caso da União, os pagamentos de juros e amortizações decorrentes de operações de crédito, contratadas para custear ações e serviços públicos de saúde, **não** integrarão o montante considerado para o cálculo do percentual mínimo constitucionalmente exigido.

§ 2º No caso dos Estados, Distrito Federal e Municípios, as despesas com ações e serviços públicos de saúde financiados com receitas oriundas de operações de crédito contratadas para essa finalidade **não** integrarão o montante considerado para o cálculo do percentual mínimo constitucionalmente exigido, no exercício em que ocorrerem (RESOLUÇÃO/CNS, 2003).

A partir daquela época, diversos foram os projetos de leis, tramitando no Congresso Nacional, para regulamentar os recursos aplicados na saúde, de forma a aumentar a participação federal no setor, por meio de vinculação de percentual das receitas correntes brutas da União ou pela vinculação de recursos adicionais, oriundos de fonte definida (PIOLA, 2009).

Benevides [*et.al*] (2007) apontam que a problemática do financiamento da saúde pública está relacionada:

A uma série de questões que envolvem desde a estrutura tributária dos países – que define a parcela de recursos à disposição do Estado para a implementação das políticas públicas – até a definição da parcela de recursos a ser aplicada no setor e o formato de financiamento definido pelo pacto federativo e pelos arranjos institucionais (BENEVIDES [*et.al*], 2007, p.60)

A partir de 2012, surge a Lei Complementar nº 141, definindo a regulamentação do financiamento, além das normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde, nas três esferas de governo.

Em termos do que é permitido como despesas, a legislação atual não diverge, de maneira considerável, das ações e serviços de saúde que a resolução anteriormente citada, já determinava, desde 2003.

De acordo com o Art. 3º da Lei 141/2012, considerar-se-ão como ações e serviços de saúde as referentes:

- I - vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária;
- II - atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais;
- III - capacitação do pessoal de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS);
- IV - desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS;
- V - produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como: imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos;
- VI - saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pelo Conselho de Saúde do ente da Federação financiador da ação e esteja de acordo com as diretrizes das demais determinações previstas nesta Lei Complementar;
- VII - saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos;
- VIII - manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças;
- IX - investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde;
- X - remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividade nas ações de que trata este artigo, incluindo os encargos sociais;
- XI - ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde; e
- XII - gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde (BRASIL, 2012,).

E não constituirão como despesas as ações e serviços públicos de saúde, para fins de apuração dos percentuais mínimos de que trata o art. 4º dessa Lei Complementar, aquelas decorrentes de:

- I - pagamento de aposentadorias e pensões, inclusive dos servidores da saúde;
- II - pessoal ativo da área de saúde quando em atividade alheia à referida área;
- III - assistência à saúde que não atenda ao princípio de acesso universal;
- IV - merenda escolar e outros programas de alimentação, ainda que executados em unidades do SUS, ressalvando-se o disposto no inciso II do art. 3º;
- V - saneamento básico, inclusive quanto às ações financiadas e mantidas com recursos provenientes de taxas, tarifas ou preços públicos instituídos para essa finalidade;
- VI - limpeza urbana e remoção de resíduos;
- VII - preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes da Federação ou por entidades não governamentais;
- VIII - ações de assistência social;
- IX - obras de infraestrutura, ainda que realizadas para beneficiar direta ou indiretamente a rede de saúde; e

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

A referida lei preconiza ainda que os critérios de rateio de recursos, tanto da União em relação aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, como dos Estados para os Municípios, serão realizados observando as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços no setor, observada a necessidade de reduzir as disparidades regionais.

A Lei 8080/90 já havia definido competências para implementação do Sistema Único de Saúde – SUS, nesse sentido, para as três esferas de governos que, no caso do Estado de Minas Gerais (esfera de governo escolhida para este estudo), assim dispõe:

- 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 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 a avaliação das ações e serviços de saúde;
- XII - formular normas 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 - acompanhar, avaliar e divulgar os indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada. (BRASIL, 1990)

É importante destacar que, apesar dos avanços ocorridos no campo das políticas públicas de saúde, os defensores desse direito à sociedade não podem deixar de considerar que cada Estado e cada Município possuem características, realidades e problemas diferentes, não podendo, porém, ser tratados como se estivessem no mesmo nível de desenvolvimento.

3.3 Direito à Saúde

Diversos estudos têm demonstrado que o Direito à Saúde está sendo, até os dias atuais, um dos maiores desafios já enfrentados pela sociedade brasileira. E com a Constituição Federal de 1988, surgiram alguns princípios que se tornaram norteadores do processo de políticas públicas nesse setor, consagrando o sistema de saúde, voltado especificamente para os direitos sociais dos cidadãos, assegurando a proteção à vida, assistência à população, de maneira geral, sendo que o conceito de saúde está inteiramente relacionado com a qualidade de se viver com dignidade.

Embora a concessão de direitos sociais seja importante para a condição humana, o reconhecimento constitucional, quanto ao direito à saúde, educação, moradia, alimentação dentre outros, se deu, e ainda continua, em todo território brasileiro, de forma muito lenta, a favor do homem, principalmente daqueles considerados carentes e vítimas da extrema pobreza e da desigualdade social no Brasil, conforme já foi apontado, anteriormente.

Souza [*et.al*] (2010), salienta que:

A Carta Magna, ao mesmo tempo em que reconhece a saúde como direito de todos, confere ao Estado a responsabilidade de organizar um conjunto de ações e serviços públicos de saúde capazes de reduzir os riscos de doenças e de outros agravos à saúde, bem como de garantir à população o acesso universal e igualitário a estas ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde (SOUZA [*et.al*], 2010. p.201).

E foi nessa perspectiva que se criou o SUS – Sistema Único de Saúde que, na concepção de Schwartzman (2004), alicerça-se em três princípios básicos: universalidade, cobertura integral e acesso igualitário às ações e serviços de saúde, totalmente financiado com recursos públicos. Sistema universal, voltado para a solidariedade, típico de um estado de bem-estar, em substituição a um sistema excludente e desigual, que existia antes da implementação desse novo sistema (PIOLA, 2009). E ainda, um acesso aos serviços, em todos os níveis de assistência, entendido como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos. (BRASIL, 1990).

Assim, o Estado deve oferecer ações e serviços de saúde acessíveis a todos que deles necessitem, de forma igual e equitativa, sem discriminações de qualquer natureza e gratuitamente (SOUZA, [et.al], 2010).

Portanto, é nesse cenário que o poder público deve concentrar todos os seus esforços, na implementação de políticas de saúde mais legítimas, quanto à assistência e à promoção da saúde a todo cidadão.

3.4 O Sistema de Saúde Brasileiro

A trajetória das políticas de saúde brasileira, vivida pelos diversos atores sociais, revela que, durante décadas, todos os fatos e movimentos acontecidos nesse setor, contribuíram, de forma imprescindível, para as influências de todo o contexto econômico e social pelo qual o país passou, ao longo dos anos.

Dentre os diversos fatos históricos, aconteceu, no Brasil, pela luta inclusive dos movimentos sociais, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, com a principal missão de reestruturar o Sistema Nacional de Saúde, sugerindo a criação do SUS – direito dos cidadãos ao sistema, de forma universal e equânime, começando pelas áreas mais carentes e totalmente desassistidas.

A respeito desse assunto Kliksberg (2003), relata que:

Apesar de enormes e tão positivos avanços da medicina em numerosos campos, o aumento da pobreza, as carências por parte dos pobres, de condições mínimas de grande impacto em prevenção em saúde, como o saneamento básico, a eletricidade e a água, os problemas de desnutrição e a falta de acesso a serviços de saúde são alguns dos fatores incidentes nas profundas disparidades existentes (KLIKSBERG, 2003, p. 73).

Assim, o cidadão não pode ser tratado como paciente ou simplesmente objeto de cuidado, mas sim como sujeito nessa ação, buscando melhor qualidade de vida (SOUZA, et.al., 2010). E é nessa concepção que o ser humano busca o conhecimento para produzir sua condição de vida, em todas as suas manifestações (FRANCO, 2000).

Por outro lado, Pain (2009) afirma que é muito difícil garantir uma política de saúde universal e organizar um sistema voltado para as necessidades da população, uma vez que diversos interesses econômicos invadem o setor, secundarizando a igualdade, o respeito e a preocupação com o outro. Assim, a saúde tornou-se a causa de diversos problemas

existentes e também um óbice para o processo de desenvolvimento de uma sociedade (GUEDES, 2011). Daí, a importância do desenvolvimento de políticas públicas direcionadas para uma gestão de responsabilidade social, focada diretamente nos cidadãos. De acordo com Zarpelon (2006), a responsabilidade social deve ser assumida, diante da sociedade e dos interesses coletivos, voltada para as pessoas e para o meio no qual estão inseridas.

Como se pode perceber, o sistema de saúde brasileiro se apresenta de forma extremamente complexo, principalmente, pela falta de recursos, assunto atualmente bastante discutido nas gestões públicas. Conforme já citado anteriormente, Bacha (2011) pondera que o montante de recursos gastos nessa área tem uma importância imprescindível para o acesso da população às políticas de saúde existentes.

Portanto, para melhor visualização das dificuldades enfrentadas nas políticas existentes no país, faz-se necessária a apresentação de dados que retratem melhor essa situação e, nesse caso, será feita uma comparação de alguns indicadores de saúde do Brasil e do Canadá, por este ser um país considerado desenvolvido e por apresentar uma realidade, inclusive econômica, bastante diferente da brasileira.

De forma análoga ao Brasil, aconteceu em novembro de 1986, em Ottawa, no Canadá, a primeira Conferência Internacional, com o debate sobre a Promoção da Saúde, quando esta passou a ser entendida como um meio de vida, de bem estar físico, mental e social. A Conferência teve como principal objetivo buscar expectativas no sentido de conseguir novas conquistas e defensores de Saúde Pública, em nível mundial. Na oportunidade, foram apresentadas e discutidas, mediante uma carta de intenções, metas que atingiam a saúde para todos, conforme prevê o princípio da universalidade e a promoção da saúde propostos pela Carta Magna, a partir da década de 1980, neste país.

De acordo com a Carta de Ottawa (1986), o conceito de promoção da saúde ficou, assim, evidenciado:

Nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde enfatizando os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, uma vez que vai para além de um estilo de vida saudável na direção de um bem-estar global (CARTA DE OTTAWA, 1986).

Nesse documento foi discutido, também, o princípio da equidade, no sentido de reduzir as diferenças, desigualdades entre a população, além de implementação de políticas, no sentido de assegurar oportunidades e recursos isonômicos, para desenvolver uma sociedade mais justa e igualitária, no que diz respeito a essa política do país, sem qualquer discriminação ou preconceito.

De acordo com Souza *et. al.* (2010), a Constituição do Canadá pretende que o Estado se desenvolva de maneira que seus cidadãos tenham oportunidades iguais para a conquista de seu bem-estar e que o desenvolvimento econômico venha minimizar a desigualdade. Dessa maneira, fica evidente a importância do desenvolvimento de políticas sociais, não como um paliativo, mas sim, como um fator fundamental para um desenvolvimento equilibrado (KLIKSBERG, 2003).

Assim, tornam-se claras as ideias desse autor, quando comparados os dois países com realidades bastante diferenciadas, principalmente em termos de economia, conforme dispõe a Tabela 4.

3.5 Análise comparativa de dados estatísticos entre o Brasil e Canadá

O Brasil é, hoje (2012), considerado a 6ª economia do mundo, superando o Reino Unido. Assim, em relação ao tamanho da economia, o Brasil supera o Canadá, que ocupa a 9ª posição. Mas, quando analisados alguns indicadores como: expectativa de vida, percentuais e recursos aplicados no sistema de saúde, verificou-se que existe uma diferença significativa entre os dois países.

Tabela 4 - Resumo dos dados estatísticos relacionados à saúde no Brasil e no Canadá Organização Mundial da Saúde (2009)

Descrição	Brasil	Canadá
População Total	193.734.000	33.573.000
O rendimento nacional bruto <i>per capita</i> (em dólares \$ internacionais)	10.080	38.710
Expectativa de vida ao nascer m / f (anos)	70/77	79/83
Probabilidade de morrer antes de atingir cinco anos (por 1000)	21	6
Probabilidade de morrer entre 15 e 60 anos m / f (por 1000 habitantes)	205/102	87/53
Despesa total em saúde <i>per capita</i> (Int. \$, 2009)	943	4.196
Despesa total em saúde como porcentagem do PIB (2009)	9	10.9

Fonte: Elaboração do autor, a partir de informações da Organização Mundial da Saúde (2009).

Diante dos dados analisados na Tabela 4, ficou evidenciado que o aporte de recursos de saúde de um país desenvolvido, nesse caso o Canadá, em relação a outro considerado subdesenvolvido, tem fundamental importância para diferenciar o acesso das pessoas ao sistema, uma vez que, enquanto no Brasil, a despesa total em saúde representa 9% do Produto Interno Bruto (PIB), no Canadá se gasta 10.9%. E ainda apresenta uma diferença significativa, no valor *per capita* do gasto total em saúde, já que o Brasil aplica aproximadamente 05 vezes menos que o Canadá. Outro fator relevante é com relação à expectativa de vida ao nascer, ou seja, no Brasil, para os homens e mulheres, a expectativa é menos que no Canadá 9 anos e a probabilidade de morrer antes de atingir 5 anos é de 3,5 vezes a mais do que no Canadá, em 1.000 habitantes. E, ainda, a probabilidade de morrer entre 15 e 60 anos, tratando-se dos homens daquele país é de 2,4 vezes e mulheres é de 1,9 vezes a menos, em relação ao Brasil.

Segundo Souza (2010), comparativamente, as constituições de estado destes dois países se assemelham, no que diz respeito ao desenvolvimento das sociedades, por meio da redução das desigualdades sociais, promoção do bem de todos e da igualdade de oportunidades.

Contudo, percebem-se as disparidades existentes em termos dos princípios da universalidade, que têm como principal objetivo a saúde para todos e o da equidade, que busca reduzir as diferenças regionais. Os princípios e diretrizes do SUS serão melhores explicados a seguir. Primeiramente, será preciso fazer uma distinção entre princípios e diretrizes. De acordo com Matta (2007), o texto constitucional, em nenhum momento, menciona o termo princípios, mas sim, diretrizes. Já a Lei 8.080/90 dispõe que os serviços públicos de saúde que integram o SUS, serão desenvolvidos de acordo com o previsto no Art. 198 da Carta Magna, obedecendo, ainda, a determinados princípios, conforme pode ser observado no Quadro 1.

Quadro 1 Comparação entre a Constituição Federal e a Lei 8.080/90

Texto Constitucional (Diretrizes)	Lei 8.080/90 (Princípios)
<p>I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;</p> <p>II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;</p> <p>III - participação da comunidade.</p>	<p>I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;</p> <p>II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;</p> <p>VIII - participação da comunidade;</p> <p>IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;</p>

Fonte: Elaborado pelo autor.

Dessa forma, entende-se que a legislação brasileira não faz distinção dos referidos termos, princípios e diretrizes, que marcam, historicamente, a luta daqueles que anseiam por políticas sociais destinadas a promover uma assistência por intermédio de ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

3.6 Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi considerado, a partir da Constituição de 1988, uma das maiores conquistas no campo das políticas públicas sociais, jamais vista neste país e serve de alicerce para a implantação do sistema. Tal sistema se desenvolveu por um conjunto de ações e serviços de saúde prestados pelos governos federal, estadual e municipal. Com isso, a partir da Carta Magna, a saúde se desenvolve para toda a sociedade, norteada por princípios que têm como principal objetivo promover qualidade de vida à população, deixando para trás uma gestão extremamente centralizada. A nova proposta de 1988 teve como objetivo ampliar, para a nova realidade, um novo sistema universal, onde todos devem ser incluídos, sem distinção cor, raça, condição social, sem discriminação de qualquer natureza, atendimento gratuito nas unidades de saúde, concretizando, de forma definitiva, o princípio da universalização.

3.6.1 Princípio da Universalidade

Com a estruturação em termo de proteção social abrangente em termos de universalidade, exclui-se da sociedade o padrão de centralização dos serviços prestados aos cidadãos brasileiros e firma-se o compromisso com a democratização das ações desenvolvidas no âmbito de cada governo. Com isso, o Estado, supostamente, assume a responsabilidade de oferecer uma saúde como direito de todos e dever do próprio Estado, garantindo um acesso universal e igualitário que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e um acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988). Isso quer dizer que as ações e serviços de saúde, realizados no âmbito do SUS, devem ser acessíveis a todos que deles necessitem, de forma igual e equitativa (SOUZA, 2010 – p.208). Mas estudos demonstram que nem sempre as pessoas são atendidas segundo os preceitos da Constituição Federal, levando as classes sociais menos favorecidas a não terem acesso ao sistema. E, com isso, no caso brasileiro especificamente, a outra parte da sociedade que dispõe de recursos e riquezas, recorrem aos planos de saúde da iniciativa privada. De acordo com Andrade (2010, *et.al.*), 20% da população buscam a assistência suplementar, por entender ser o SUS de difícil acesso e de baixa qualidade.

Essa autora afirma também que a universalidade proposta pelo SUS, para ser real, deve contemplar não apenas a intenção, mas principalmente a efetividade. E a falta da efetividade do sistema é tão evidente que, no próprio governo e neste estudo, especialmente o Governo do Estado de Minas Gerais, há plano de saúde suplementar para os seus servidores, reconhecendo, de maneira tácita, a falta de capacidade do SUS no provimento de uma assistência à saúde de qualidade.

Retomando as afirmações de Andrade *et.al* (2010), a autora enfatiza que o:

Sistema de saúde brasileiro, apesar do que diz a Constituição Federal, não é único, nem integral e nem universal, pois divide, consensualmente, espaço com um sistema suplementar; restringe acesso a tratamentos notoriamente válidos e apresenta uma universalidade excludente quando assiste 40 milhões de brasileiros migrarem para a assistência suplementar por se sentirem mal atendidos pelo sistema público. (ANDRADE, 2010, [*et.al*] – p.71).

Para Pain (2009) o acesso universal é para todos: homens, mulheres, ricos pobres, moradores da cidade e do campo, independentemente de raça, etnia ou opção sexual. Dessa maneira, a saúde passa a ser reconhecida como parte constitutiva da humanidade,

um valor para todas as classes sociais, tornando-se um componente fundamental da democracia e da cidadania (SCOREL, 1989).

A universalização não necessariamente quer dizer que as pessoas tenham acesso imediato ao sistema de saúde, mas estabelece como principal desafio a oferta dos serviços e ações de saúde a todos que deles dependem, sem distinção e de forma cada vez mais variada e com maior cobertura (BRASIL, 2000). De maneira semelhante surge, também, o princípio da equidade, com a principal missão de reduzir as disparidades sociais e regionais, em todo o país. Esse princípio será melhor comentado no item 3.6.3 a seguir.

Retomando as considerações sobre o princípio da universalidade, Pain (2009) afirma que:

Os sistemas de saúde universais estão presentes no mundo sobre três tipos: a seguridade social, o seguro social e a assistência. No primeiro caso, o direito da saúde está relacionado a uma condição de cidadania, sendo financiado pela sociedade por meio de impostos, como ocorre na Inglaterra, Canadá, Cuba e Suécia. No segundo caso o sistema de proteção social é controlado pelo Estado como por exemplo na Alemanha, França e Suíça, onde os serviços são garantidos, por um lado, para aqueles que de certa forma contribuem para a previdência social, possibilitando àqueles que podem pagar pela assistência médica atendimento particular. (PAIN, 2009. p. 18).

Diante dessas considerações, convém enfatizar que a política do princípio da universalidade na saúde precisa ser aperfeiçoada, integralmente, e coordenada rumo à consolidação de um sistema eficiente de prestação de ações e serviços públicos, com autonomia de cada ente federativo.

3.6.2 Princípio da Integralidade

Aliado ao princípio da universalidade, surge esse princípio com o objetivo básico da cobertura integral, em termos de assistência.

Segundo Piola (2009, [et.al]), a garantia de acesso a serviços integrais de saúde surgiu no fim da II Guerra Mundial, no Reino Unido, com a criação do *National Health Service* (NHS), em 1946, que estabeleceu o princípio da responsabilidade coletiva por serviços completos e disponibilizados de forma gratuita a toda a população.

No Brasil, conforme afirma ainda esse autor, nos anos 1960, tal princípio era adotado pela sociedade com nome de “integração”, em que os serviços de saúde pública seriam

integrados em um mesmo espaço físico e sob comando único, com atividades hospitalares, configurando uma Unidade de Saúde Integrada.

E a partir daí, especificamente com o surgimento da Lei 8080/90, a integralidade de assistência à saúde é “entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos em todos os níveis de complexidade do sistema”.

Nesse sentido, a Constituição Federal de 1988 determina, no seu Art. 198, que as ações e serviços públicos de saúde constituem um sistema único e integra uma rede regionalizada e hierarquizada, no sentido de oferecer um atendimento integral, com prioridade no desenvolvimento de ações preventivas sem, contudo, ser prejudicial aos serviços de assistência.

Para um melhor entendimento desse princípio, é preciso compreender o processo de descentralização do Estado, em relação ao sistema de saúde brasileiro.

Segundo Souza [*et.al*] (2010), no âmbito do SUS, essa descentralização política deve ser aperfeiçoada, para que União e os Estados exerçam sua autonomia de forma integrada, regionalizada e coordenada com cada município, para que todos se organizem e juntem esforços para o acesso às atividades preventivas na defesa da promoção, proteção e a recuperação da saúde, na sociedade.

Esse princípio se materializa através de ações e políticas específicas de atenção aos usuários do sistema saúde.

3.6.3 Princípio da Equidade

O princípio da equidade atenta para as diferenças e desigualdades que aparece em todo o contexto social do mundo moderno. É notório que ainda são imensas as disparidades sociais, em todas as regiões do Brasil. De acordo com o IBGE (2008), a expectativa de vida do brasileiro chega aproximadamente a 73 anos, mas no nordeste, por exemplo, tal situação é muito pior do que em regiões mais ricas, como no sul e no sudeste do país.

Segundo Motta (2008), os indivíduos de classes socioeconômicas menos favorecidas têm maiores chances de morrer e adoecer, chances que são amplificadas quando os indivíduos vivem em sociedades marcadas por profundas desigualdades sociais. Essa situação revela

de maneira contundente, a importância de se criarem políticas públicas de saúde consistentes, voltadas para a melhoria das condições de vida da população, associadas à renda, educação, melhores condições de trabalho, lazer, moradia, dentre outros fatores de forma equânime, equalizando ações voltadas para as características demográficas e socioeconômicas dos indivíduos, em todo o espaço social.

Além do mais, esse princípio tem uma relação direta com a igualdade dos indivíduos e, por isso, faz-se necessário buscar conceituar os termos “equidade e igualdade” para o melhor entendimento do assunto. De acordo com Ferreira (2006), equidade tem um caráter de reconhecer igualmente o direito de cada um, enquanto que igualdade representa uniformidade de condição, para todos os membros, em qualquer sociedade. Essa condição quer dizer igual acesso para igual necessidade (PIOLA, 2009). Sobre esse assunto, a Constituição Federal de 1988 e a Lei 8.080/90 preveem, de maneira expressa, o acesso igualitário às ações e aos serviços de saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.

Nesse intento, Pain (2009) ratifica a ideia quando diz que o acesso igualitário é um valor importante para a saúde de todos e que promover saúde significa fomentar, cultivar, estimular a qualidade de vida das pessoas e das comunidades.

Quanto ao acesso à saúde, o caminho a ser seguido será o respeito incondicional ao ser humano, equalizando as oportunidades, distribuição de renda, equalizando as distorções em benefício dos mais necessitados.

3.6.4 Regionalização e Hierarquização da Saúde

De acordo com a lei orgânica da saúde 8.080/90, no seu art. 198, o Sistema Único de Saúde integra ações de serviços de saúde, de forma regionalizada e hierarquizada, com uma direção única, em cada esfera de governo.

De acordo com Matta (2007):

Organizar o sistema de saúde com direção única em cada esfera de governo por meio da descentralização política, administrativa e financeira da União, estados e municípios é um meio para atingir os objetivos do SUS. Portanto, descentralização seria uma diretriz que obedece aos princípios do SUS [...] e tornou-se um traço estruturante do sistema de saúde brasileiro. (MATTA, 2007, p.65).

O processo de regionalização foi desenvolvido para dar assistência de saúde aos cidadãos em cada região de acordo com a realidade e as necessidades da sociedade com a proposta de garantir o acesso dos mesmos em todos os níveis da atenção, objetivando garantir a integralidade da assistência. Portanto, a compreensão desta organização é de muita importância, tendo em vista que o seu funcionamento, de certa forma, influencia os resultados dos serviços prestados a população. Sua relevância neste contexto, busca a partir da organização dos serviços ofertados em cada espaço territorial a eficiência e equidade quanto ao cuidado de saúde dos cidadãos.

Do ponto de vista da hierarquização, o acesso aos serviços de saúde será garantido por uma rede estruturada do menor nível de complexidade para o maior, e com tecnologia apropriada para cada nível (BAPTISTA, 2007). A referida autora deixa claro que todo cidadão será atendido, conforme suas necessidades, até o limite que o sistema pode oferecer.

Assim, esses princípios ou diretrizes contemplam um planejamento integrado na identificação das prioridades do sistema de saúde, de forma a garantir o acesso da população a todas as ações e serviços do SUS, com a proposta de solucionar os problemas de assistência à saúde, levando em consideração os recursos disponíveis.

3.6.5 Participação da Comunidade

A participação da população nas decisões tomadas no Sistema Único de Saúde foi outra conquista que se fundamentou, a partir da lei 8.142/90. De acordo com a referida lei, o SUS:

[...] contará em cada esfera de governo com as instâncias colegiadas representadas pelas conferências e conselhos de saúde. As primeiras compostas por vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde no país e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo, pelas próprias conferências ou pelos Conselhos de Saúde. O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. (Art. 1º § 1º e 2º, LEI 8.142/90).

Para a realização das responsabilidades do SUS, estruturou-se a gestão do sistema, segundo Luchese (1996), citado por Macedo (2005), a partir de:

Órgãos, organismos colegiados e instrumentos em cada esfera governamental, sendo que os órgãos do Poder Executivo responsáveis pela direção do SUS (Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais) devem atuar na formulação das políticas de saúde e na sua execução, com atividades de planejamento, regulação, normatização, controle e avaliação, de acordo com as competências e atribuições previstas para cada esfera de governo. (LUCHESE *apud* MACEDO, 2005. p. 34).

Nessa perspectiva, a saúde passou a ser reafirmada como uma conquista social e um direito, cujo pleno exercício implica garantir, entre outros pontos, a participação da sociedade na organização, no processo de gestão e, por fim, no controle dos serviços e ações de saúde (GUIZARDI *et.al.*, 2004). Dessa forma, o projeto político que fundamentou a democratização das políticas sociais de saúde no país, estruturou-se a partir de conferências nacionais, que discutiram as diretrizes e os pressupostos que orientaram a consolidação desse princípio.

CAPITULO 4

ANÁLISE DOS DEMONSTRATIVOS CONTÁBEIS E FINANCEIROS DA FUNÇÃO DE GOVERNO SAÚDE

Este capítulo tem como propósito analisar, de maneira crítica, as aplicações de recursos de alguns órgãos considerados nos Demonstrativos de Aplicação de Recursos, no Programa de Governo Saúde.

Os percentuais mínimos de aplicação de recursos, na área da saúde, para o Estado de Minas Gerais, correspondem – de acordo com a Emenda Constitucional 29, de 13 de setembro de 2000 – a 12% do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, alínea “a” e inciso II, da CF/88, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios mineiros.

Dessas receitas, o Estado de Minas Gerais deverá aplicar o percentual acima mencionado, devendo ser computadas as despesas que se realizar com recursos próprios.

De acordo com Andrade (2012), tratando-se de municípios, não devem ser consideradas, no percentual obrigatório destes, as despesas realizadas com base em recursos vinculados e recebidos da União, por já serem destinados a vínculos específicos da saúde, uma vez que são chamadas de transferências “Fundo a Fundo”. De forma análoga, a regra deve se estender aos Estados, tendo em vista que se trata da mesma obrigatoriedade e cumprimento da EC 29/2000.

As despesas realizadas com a utilização do “Fundo Estadual de Saúde”, devem ser consolidadas, para efeito de apuração do limite constitucional, desde que tenham sido pagas com recursos próprios do governo.

De acordo com a Lei 101/2000, no seu art. 50, Inciso I e § único do art. 8º e IN 19/2008 – Tribunal de Contas do Estado, os recursos repassados aos respectivos órgãos executores deverão ser depositados e movimentados em conta corrente específica para esse fim.

Considerar-se-ão como ações e serviços públicos, aplicados na saúde, somente as despesas legalmente empenhadas e liquidadas, nos termos da Lei 4.320/64 – Arts. 58 e 63,

respectivamente.⁹ Segundo a IN 19/2008, as ações e serviços de saúde, não integrantes do orçamento fiscal, não podem ser consideradas como legais, para o cumprimento da EC 29/2000.

A referida Instrução Normativa evidencia ainda que os recursos do orçamento fiscal do Estado, destinados às ações e serviços públicos de saúde, aplicados por meio do fundo de saúde, serão acompanhados e fiscalizados pelo Conselho de Saúde, sem prejuízo dos controles a cargo do órgão central do sistema de controle interno e do controle externo, este exercido pelo Poder Legislativo, com o auxílio do Tribunal de Contas do Estado.

Quadro 2 - Base de calculo de aplicação na saúde

(Art. 77 do ato das disposições constitucionais e transitórias (ADCT) Constituição Federal, emenda nº 29, de 13/09/2000)

Em Reais	
A – Impostos e Transferências Federais	
Imposto de Renda Retido nas Fontes sobre os Rendimentos do Trabalho – IRRF	
Imposto sobre a Propriedade de Veículo Automotores (IPVA)	
Imposto sobre Circulação de Mercadoria e Prestação de Serviços (ICMS)	
Imposto sobre Transmissão <i>Causa Mortis</i> e Doação, de quaisquer Bens ou Direitos ITCD	
B - Transferências Correntes	
Cota-Parte do IPI – Estados Exportadores de Produtos Industrializados	
Cota-Parte do Fundo de Participação dos Estados e Distrito Federal/FPE – Estado	
Transferência Financeira – Lei Complementar nº 87/96 (Lei Kandir)	
C - Outras Receitas Correntes	
1. Receita da Dívida Ativa Tributária dos Impostos	
Receita da Dívida Ativa Tributária do (ICMS)	
Receita da Dívida Ativa Tributária do (IPVA)	
Receita da Dívida Ativa Tributária do (ITCD)	
2. Multas e Juros de Mora e Correção Monetária dos Impostos	
Multas do (IPVA)	
Multas e Juros de Mora do (ICMS)	
Multas e Juros de Mora do (ITCD)	
SUBTOTAL = (A + B + C)	
D – Deduções	
1. Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores – IPVA	
Cota-Parte do Município (IPVA) (50%)	
2. Imposto sobre Circulação de Mercadoria e Prestação de Serviços – ICMS	
Cota-Parte do Município (ICMS) (25%)	
3. Transferências Correntes	
Cota-Parte dos Municípios (IPI) (25%)	
4. Multas e Juros de Mora e Correção Monetária dos Impostos	
Cota-Parte dos Municípios – Multas (IPVA)	
Cota-Parte dos Municípios – Multas (ICMS)	
5. Receita da Dívida Ativa Tributária dos Impostos	
Cota-Parte Municípios – Dívida Ativa Tributária do (ICMS)	
Cota-Parte Municípios – Dívida Ativa Tributária do (IPVA)	
02 - TOTAL DAS RECEITAS (A+B+C-D)	
03 - VALOR LEGAL DE APLICAÇÃO EM AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE 12%	
Contador/CRC:	

Fonte: Elaboração do autor.

⁹ Art. 58 – Lei 4.320/64. Empenho é o ato emanado de autoridade competente que cria para o Estado obrigação de pagamento pendente ou não de implemento de condição.

Art. 63 – Lei 4.320/64. A liquidação da despesa consiste na verificação do direito adquirido pelo credor, tendo por base os títulos e documentos comprobatórios do respectivo crédito.

Quadro 3 Demonstrativo dos Gastos em Ações e Serviços Públicos de Saúde

(Estadual) – (ART. 198, § 2.º, II da Constituição Federal)

Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais			
Anexo II- A			
Exercício:			
DEMONSTRATIVO DOS GASTOS EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE (ESTADUAL) (ART. 198, § 2.º, II DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL)			
Função Fonte 10	Subfunções	Programas	Especificação SAÚDE
	121	...	Planejamento e Orçamento
	122	...	Administração geral
	128	...	Formação de Recursos Humanos
	301	...	Atenção básica
	302	...	Assistência hospitalar e Ambulatorial
	303	...	Suporte profilático e terapêutico
	304	...	Vigilância sanitária
	305	...	Vigilância epidemiológica
	363	...	Ensino Profissional
	571	...	Desenvolvimento Científico
TOTAL			
Contador/CRC:		Responsável pelo Órgão Central do Sistema de Controle Interno:	

Fonte: Instrução TCE/MG 19/2008 – Disponível em www.tce.mg.gov.br. Acesso em 26/04/2012.

Diante do exposto, para início de análise, primeiro cabe mostrar um comparativo entre os percentuais apresentados pelo próprio governo e os considerados pelo Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), no período de 2002 a 2010, em cumprimento da Emenda 29 de 13/09/2000. De acordo com Departamento de Informática do SUS (DATASUS), o SIOPS é um instrumento de planejamento, gestão e controle social do Sistema Único de Saúde (SUS), que foi idealizado pelo Conselho Nacional de Saúde, em 1993, e institucionalizado no ano de 2000. Os dados declarados pelos entes federados, sobre as ações e serviços de saúde, são coletados, armazenados e

processados, gerando informações sobre receitas totais e despesas realizadas, na saúde das três esferas de governo: federal, estadual e municipal. Os gastos considerados pelo SIOPS, até o exercício de 2011, referem-se aos estabelecidos pela Resolução 322 de 08/05/2003, que nesse ano foi substituída pela Lei Complementar 141, de 14/01/2012.

Tabela 5 - Comparativo do percentual gasto com saúde do Governo do Estado de Minas Gerais (%) – 2002 a 2010.

Gastos com Saúde (%) Percentual exigido pela EC 29/2000

Ano	Mínimo Estabelecido pela EC 29/2000 (a)	Percentuais transmitidos pelo Estado ao SIOPS (b)	Cálculo do SIOPS/MS (c)	Diferença em (a-c)
2002	9,00	6,36	6,35	-2,65
2003	10,00	10,20	6,26	-3,74
2004	12,00	12,16	8,66	-3,34
2005	12,00	12,33	6,87	-5,13
2006	12,00	13,20	6,04	-5,96
2007	12,00	13,30	7,09	-4,91
2008	12,00	12,19	8,65	-3,35
2009	12,00	14,67	-	Não Disponível
2010	12,00	13,30	-	Não Disponível

Fonte: SIOPS/Notas Técnicas/Ministério da Saúde.

Tabela 6 - Comparativo de Gastos em Saúde (em termos monetários) no período de 2002 – 2010

Ano	Valor mínimo exigido (EC-29/2000) (a)	Valor transmitido ao SIOPS (b)	Valor considerado pelo SIOPS (c)	Em Reais
				Diferença (a-c)
2002	760.528.000	537.440.000	536.595.000	(223.933.000)
2003	1.084.958.000	1.106.657.000	679.183.000	(405.775.000)
2004	1.544.768.000	1.565.567.000	1.114.952.000	(429.816.000)
2005	1.803.106.000	1.852.248.000	1.032.278.000	(770.828.000)
2006	1.875.087.000	2.172.100.000	994.127.000	(880.960.000)
2007	2.237.995.000	2.482.038.000	1.322.282.000	(915.713.000)
2008	2.718.797.000	2.791.535.000	1.959.800.000	(758.997.000)
2009	2.617.137.000	3.361.271.000	Não disponível	-
2010	3.136.646.000	3.476.629.000	Não disponível	-

Fonte: SIOPS/Ministério da Saúde/Notas Técnicas disponíveis em www.siops.datasus.gov.br – Secretaria da Fazenda/MG

Conforme evidenciado nas Tabelas 5 e 6, há divergências entre os gastos de saúde considerados pelo Governo de Minas e aqueles considerados pelo SIOPS, determinados

pela Resolução CNS 322/2003. No período analisado, a diferença foi crescente, até o ano de 2007. Isso significou, aproximadamente, em termos monetários, quase R\$ 1.000.000,00 (Um bilhão de reais), nesse ano. Em 2008, a diferença apresentada diminuiu, mas, mesmo assim, as distorções prevaleceram, de acordo com o Ministério da Saúde. Com relação aos anos de 2009 e 2010, os dados ainda não foram disponibilizados pelo SIOPS.

As discrepâncias apontadas são ratificadas pelas Notas Técnicas, publicadas pelo SIOPS¹⁰. Tais divergências, de acordo com o estabelecido pela EC 29/2000 e pela Resolução CNS 322/2003 se devem, exclusivamente, a gastos considerados como “clientela fechada” e de acesso não universal e equânime tais como: Polícia Militar, Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais, Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais, Fundação Estadual de Meio Ambiente e Instituto da Previdência dos Servidores Militares do Estado de Minas Gerais.

Nesse sentido, Oliveira (2010) afirma que:

Há de se reconhecer, contudo, que o SIOPS não tem a palavra final sobre o que podem considerar despesas com saúde e nem dispõe de instrumentos de punição para o descumprimento da EC 29/00, e, neste caso, o Governo do Estado de Minas Gerais se encontra protegido por instruções do TCEMG que dá uma interpretação distinta do SIOPS sobre essas ações. (OLIVEIRA, 2010, p. 9).

Com a recente promulgação da Lei 141/2012, que veio regulamentar a EC 29/2000, o que se pode perceber é que os problemas enfrentados, principalmente pelos municípios mineiros, continuam sem perspectivas, no sentido de assegurar melhores condições e mecanismos de financiamentos de recursos para o setor saúde.

Sobre esse assunto, Mendes (2012) argumenta que:

As incertezas do financiamento do SUS prosseguem com a referida lei. Entende-se que ela não chega a resolver o problema da insuficiência de recursos da área, tampouco sua relação com as diversas fontes da Seguridade Social. É possível dizer que essa regulamentação constitui uma grande derrota para o financiamento das ações e dos serviços do Sistema Único de Saúde (MENDES, 2012, p. 48).

¹⁰ Notas Técnicas 53/2003, 10/2004, 09/2005, 49/2006, 08 e 21/2007, 54/2009, 19/2010 – Disponíveis em: www.sioms.datasus.gov.br – Acesso em 03/09/2012.

Com base nas afirmações desse autor e nos dispositivos da nova lei, pode-se afirmar que nenhum recurso novo foi destinado para garantir à sociedade um sistema integral, eficaz e universal. E com isso, o SUS manter-se-á com insuficiência de recursos, no atendimento às necessidades da população.

4.1 Comparativo da Aplicação de Recursos da Saúde com outros Estados da Federação

De acordo com o IBGE (2012), os três maiores estados da federação, em termos populacionais são: São Paulo, Minas Gerais e o Rio de Janeiro, respectivamente. Assim, como suporte para a análise da aplicação de recursos da saúde neste estudo, foi elaborado um levantamento de dados dos Estados de São Paulo e Rio Janeiro, com o intuito de verificar os pontos convergentes e divergentes, em termos de valores declarados e os aceitos pelo SIOPS/Ministério da Saúde, conforme as Tabelas 7 e 8.

Tabela 7 Comparativo do percentual gasto com saúde do Governo do Estado de São Paulo (%) – 2002 a 2010.

Gastos com Saúde (%) Percentual exigido pela EC 29/2000

Ano	Mínimo Estabelecido pela EC 29/2000 (a)	Percentuais transmitidos pelo Estado ao SIOPS (b)	Cálculo do SIOPS/MS (c)	Diferença em (a-c)
2002	9,48	11,76	10,74	1,26
2003	10,32	12,26	10,26	-0,06
2004	12,00	13,74	11,52	-0,48
2005	12,00	12,95	12,92	0,92
2006	12,00	12,80	11,63	-0,38
2007	12,00	13,07	12,08	0,08
2008	12,00	13,46	12,44	0,44
2009	12,00	12,66	Não Disponível	-
2010	12,00	12,63	Não Disponível	-

Fonte: SIOPS/Notas Técnicas/Ministério da Saúde.

Tabela 8 – Comparativo do percentual gasto com saúde do Governo do Estado de Rio de Janeiro (%) – 2002 a 2010.

Gastos com Saúde (%) Percentual exigido pela EC 29/2000

Ano	Mínimo Estabelecido pela EC 29/2000 (a)	Percentuais transmitidos pelo Estado ao SIOPS (b)	Cálculo do SIOPS/MS (c)	Diferença em (a-c)
2002	9,00	6,28	5,26	-3,74
2003	10,00	**	**	** ¹¹
2004	12,00	11,92	10,43	-1,57
2005	12,00	11,92	8,90	-3,10
2006	12,00	10,37	10,27	-1,73
2007	12,00	10,92	10,77	-1,23
2008	12,00	12,63	10,75	-1,25
2009	12,00	12,15	Não Disponível	-
2010	12,00	12,09	Não Disponível	-

Fonte: SIOPS/Notas Técnicas/Ministério da Saúde.

De acordo com as Tabelas 7 e 8, verifica-se que Minas Gerais é o estado em que o descumprimento da EC 29/2000 é mais acentuado. Em São Paulo, os percentuais de descumprimento são relativamente menores do que no Estado de Minas Gerais. Vale ressaltar que, na análise das Notas Técnicas, emitidas pela Câmara Técnica de Avaliação e Orientação do SIOPS, os motivos de tais divergências apresentam, em parte, algumas semelhanças como, por exemplo, assistência médica ao servidor público, secretaria da segurança pública, caixa beneficente da polícia militar, secretaria do emprego e relações do trabalho, casa civil, encargos gerais do estado – SEF e fundo único de previdência do estado, que a Resolução 322/2003 denomina como “clientela fechada”.

No Estado do Rio de Janeiro, a situação se agrava mais do que em São Paulo, principalmente nos anos de 2002 e 2005, e menos do que em Minas Gerais, a partir de 2003 a 2008. As causas das divergências do Rio de Janeiro são, em grande parte, as mesmas dos outros dois estados analisados, como realização de despesas do fundo único de previdência do estado, instituto de assistência dos servidores estaduais e encargos gerais do estado – SEF.

¹¹ Nota: (**) dados não transmitidos ao SIOPS.

Seguindo a análise, será demonstrada a evolução da arrecadação de receita do Estado de Minas, onde a decisão de se investir mais recursos na saúde estadual deverá partir do próprio gestor público, conforme dispõem os dados a seguir.

4.2 Evolução da Receita Arrecadada do Estado de Minas Gerais no período 2002 – 2010

Para subsidiar a análise dos gastos no setor saúde de Minas Gerais, faz-se necessário elaborar um levantamento da conduta da receita arrecadada, no período de 2002 a 2010.

O critério adotado para o levantamento destes dados, inicialmente, evidenciará, de forma analítica, os impostos que compõem a base de cálculo de aplicação na saúde, conforme determina a EC 29/2000 e, depois, o restante dos impostos, que compõem o orçamento fiscal, serão elencados de maneira sintética, e serão chamados de “Demais Receitas”, visto a importância e o desenvolvimento do estudo.

Quadro 4 – Evolução da Receita Arrecadada, no Estado de Minas Gerais, no período de 2002 a 2010

Receita Arrecadada	Em Reais			
	2002	2003	2004	2005
Imposto de Renda Retido nas Fontes sobre os Rendimentos do Trabalho – IRRF	624.438.421	695.883.172	742.050.980	737.006.000
Imposto sobre a Propriedade de Veículo Automotores (IPVA)	720.890.039	740.677.046	931.865.338	1.086.501.000
Imposto sobre Circulação de Mercadoria e Prestação de Serviços (ICMS)	9.397.793.044	10.835.787.773	12.931.305.863	15.184.191.000
Imposto sobre Transmissão Causa Mortis e Doação, de quaisquer Bens ou Direitos (ITCD)	26.333.106	33.508.840	49.025.371	83.754.000
Cota-Parte do IPI – Estados Exportadores de Produtos Industrializados	244.414.165	205.995.441	244.553.009	277.737.000
Cota-Parte do Fundo de Participação dos Estados e Distrito Federal/FPE – Estado	929.817.631	967.292.499	1.066.226.626	1.334.437.000
Transferência Financeira – Lei Complementar nº 87/96 (Lei Kandir)	382.539.565	311.859.328	329.055.570	329.056.000
Receita da Dívida Ativa Tributária do (ICMS)	46.450.252	107.794.105	232.141.959	180.181.000
Receita da Dívida Ativa Tributária do (IPVA)	0,00	0,00	0,00	0,00
Receita da Dívida Ativa Tributária do (ITCD)	34.576	40.887	59.146	90.905
Multas do (IPVA)	18.515.969	24.862.201	29.708.846	33.934.186
Multas e Juros de Mora do (ICMS)	100.857.864	120.642.107	201.828.241	331.695.000
Multas e Juros de Mora do (ITCD)	68.389	71.279	154.158	959.909
Subtotal das Receitas que compõem a Base de Cálculo dos Recursos Aplicados à Saúde (1)	12.492.153.021	14.044.414.678	16.757.975.107	19.579.543.000
Demais Receitas (2)	3.767.957.367	3.710.004.346	1.597.922.170	2.226.343.766
TOTAL GERAL (1 +2)	16.260.110.388	17.754.419.024	18.355.897.277	21.805.886.766

Fonte: Demonstrações Contábeis – Secretaria da Fazenda – Disponíveis em www.fazenda.mg.gov.br.

Continuação...

Receita Arrecadada	Em Reais				
	2006	2007	2008	2009	2010
Imposto de Renda Retido nas Fontes sobre os Rendimentos do Trabalho – IRRF	992.155.495	1.041.495.583	1.388.426.788	1.285.646.836	1.564.591.280
Imposto sobre a Propriedade de Veículo Automotores (IPVA)	1.348.981.788	1.588.073.555	1.838.620.700	2.075.812.228	2.288.466.007
Imposto sobre Circulação de Mercadoria e Prestação de Serviços (ICMS)	16.662.216.269	18.972.267.718	22.541.992.042	22.002.958.233	26.272.150.160
Imposto sobre Transmissão Causa Mortis e Doação, de quaisquer Bens ou Direitos (ITCD)	89.494.271	125.997.201	170.413.492	195.565.796	259.154.866
Cota-Parte do IPI – Estados Exportadores de Produtos Industrializados	307.856.776	366.924.595	431.345.653	340.194.076	487.723.175
Cota-Parte do Fundo de Participação dos Estados e Distrito Federal/FPE – Estado	1.476.845.480	1.710.329.734	2.091.738.316	2.016.018.243	2.172.910.478
Transferência Financeira – Lei Complementar nº 87/96 (Lei Kandir)	188.723.047	188.723.047	188.723.047	188.723.047	188.723.047
Receita da Dívida Ativa Tributária do (ICMS)	191.146.164	144.858.111	611.382.619	150.808.237	651.882.544
Receita da Dívida Ativa Tributária do (IPVA)	10.190	757.842	1.638.819	1.916.178	4.478.291
Receita da Dívida Ativa Tributária do (ITCD)	62.981	39.006	446.645	368.061	826.215
Multas do (IPVA)	42.797.670	52.474.866	58.076.401	63.655.379	81.301.745
Multas e Juros de Mora do (ICMS)	190.280.488	199.293.293	230.376.313	239.231.900	267.011.053
Multas e Juros de Mora do (ITCD)	2.254.548	3.090.656	3.534.632	6.959.168	7.800.828
Subtotal das Receitas que compõem a Base de Cálculo dos Recursos Aplicados à Saúde (1)	21.492.825.167	24.394.325.207	29.556.715.467	28.567.857.382	34.247.019.689
Demais Receitas (2)	2.988.443.124	3.373.879.055	4.621.906.726	5.810.870.055	5.509.422.159
TOTAL GERAL (1 +2)	24.481.268.291	27.768.204.262	34.178.622.193	34.378.727.437	39.756.441.848

Fonte: Demonstrações Contábeis – Secretaria da Fazenda – Disponíveis em www.fazenda.mg.gov.br.

De acordo com o Quadro 4, durante o período de 2002 a 2010, a arrecadação total do Estado aumentou, em todos os anos pesquisados. É importante ressaltar que os valores informados, nos subtotais, são valores brutos, sem desconsiderar aqueles constitucionais transferidos aos municípios, os quais fazem parte da metodologia da aplicação de recursos, determinada pela EC 29/2000 que, em 2010, deverá ser considerado 12% sobre a base de cálculo dos recursos aplicados à saúde. Portanto, se comparado o último ano da análise com o primeiro ano do governo Aécio Neves, (2003) a arrecadação total do estado sofreu um crescimento significativo, aproximando-se de 150%. Da mesma maneira, se comparado os valores que compõem a base de cálculo de 2010, em relação ao ano de 2002, a evolução dos montantes arrecadados supera esse percentual. E, mesmo assim, conforme pode ser observado na Tabela 5, somente em 2009, o percentual transmitido pelo Estado ao SIOPS superou 2%, ou seja, extremamente insignificante, se confrontado com o percentual de crescimento da receita arrecadada. Por outro lado, se se levar em consideração os percentuais calculados pelo SIOPS/MS, constantes na referida tabela, a situação se agrava, de forma expressiva, uma vez que de 2002 até 2008, o Governo de Minas não cumpriu com o que determina a Constituição Federal/88, tratando-se da aplicação de recursos na saúde, segundo o Ministério da Saúde.

4.3 Composição dos gastos em saúde do Governo do Estado de Minas Gerais, em relação aos dispositivos legais e constitucionais.

Neste subitem, antes de serem analisados os gastos realizados, no setor saúde, no Estado de Minas Gerais, no período de 2002 – 2010, seguindo os preceitos da Emenda Constitucional 29, de 13/09/2000, em consonância com art. 77 do Ato das Disposições Constitucionais e Transitórias (ADCT), Constituição Federal/88, faz-se necessário relacionar os órgãos que fizeram parte dos Demonstrativos Contábeis de Aplicação de Recursos na Saúde, no período analisado, conforme dispõe o Quadro 5. Depois, no Quadros 6, serão evidenciados em quais anos ocorrem os referidos gastos, em cada órgão/unidades orçamentárias, contidos nos referidos demonstrativos. Como fonte complementar para análise, será evidenciado no Quadro 7, um levantamento das despesas realizadas e dos créditos orçamentários autorizados nos orçamentos, pelo povo, por meio de seus representantes na Assembleia Legislativa. Cabe ressaltar que os créditos aprovados são disponibilizados para cada órgão do Estado, por um período de 12 meses, pela Lei Orçamentária Anual, não podendo ser realizada nenhum tipo de despesa de valor superior a estes. Há exceção, quando do surgimento de novas fontes de

financiamento de recursos, possibilitando a abertura de crédito especial, desde que autorizado pelo legislativo. As despesas realizadas, demonstradas no Quadro 7, estão evidenciadas na sua totalidade. No decorrer da análise dos dados, tais valores serão utilizados como fonte de comparação com aqueles elencados no Quadro 8, publicados pelo Governo, como gastos efetivos no programa de saúde. Juntamente com a análise dos dados seguintes, cabe ainda comentar sobre cada órgão contido nos Demonstrativos da Aplicação de Recursos, nas Ações e Serviços Públicos de Saúde, levantando informações acerca de qual é o papel de cada um, dentro do Estado e, em alguns casos, a área de abrangência, em torno de Minas Gerais.

Por fim, será efetuado o levantamento da evolução da arrecadação da receita do Estado, e a análise detalhada dos gastos efetivados na saúde de cada órgão/unidade orçamentária.

Quadro 5 – Relação de Órgãos do Governo do Estado de Minas Gerais utilizados para Aplicação de Recursos na Saúde

Sigla	Descrição
CAADE	Coordenadoria Especial de Apoio e Assistência à Pessoa com Deficiência
CBMMG	Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Minas Gerais
COPASA	Companhia de Saneamento do Estado de Minas Gerais
ESP	Escola de Saúde Pública
FEAM	Fundação Estadual de Meio Ambiente
FES	Fundo Estadual de Saúde
FHEMIG	Fundação Hospitalar Estado de Minas Gerais
FUNED	Fundação Ezequiel Dias
HEMOMINAS	Fundação Centro Hematologia e Hemoterapia MG
IMA	Instituto Mineiro de Agropecuária
IPSEMG	Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais
IPSMMG	Instituto de Previdência dos Servidores Militares do Estado de Minas Gerais
PMMG	Polícia Militar de Minas Gerais
SEDRU	A Secretaria de Estado de Desenvolvimento Regional e Política Urbana
SEDS	Secretaria de Estado Defesa Social
SEF/MG	Secretaria de Estado de Fazenda
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SETOP	Secretaria de Transporte e Obras Públicas
UNIMONTES	Universidade Estadual de Montes Claros

Fonte: Elaborado pelo autor.

Quadro 6 – Levantamento dos Órgãos/Unidades Orçamentárias/Gastos Realizados na Saúde de Minas Gerais – Período 2002 a 2010

Órgão/Unidade Orçamentária/Despesa Realizada	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Benefícios Previdenciários									
FHEMIG – Fonte 10 – Grupo 1			X	X	X	X	X	X	
FUNED – Fonte 10 – Grupo 1			X	X	X	X	X	X	
HEMOMINAS – Fonte 10 – Grupo 1			X	X	X	X	X	X	
IMA			X	X					
IPSEMG – Fontes 10 e 42 – Aposentadorias e Proventos – Grupo 1			X	X	X	X	X	X	
Secretaria de Estado de Saúde – Fonte 10 – Grupo 1			X		X				
Companhia de Saneamento do Estado de Minas Gerais		X	X						
Coordenadoria de Apoio à Pessoa Deficiente		X	X						
Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Minas Gerais		X	X	X	X				
EGE - Secretaria de Estado de Fazenda - Encargos Diversos			X	X	X	X			
Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais						X	X	X	X
Expansão e garantia dos serviços de abastecimento de água em localidades c/ concessão da COPASA					X	X	X	X	X
Expansão e garantia dos serviços de esgoto sanitário em localidades c/concessão da COPASA				X	X	X	X	X	X
Fundação Centro de Hematologia e Hematerapia de Minas Gerais – HEMOMINAS	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Fundação Estadual de Saúde – FES	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Fundação Estadual do Meio Ambiente		X	X	X	X				
Fundação Ezequiel dias – FUNED	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Fundação Hospitalar Estado de Minas Gerais – FHEMIG	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Implantação sistemas de trat. de esgoto sanitário em localidade c/concessão da COPASA				X	X	X	X	X	X
Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais		X	X	X	X	X	X	X	X
Instituto de Previdência dos Servidores Militares do Estado de Minas Gerais			X	X	X	X	X	X	X
Instituto Mineiro de Agropecuária		X	X						
Polícia Militar do Estado de Minas Gerais		X		X	X	X	X	X	X
Publicação de Atos e Materiais no Órgão Oficial do Estado – Setor Saúde							X	X	X
Secretaria de Estado da Saúde	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Secretaria de Estado de Defesa Social				X	X	X	X	X	X
Secretaria de Estado de Desenvolvimento Regional e Política Urbana						X		X	X
Secretaria de Estado de Transporte e Obras Públicas	X	X	X	X					
Secretaria de Estado e Desenvolvimento Urbano		X							
Universidade Estadual de Montes Claros		X	X	X	X	X	X	X	X

Fonte: Demonstrativos Contábeis/Relatórios de Auditoria – Secretaria da Fazenda.

Quadro 7 Demonstrativo de créditos autorizados x despesas realizadas dos Orçamentos Anuais
Período de 2002 a 2010

Em Reais

ÓRGÃOS/ UNIDADE ORÇAMENTÁRIA	2002		2003		2004		2005		2006	
	Créditos Autorizados	Despesas Realizadas	Créditos Autorizados	Despesas Realizadas	Créditos Autorizados	Despesas Realizadas	Créditos Autorizados	Despesas Realizadas	Créditos Autorizados	Despesas Realizadas
SETOP	344.900.000	129.432.000	146.810.000	86.394.000	336.946.000	179.183.000	504.280.000	371.253.000	743.533.000	596.673.000
SES	202.417.000	195.666.000	207.791.000	189.785.000	158.634.000	157.540.000	169.973.000	169.847.000	193.147.000	192.203.000
FUNED	85.473.000	58.792.000	76.197.000	52.094.000	80.711.000	58.318.000	108.094.000	72.945.000	113.250.000	80.761.000
FHEMIG	374.996.000	338.054.000	381.994.000	331.053.000	385.761.000	345.933.000	411.353.000	399.684.000	459.764.000	444.838.000
HEMOMINAS	54.494.000	48.284.000	64.946.000	55.532.000	82.539.000	61.670.000	71.529.000	66.781.000	83.250.000	71.288.000
FES	812.498.000	529.127.000	865.414.000	701.769.000	1.053.669.000	989.323.000	1.035.692.000	1.007.151.000	1.137.654.000	1.085.591.000
IMA	41.438.000	38.446.000	40.491.000	36.497.000	33.622.000	30.624.000	34.419.000	32.256.000	46.338.000	42.654.000
UNIMONTES	51.831.000	44.962.000	51.986.000	48.464.000	52.546.000	48.948.000	65.632.000	60.525.000	84.583.000	80.324.000
PMMG	1.801.524.000	1.766.367.000	1.808.645.000	1.793.571.000	1.940.272.000	1.902.228.000	2.279.343.000	2.262.951.000	2.664.111.000	2.644.258.000
CBMMG	116.303.000	113.124.000	127.034.000	124.056.000	150.106.000	140.969.000	204.918.000	194.787.000	251.753.000	226.197.000
CAADE	0,00	0,00	620.000	385.000	473.000	429.000	321.000	300.000	2.208.000	2.171.000
FEAM	24.410.000	14.931.000	21.264.000	16.083.000	24.921.000	15.505.000	21.802.000	15.975.000	22.565.000	21.998.000
IPSEMG	0,00	0,00	1.071.880.000	996.867.000	467.039.000	425.026.000	508.587.000	444.126.000	499.970.000	478.188.000
IPSMMG	360.674.000	354.596.000	391.903.000	370.448.000	450.506.000	423.960.000	550.061.000	513.465.000	596.084.000	554.545.000
COPASA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	409.864.000	0,00	0,00	0,00	939.042.000
SEF	744.264.000	712.778.000	744.410.000	734.561.000	393.932.000	387.754.000	446.805.000	434.200.000	492.148.000	476.031.000
SEDS	0,00	0,00	155.312.000	143.774.000	190.574.000	157.917.000	278.870.000	216.755.000	356.467.000	336.125.000
SEDRU	0,00	0,00	45.494.000	11.246.000	26.652.000	14.519.000	41.314.000	19.874.000	26.930.000	18.854.000
ESP	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAIS	5.015.222.000	4.344.559.000	6.202.191.000	5.692.579.000	5.828.903.000	5.749.710.000	6.732.993.000	6.282.875.000	7.773.755.000	8.291.741.000

Fonte: Demonstrações Contábeis – 2002 a 2010. Disponíveis em www.fazenda.mg.gov.br

Continuação...

Em Reais

ÓRGÃOS/ UNIDADE ORÇAMENTÁRIA	2007		2008		2009		2010	
	Créditos Autorizados	Despesas Realizadas	Créditos Autorizados	Despesas Realizadas	Créditos Autorizados	Despesas Realizadas	Créditos Autorizados	Despesas Realizadas
SETOP	414.034.000	339.879.000	644.733.000	556.405.000	591.640.000	451.122.000	1.035.436.000	994.278.000
SES	210.418.000	207.709.000	237.629.000	235.501.000	249.739.000	248.620.000	282.612.000	279.167.000
FUNED	113.518.000	91.896.000	121.673.000	73.003.000	136.269.000	87.292.000	251.788.000	224.484.000
FHEMIG	469.725.000	448.823.000	543.170.000	536.967.000	606.293.000	585.000.000	658.606.000	632.023.000
HEMOMINAS	89.376.000	80.096.000	96.311.000	90.935.000	111.601.000	107.251.000	126.766.000	113.193.000
FES	1.465.732.000	1.372.693.000	1.942.181.000	1.902.322.000	2.294.034.000	2.127.704.000	2.474.507.000	2.358.818.000
IMA	50.498.000	47.175.000	79.327.000	74.311.000	84.046.000	77.399.000	98.274.000	87.344.000
UNIMONTES	102.172.000	95.113.000	118.997.000	112.555.000	168.292.000	141.773.000	188.095.000	169.263.000
PMMG	2.867.523.000	2.857.198.000	3.071.746.000	3.053.150.000	3.791.887.000	3.709.682.000	4.554.226.000	4.512.425.000
CBMMG	271.738.000	255.619.000	318.025.000	311.760.000	350.624.000	337.857.000	441.304.000	409.899.000
CAADE	37.000	21.000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FEAM	22.315.000	19.050.000	24.198.000	22.793.000	26.284.000	24.140.000	24.110.000	22.758.000
IPSEMG	576.657.000	559.547.000	730.918.000	691.577.000	686.182.000	646.151.000	749.241.000	716.801.000
IPSMMG	641.495.000	605.342.000	751.180.000	674.706.000	783.715.000	734.464.000	933.971.000	845.818.000
COPASA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
SEF	576.304.000	5.547.947.000	693.937.000	674.364.000	672.277.000	633.638.000	900.249.000	848.904.000
SEDS	458.352.000	450.538.000	705.953.000	653.036.000	806.696.000	747.026.000	992.179.000	900.873.000
SEDRU	124.973.000	35.348.000	64.686.000	48.367.000	104.146.000	70.796.000	57.176.000	50.403.000
ESP	7.067.000	4.936.000	20.233.000	16.729.000	32.452.000	13.518.000	35.325.000	19.626.000
TOTAIS	8.461.934.000	13.018.930.000	10.164.897.000	9.728.481.000	11.496.177.000	10.743.433.000	13.803.865.000	13.186.077.000

Fonte: Demonstrações Contábeis – 2002 a 2010. Disponíveis em www.fazenda.mg.gov.br

Quadro 8 Valores Gastos em Saúde, oriundos da Base Cálculo, realizados pelos Órgãos/Unidades Orçamentárias no Estado de Minas Gerais.

Órgão/Unidade Orçamentária/Despesa Realizada	Em Reais									Valores Acumulados em 2010
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
Benefícios Previdenciários										
FHEMIG – Fonte 10 – Grupo 1	0,00	0,00	14.766.000	14.927.000	19.693.000	23.237.000	30.389.000	36.059.000	42.863.000	181.934.000
FUNED – Fonte 10 – Grupo 1	0,00	0,00	3.132.000	3.135.000	3.717.000	3.975.000	5.181.000	5.225.000	6.278.000	30.643.000
HEMOMINAS – Fonte 10 – Grupo 1	0,00	0,00	425.000	606.000	664.000	827.000	1.206.000	1.312.000	1.656.000	6.696.000
IMA	0,00	0,00	6.853.000	7.248.000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	14.101.000
IPSEMG – Fontes 10 e 42 – Aposentadorias e Proventos – Grupo 1	0,00	0,00	70.027.000	64.016.000	82.107.000	82.839.000	93.042.000	94.280.000	94.421.000	577.312.000
Secretaria de Estado de Saúde – Fonte 10 – Grupo 1	0,00	0,00	50.064.000	54.169.000	61.022.000	65.657.000	73.597.000	94.312.000	81.480.000	480.301.000
Companhia de Saneamento do Estado de Minas Gerais	0,00	0,00	317.114.000	479.938.000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	797.052.000
Coordenadoria de Apoio à Pessoa Deficiente	0,00	2.000	56.000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	58.000
Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Minas Gerais	0,00	33.000	16.000	9.000	11.000	0,00	0,00	0,00	0,00	69.000
EGE - Secretaria de Estado de Fazenda – Encargos Diversos	0,00	0,00	1.136.000	2.015.000	2.404.000	2.564.000	0,00	0,00	0,00	8.119.000
Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.463.000	5.887.000	5.405.000	15.360.000	28.115.000
Expansão e garantia dos serviços de abastecimento de água em localidades c/ concessão da COPASA	0,00	0,00	0,00	0,00	389.347.000	360.890.000	397.010.000	516.072.000	358.716.000	2.022.035.000
Expansão e garantia dos serviços de esgoto sanitário em localidades c/concessão da COPASA	0,00	0,00	0,00	0,00	350.774.000	352.195.000	250.964.000	266.936.000	286.393.000	1.507.262.000
Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia de Minas Gerais – HEMOMINAS	11.327.000	16.968.000	24.072.000	22.021.000	24.738.000	27.603.000	34.435.000	45.376.000	50.577.000	257.117.000
Fundação Estadual de Saúde – FES	31.573.000	198.497.000	421.928.000	410.930.000	388.463.000	616.230.000	921.219.000	956.070.000	1.170.671.000	5.115.081.000

Fonte: Demonstrativos Contábeis/Relatórios de Auditoria – Secretaria da Fazenda – Adaptado pelo autor.

Continuação...

Em Reais

Órgão/Unidade Orçamentária/Despesa Realizada	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Valores Acumulados em 2010
Fundação Estadual do Meio Ambiente	0,00	2.880.000	2.379.000	3.458.000	2.476.000	0,00	0,00	0,00	0,00	11.193.000
Fundação Ezequiel dias – FUNED	17.112.000	21.708.000	20.785.000	28.685.000	20.879.000	38.398.000	35.374.000	45.958.000	55.255.000	284.154.000
Fundação Hospitalar Estado de Minas Gerais – FHEMIG	260.549.000	259.092.000	272.471.000	305.159.000	320.792.000	351.137.000	408.740.000	451.934.000	488.894.000	3.118.768.000
Implantação sistemas de tratamento de esgoto sanitário em localidades c/concessão da COPASA	0,00	185.538.000	0,00	24.504.000	67.437.000	52.356.000	131.972.000	228.099.000	171.089.000	860.995.000
Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais	0,00	136.184.000	87.078.000	100.147.000	111.037.000	121.734.000	136.268.000	148.277.000	166.834.000	1.007.559.000
Instituto de Previdência dos Servidores Militares do Estado de Minas Gerais	0,00	33.217.000	76.356.000	110.430.000	109.170.000	121.644.000	166.510.000	171.902.000	149.395.000	938.624.000
Instituto Mineiro de Agropecuária	0,00	29.978.000	25.011.000	28.132.000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	83.121.000
Polícia Militar do Estado de Minas Gerais	0,00	7.978.000	9.143.000	13.947.000	15.410.000	14.109.000	16.984.000	16.913.000	15.550.000	110.034.000
Publicação de Atos e Materiais no Órgão Oficial do Estado – Setor Saúde	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2.787.000	2.600.000	3.311.000	8.698.000
Secretaria de Estado da Saúde	195.606.000	189.767.000	157.533.000	169.137.000	191.599.000	207.709.000	235.501.000	248.620.000	279.167.000	1.874.639.000
Secretaria de Estado de Defesa Social	0,00	0,00	0,00	2.066.000	2.702.000	5.030.000	6.527.000	7.424.000	9.874.000	33.623.000
Secretaria de Estado de Desenvolvimento Regional e Política Urbana	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	13.401.000	0,00	255.000	9.609.000	23.265.000
Secretaria de Estado de Transporte e Obras Públicas	328.000	6.286.000	1.000	2.506.000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	9.121.000
Secretaria de Estado e Desenvolvimento Urbano	0,00	3.000.000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3.000.000
Universidade Estadual de Montes Claros	0,00	5.528.000	5.042.000	5.062.000	7.657.000	19.038.000	17.941.000	18.240.000	19.235.000	97.743.000
VALOR TOTAL	516.495.000	1.096.656.000	1.565.388.000	1.852.247.000	2.172.099.000	2.482.036.000	2.971.534.000	3.361.269.000	3.476.628.000	19.585.352.000

Fonte: Demonstrativos Contábeis/Relatórios de Auditoria – Secretaria da Fazenda –Adaptado pelo autor.

4.4 Análise dos Gastos Realizados pelos Órgãos que compõem a aplicação de recursos na saúde

Nesta parte, serão analisados os gastos realizados em cada órgão considerados como aplicação de recursos, na função de governo saúde, conforme disposto nos Demonstrativos de Aplicação, Recursos nas Ações e Serviços Públicos de Saúde.

4.5 Benefícios Previdenciários

No período de 2004 a 2009, foram consideradas despesas de saúde relacionadas a benefícios previdenciários dos órgãos FHEMIG, FUNED, HEMOMINAS, IMA, IPSEMG (Aposentadorias e Proventos) e Secretaria de Estado da Saúde. De acordo com a legislação da saúde, não constituirão despesas com ações e serviços públicos de saúde, para fins de apuração dos percentuais mínimos, o pagamento de aposentadorias e pensões, o que representa benefícios previdenciários, principalmente da saúde. Em 2010, houve um montante acumulado de R\$ 1.494.033.000,00 (Um bilhão, quatrocentos e noventa e quatro milhões e trinta e três mil reais) que, de certa forma, não pode ser considerado como despesas realizadas em saúde, pelo motivo anteriormente citado.

4.6 Secretarias e Coordenadorias de Governo

4.6.1 EGE – Secretaria de Estado de Fazenda – SEF/MG/Encargos Diversos (SEF)

A Secretaria de Estado de Fazenda de Minas Gerais tem por finalidade planejar, coordenar, executar e avaliar a política tributária e fiscal, bem como gerir os recursos financeiros necessários à consecução dos objetivos da Administração Pública Estadual, responsabilizando-se pelo seu provimento, controle e administração, formulando e implementando políticas que garantam a justiça fiscal, o equilíbrio das contas públicas e o desenvolvimento de ações de governo, em benefício da sociedade mineira.¹² Tratando-se de saúde, o total de despesas dessa secretaria, considerada nos demonstrativos da saúde, refere-se, segundo o quadro de detalhamento de despesa/2004-2006, a gestão da dívida contratada interna, no intuito de financiar ações e serviços públicos de saúde.

¹² Informações disponíveis em: <http://www.fazenda.mg.gov.br/>

De acordo com a sétima diretriz § 2º da Resolução/CNS 322/2003:

As despesas com ações e serviços públicos de saúde financiadas com receitas oriundas de operações de crédito contratadas para essa finalidade não integrarão o montante considerado para o cálculo do percentual mínimo constitucionalmente exigido, no exercício em que ocorrerem. (RESOLUÇÃO/CNS, 2003. p.5)

Dessa forma, entende-se que os gastos realizados na saúde, nesse sentido, não condizem com a legislação vigente.

4.6.2 Secretaria de Estado da Saúde – SES

Esse órgão tem como responsabilidade promover, formular, regular e fomentar as políticas de saúde, abrangendo todo o Estado de Minas Gerais, assegurando as necessidades da população, dentro dos princípios do SUS.¹³

Conforme pode ser verificado no Quadro 8, a despesa realizada na saúde, no período analisado, refere-se a recursos de livre utilização, o que demonstra valores oriundos da arrecadação do orçamento fiscal, conforme preconiza a legislação vigente. Por outro lado, no Quadro 9, ficou evidenciado que o Fundo Nacional de Saúde (FNS) transferiu um montante de recursos considerável para a Secretaria de Estado da Saúde, no período analisado, por meio da chamada transferência fundo a fundo. A despesa total de cada órgão, em cada exercício, está limitada ao montante de crédito autorizado ou aprovado, no orçamento anual, pelo legislativo. Portanto, se compararmos o total de crédito autorizado,¹⁴ com os valores repassados nas transferências efetuadas pelo Fundo Nacional para SES, percebe-se que, a partir de 2004 até 2009, as quantias repassadas foram muito superiores aos créditos autorizados pelo legislativo, caracterizando, assim, a não utilização dos recursos transferidos do governo federal ao sistema de saúde estadual.

¹³ Informações disponíveis em: <http://www.saude.mg.gov.br/>.

¹⁴ Refere-se a dotações fixadas no Orçamento Anual, para que o Gestor Público possa realizar despesas. Tal permissão é dada pelo povo, mediante os seus representantes no legislativo (grifo nosso).

Quadro 9 Valores Comparados dos Créditos Autorizados/Despesa Realizadas/Repasse Fundo Nacional de Saúde para Secretaria de Estado da Saúde (SES)

Em Reais							
Período	Crédito Autorizado	Despesa Realizada total	Valor gasto na SES informado para o SIOPS	Restos a Pagar Processados do Exercício Analisado	Restos a Pagar Não Processados do Exercício Analisado	Repasse do Fundo Nacional no Exercício analisado referente ao Exercício Anterior	Transferência de Recursos do FNS/SES, referente ao Exercício. Analisado
2002	202.417.000	195.666.000	195.606.000	7.052.000	984.000	3.415.000	78.741.000
2003	207.791.000	189.785.000	189.767.000	5.016.000	197.000	32.689.000	160.786.000
2004	158.634.000	157.540.000	157.533.000	2.973.000	1.655.000	49.554.000	489.888.000
2005	169.973.000	169.847.000	169.137.000	2.663.000	7.632.000	57.169.000	509.979.000
2006	193.147.000	192.203.000	191.599.000	388.000	3.003.000	61.207.000	614.735.000
2007	210.418.000	207.709.000	207.709.000	365.000	2.323.000	56.027.000	737.074.000
2008	237.629.000	235.501.000	235.501.000	185.000	2.605.000	31.111.000	902.991.000
2009	249.739.000	248.620.000	248.620.000	298.000	3.305.000	58.952.000	1.001.400.000
2010	282.612.000	279.167.000	279.167.000	931.000	2.988.000	72.870.000	0,00
VALOR TOTAL DE RESTOS A PAGAR				19.871.000	24.692.000		

Fonte: Demonstrações Contábeis – Secretaria da Fazenda de Minas Gerais.

Quadro 10 Despesa Realizada por Fonte de Recursos da Secretaria Estadual de Saúde informada ao SIOPS

Exercício	Fonte Recurso	Procedência	Valor Despesa Realizada	Valor Considerado como Gasto de Saúde (Estado)
2002	10	1	195.606.000	195.606.000
2003	10	1	189.767.000	189.767.000
2004	10	1	157.533.000	157.533.000
2005	10	1	169.137.000	169.137.000
2006	10	1	191.599.000	191.599.000
2007	10	1	207.709.000	207.709.000
2008	10	1	235.501.000	235.501.000
2009	10	1	248.620.000	248.620.000
2010	10	1	279.167.000	279.167.000
TOTAL GERAL (2002-2010)			1.874.639.000	1.874.639.000

Fonte: Armazém SIAFI/MG – Acesso em 19/09/2012; Demonstrativos – Secretaria da Fazenda - SEF/MG

4.6.3 Secretaria de Estado de Defesa Social (SEDS)

A Secretaria de Estado de Defesa Social (SEDS) foi criada em 2003, e é responsável pelo delineamento da Política Estadual de Segurança Pública, no combate à criminalidade.¹⁵ Somente a partir de 2005, exceto o ano de 2008, é que foram aplicados, segundo os registros, recursos em ações como a manutenção dos hospitais psiquiátricos e de toxicômanos, nas unidades prisionais do Estado. O total gasto em saúde, no ano de 2010, concretizou-se em pouco menos de R\$ 10.000.000,00 (Dez milhões de reais), o que corresponde menos de 2% da despesa realizada, nesse mesmo ano. Dessa forma, percebe-se que os gastos em saúde, realizados dentro dos sistemas prisionais, ainda se encontram muito reduzidos, justificando a falta de assistência e condições mínimas de sobrevivência, dentro dessas unidades, no interior do Estado. As despesas realizadas se encontram embasadas no inciso XIII – sexta diretriz, atendido o disposto na Lei 8.080/90.

4.6.4 Secretaria de Estado de Desenvolvimento Regional e Política Urbana (SEDRU)

Esse órgão consiste em apoiar a Secretaria de Planejamento e Gestão, na execução das políticas de desenvolvimento regional, buscando promover a articulação intergovernamental e a integração dos municípios, mediante a implementação de programas, projetos e ações de desenvolvimento. Sua proposta principal é aliar o desenvolvimento sustentável das cidades, tendo em vista o combate às desigualdades do território estadual. A partir de 2003 até 2010, foi realizado um montante acumulado de despesas totais, em seus orçamentos, na ordem R\$ 269.406.928.000,00 (Duzentos e sessenta e nove bilhões, quatrocentos e seis mil milhões e novecentos e vinte e oito mil reais). Desse valor, somente a partir de 2005, exceto 2006 e 2007 é que foram aplicados recursos na saúde, segundo os demonstrativos publicados pelo governo. Tal montante representa, aproximadamente, em valores acumulados, R\$ 193.000.000,00 (Centro e noventa e três milhões de reais), ou seja, 0,07% da despesa total acumulada, no período analisado. Segundo os Quadros de Detalhamentos de Despesas, disponíveis na Secretaria da Fazenda¹⁶, foram fixadas ações em estudo e implantação de serviços de água potável e saneamento básico, coleta e disposição final de lixo, perfuração de poços artesianos, abastecimento de água por caminhões-pipa, saneamento básico na estrada real, dentre outras. De acordo com legislação do SUS, limpeza urbana e remoção de resíduos

¹⁵ Informações disponíveis em: <http://www.seds.mg.gov.br>

¹⁶ Informações disponíveis em: <http://www.fazenda.mg.gov.br/>

sólidos (lixo), não são consideradas como gastos legais, em conformidade com a Resolução/CNS 322/2003.

4.6.5 Secretaria de Transporte e Obras Públicas (SETOP)

O Decreto 44.608, de 05 setembro de 2007, dispôs sobre a organização de Estado de Transportes e Obras Públicas, tendo como principal objetivo atribuir suas atividades e funções de gerenciamento de serviços de transportes e obras do Estado de Minas Gerais.¹⁷ Os gastos efetivados na saúde, conforme se vê no Quadro 6, aconteceram apenas nos anos de 2002 a 2005, correspondendo pouco mais de R\$ 9.000.000,00 (Nove milhões de reais), de acordo com o Quadro 8. O montante aplicado no período analisado é bastante inexpressivo, tendo em vista que não atinge nem 10% da receita total realizada na saúde, no período analisado.

4.6.6 Coordenadoria Especial de Apoio e Assistência à Pessoa com Deficiência (CAADE)

A Coordenadoria Especial de Apoio e Assistência à Pessoa com Deficiência – CAADE tem como finalidades incentivar, apoiar, monitorar e avaliar ações das políticas públicas estaduais, bem como coordenar e executar essas políticas, visando ao atendimento das necessidades de pessoas com deficiência, no âmbito da Secretaria de Desenvolvimento Social.¹⁸ Dentre as ações desenvolvidas por esta coordenadoria, está a integração das pessoas portadoras de deficiência, nas políticas setoriais básicas, orientação para a inclusão da pessoa portadora de deficiência, publicação de boletim informativo de ações em prol das pessoas portadoras de deficiência, orientação para a inclusão e promoção social destes cidadãos. Ações, nessa acepção, são desenvolvidas no sentido de assistência social e, portanto, deixam dúvidas quanto àquelas voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde. De acordo com a Resolução 322/2003 – Quinta Diretriz, III – as despesas realizadas devem ser de responsabilidade específica do setor de saúde, não se confundindo com despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que com reflexos sobre as condições de saúde.

¹⁷ Informações disponíveis em: <http://www.setop.mg.gov.br/>.

¹⁸ Informações disponíveis em: <http://www.sedese.mg.gov.br/>

4.7 Autarquias, Fundações e Instituições de Ensino

4.7.1 Escola de Saúde Pública (ESP)

A ESP – MG tem por finalidade planejar, coordenar, executar e avaliar as atividades relacionadas à educação permanente de agentes, com atuação no âmbito da saúde; ao ensino, à pesquisa e ao desenvolvimento institucional e de recursos humanos, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, competindo-lhe, dentre outros fatores, desenvolver estudos e pesquisas voltados à identificação de riscos e agravos em saúde pública.¹⁹

Esta instituição está presente em 71 das 75 microrregiões de saúde, no Estado de Minas Gerais, com a proposta de fortalecer as ações em saúde pública, por meio da parceria com órgãos governamentais, universidades, instituições de pesquisa, profissionais da saúde e comunidades. Até o mês de abril de 2009, encontrava-se em processo de formação/capacitação cerca de 27.748 alunos, em cursos técnicos, de qualificação profissional e de especialização. Se se distribuir estes profissionais no estado, que possui uma área de abrangência de 586.522,122 km², isso daria menos de 01 profissional de saúde por km².²⁰ A partir de 2010, houve um incremento melhor na efetivação dos gastos com educação e formação de profissionais na saúde, o que talvez possa mudar essa realidade, nos anos posteriores. Portanto, apesar dessa instituição estar presente em torno de 90% das microrregiões mineira, os resultados alcançados por ela ainda são bastante reduzidos, se for considerada a enorme abrangência do Estado de Minas Gerais.

4.7.2 Fundação Estadual de Meio Ambiente (FEAM)

A Fundação Estadual de Meio Ambiente é a instituição responsável pela execução de políticas de proteção, conservação e melhoria da qualidade ambiental no que concerne à prevenção, à correção da poluição ou da degradação ambiental provocada pelas atividades industriais, minerárias, bem como promover e realizar estudos e pesquisas sobre a poluição e qualidade do ar, da água e do solo, no âmbito do Estado de Minas Gerais.²¹

¹⁹ Informações disponíveis em: <http://www.esp.mg.gov.br/>

²⁰ Informações disponíveis em: <http://www.esp.mg.gov.br/>

²¹ Informações disponíveis em: <http://www.feam.br/>

A partir de 2006, a FEAM desenvolveu o programa “Minas Trata Esgoto”, com o objetivo de implantação de sistemas de tratamento de esgotos, com a proposta de ampliar o conceito do saneamento, e como medida direta preventiva, para melhoria da saúde pública, por meio de ganho na qualidade ambiental.

De acordo com esse órgão, houve crescimento da população urbana atendida por sistemas de tratamento de esgotos sanitários, com a devida regularização ambiental, conforme pode ser observado na Tabela 7:

Tabela 7 - População urbana atendida por sistemas de tratamento de esgotos sanitários, com a devida regularização ambiental.

ANO	POPULAÇÃO
2002	220.077
2003	862.703
2004	983.012
2005	1.453.978
2006	1.980.696
2007	2.643.863
2008	4.665.946
2009	5.667.436
2010	6.766.420

Fonte: FEAM/MG - www.feam.br – adaptado pelo autor. Acesso em 06/08/2012

Após a análise dos dados acima, verifica-se que a população atendida, em 2010, representa apenas 35%, se comparado com o número de habitantes de Minas Gerais que, segundo o IBGE, aproxima-se de 20.000.000 de habitantes. Assim, torna-se claro o não cumprimento dos princípios do SUS, como o da universalidade e o da equidade. E, mais ainda, de acordo com a Resolução 322/2012 e a Lei 141/2012, a preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes da Federação não constituirão despesas com ações e serviços públicos de saúde.

4.7.3 Fundação Centro Hematologia e Hemoterapia MG – HEMOMINAS²²

A Fundação HEMOMINAS tem como finalidade garantir à população a oferta de sangue e hemoderivados, em consonância com as diretrizes estabelecidas pela Política Estadual de Saúde, competindo-lhe, dentre outros fatores, assegurar as políticas estaduais relativas à hematologia e hemoterapia à população, em geral. A HEMOMINAS conta com 07 hemocentros, distribuídos nos municípios de Belo Horizonte, Governador Valadares, Juiz de Fora, Montes Claros, Pouso Alegre, Uberaba e Uberlândia, e 09 núcleos regionais, abrangendo Diamantina, Divinópolis, Ituiutaba, Manhuaçu, Passos, Patos de Minas, Ponte Nova, São João Del-Rei e Sete Lagoas, além de 07 Postos de Coleta e Agências Transfusionais, em alguns municípios como Frutal, Além Paraíba, Betim, Hospital Júlia Kubitschek, Hospital João XXIII, Poços Caldas e Venda Nova (BH/MG).

No período analisado, o Governo publicou, nos seus demonstrativos de saúde, gastos acumulados em torno de R\$ 190.000.000,00 (Cento e noventa milhões de reais), o que daria em média – considerando que não houve aplicação de recursos na saúde em 2003 – R\$ 23.750.000,00 (Vinte e três milhões e setecentos e cinquenta mil reais) de despesa realizada na saúde, em cada ano. Esse valor, se levar em consideração os 853 municípios mineiros, isso daria menos de R\$ 30.000,00 (Trinta mil reais) para cada município/ano, em média. Apesar do valor médio gasto, em cada município, não ser abundante, pode-se considerar como despesas da saúde, conforme dispõe a quinta diretriz, inciso XI da Resolução 322/2003, tendo em vista o encaminhamento de pessoas às cidades mais desenvolvidas e o uso intensivo de tais serviços por parte da população.

4.7.4 Fundação Ezequiel Dias – FUNED

A FUNED está vinculada à Secretaria de Estado da Saúde (SES/MG), onde se estabelecem relações com a comunidade científica, fomentando a pesquisa no setor de saúde. Desenvolve soros antiofídicos, antitóxicos e medicamentos, atuando no atendimento às políticas de Assistência Farmacêutica de Minas Gerais e do Brasil. Do total da produção de medicamentos, 65% são direcionados aos programas da Secretaria de Saúde de Minas Gerais – responsável pelo abastecimento de toda a rede SUS, nos 853 municípios mineiros, e o restante, 35%, são destinados ao Ministério da Saúde. Atua, ainda, no desenvolvimento da

²² Informações disponíveis em: <http://www.hemominas.mg.gov.br/>.

criação de áreas de excelência, quanto ao conhecimento científico desenvolvido pela Diretoria de Pesquisa e Desenvolvimento (DPD), realizando pesquisas e estudos da biodiversidade, para a criação de produtos voltados para a saúde humana.²³ Em 2010, o montante acumulado representou R\$ 284.154.000,00 (Duzentos e oitenta e quatro milhões, cento e cinquenta e quatro mil reais) que, se distribuídos nos municípios mineiros, representa menos de R\$ 400.000,00 (Quatrocentos mil reais) para cada município, em média. Sendo assim, percebe-se que as despesas realizadas, nessa instituição, contribuem para o acesso dos cidadãos brasileiros, de caráter universal, igualitário e gratuito, em termos de serviços de saúde.

4.7.5 Fundação Hospitalar Estado de Minas Gerais – FHEMIG

A FHEMIG foi criada em 1977, e tem por finalidade prestar serviços de saúde e assistência hospitalar de importância estratégica, em caráter regional e estadual, em níveis secundário e terciário de complexidade, por meio do Sistema Único de Saúde – SUS, bem como participar da formulação, do acompanhamento e da avaliação da política de gestão hospitalar, em consonância com as diretrizes definidas pela Secretaria Estadual de Saúde.²⁴ Apesar da FHEMIG não estar presente em todos municípios mineiros, tem atendido às pessoas, de maneira integral e universal, mediante a realização de transplantes de órgãos e tecidos, aproximando-se de quase 200 procedimentos em 2010, além de hospitais instalados, complexo de saúde mental, urgência e emergência, reabilitação e cuidado ao idoso, em diversas regiões de Minas Gerais.

4.7.6 Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES

A UNIMONTES é uma instituição de ensino que tem como missão contribuir para a melhoria e a transformação da sociedade, atender às aspirações e aos interesses da comunidade com serviços de sua competência, em especial os da saúde, da educação e do desenvolvimento social e econômico, vinculando-os às atividades de ensino, pesquisa e extensão.²⁵ Vinculado a essa universidade, está o Hospital Universitário Clemente de Faria (HUFCF), reconhecido, em 2005 pelo MEC, como Hospital de Ensino, que tem como principais atividades o ensino, a pesquisa, a urgência e emergência e o atendimento a situações de média e alta complexidade à

²³ Informações disponíveis em: <http://funed.mg.gov.br/>.

²⁴ Informações disponíveis em: <http://www.fhemig.mg.gov.br/>

²⁵ Informações disponíveis em: <http://unimontes.br/>

comunidade local e regional. O HUCF conta, ainda, na sua estrutura, com a Policlínica Dr. Hermes Augusto de Paula, prestando atendimento de consultas especializadas, agendadas pela Central de Marcação da Secretaria Municipal de Saúde. Sua principal missão, portanto, é “desenvolver a formação e a capacitação de profissionais, para suprir o mercado de trabalho local e regional; desenvolver pesquisas na área da população inserida no Sistema Único de Saúde e constituir-se em centro de referência para as áreas específicas de atuação”.²⁶

De acordo com a Emenda 29/2000, nesse instante, regulamentada pela Lei 141/2012, os recursos aplicados na saúde, pelo governo do estado, devem ser oriundos da arrecadação de impostos que, anualmente, são previstos no orçamento fiscal de cada esfera de governo. Após análise dos dados, verificaram-se contradições, quanto aos montantes realizados na saúde, nos demonstrativos publicados pelo Estado de Minas Gerais. Conforme pode ser visto no Quadro 11, houve aplicação de recursos utilizando fonte de recursos 10, procedência 1, 3 e 8 e fonte de recursos 60, procedência 1 e 3. A fonte 10, procedência 1, representa recursos de livre utilização. Os recursos de procedência 3, referem-se a valores aplicados em convênios, por meio de contrapartida e a procedência 8 diz respeito a recursos provenientes de emendas parlamentares estaduais. Nesse intento, pode-se considerar que tais montantes são oriundos da arrecadação de impostos utilizados na base de cálculo estabelecido pela Constituição Federal. Já com relação à fonte de recurso 60, procedência 1 (recursos de arrecadação própria por serviços prestados) e 3 (contrapartida de convênios) a recíproca não é verdadeira, uma vez que os recursos contabilizados, nessa instituição, surgem pelo faturamento dos serviços prestados à sociedade e financiados pelo Governo Federal. Tais recursos são transferidos do Fundo Nacional Saúde (FNS) aos Fundos Municipais de Saúde (FMS), que têm como obrigação remunerar as instituições prestadoras de serviços cadastradas, para essa finalidade, no Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse momento, fica evidente que os recursos considerados como gastos da saúde, na fonte de recurso 60, não fazem parte da arrecadação dos impostos elencados pela Constituição Federal, uma vez que são contabilizados como receita de serviços hospitalares. No período analisado, isso representou um montante acumulado de R\$ 57.039.619,00 (Cinquenta e sete milhões, trinta e nove mil e seiscentos e dezenove reais). De acordo com a Sétima Diretriz da Resolução 322/2003 e o Art. 4º da lei 141/2012, não podem ser considerados como gastos

²⁶ Informações disponíveis em: <http://www.hucf.unimontes.br/>.

constitucionais em saúde aqueles referentes a ações e serviços públicos de saúde custeados com recursos distintos dos especificados na base de cálculo.

É importante ressaltar que, de acordo com a legislação vigente, os recursos aplicados na saúde surgem dos impostos e não do faturamento, pelo esforço de prestar serviços às comunidades, que ocorre pelo sistema de pactuação das instituições credenciadas no SUS. Assim, entende-se que a obrigação do Estado é criar um critério de rateio para repasse entre os municípios mineiros, com base na arrecadação de impostos do orçamento fiscal, desconsiderando o faturamento que alguns deles detêm, em função de serviços prestados ao SUS, caracterizando mérito de cada órgão público.

Quadro 11 – Valores considerados na aplicação de recursos da saúde pelo governo de Minas Gerais no período analisado - UNIMONTES

Exercício	Fonte Recurso	Procedência	Valor Despesa Realizada	Em Reais
				Valor Considerado como Gasto de Saúde (Estado)
2004	10	1	60.000	
	60	1	4.982.000	
Total			5.042.000	5.042.000
2005	60	1	5.062.000	
Total			5.062.000	5.062.000
2006	10	1	513.111	
	10	8	49.678	
	60	1	7.069.446	
	60	3	24.554	
Total			7.656.789	7.656.789
2007	10	1	9.573.656	
	60	1	9.436.733	
	60	3	28.060	
Total			19.038.449	19.038.449
2008	10	1	8.074.055	
	10	3	560.361	
	60	1	9.306.889	
Total			17.941.305	17.941.305
2009	10	1	7.617.394	
	60	1	10.613.800	
	60	3	8.933	
Total			18.240.127	18.240.127
2010	10	1	8.728.983	
	60	1	10.185.470	
	60	3	321.064	
Total			19.235.517	19.235.517
TOTAL GERAL (2004-2010)				110.456.314

Fonte: Armazém SIAFI/MG – Acesso em 23/05/2012; Demonstrativos – Secretaria da Fazenda - SEF/MG

4.8 Fundos, Institutos e Órgãos Militares

4.8.1 Fundo Estadual de Saúde – FES

O Fundo Estadual de Saúde – FES foi criado com o objetivo de desenvolver a gestão financeira e patrimonial dos recursos aplicados nas ações e serviços de saúde, em todo o Estado de Minas Gerais.²⁷ Conforme dispõem os dados no Quadro 13, a despesa realizada, considerada como gastos da saúde, procede da fonte de recursos 10, procedência 1 (livre utilização), desconsiderando os valores da fonte 60, de mesma procedência (arrecadação própria por serviços prestados ao SUS). Assim, entende-se que os valores informados ao SIOPS condizem com o que dispõe a Resolução 322/2003 e Emenda Constitucional 29/2000, uma vez que somente foram considerados os recursos da fonte 10, proveniente da execução do orçamento fiscal.

Quadro 12 – Repasses do Fundo Nacional da Saúde (FNS) para o Fundo Estadual de Saúde (FES)

							Em Reais	
Período	Crédito Autorizado	Despesa Realizada total	Valor gasto na SES informado para o SIOPS	Restos a Pagar Processados do Exercício Analisado	Restos a Pagar Não Processados	Repasses do Fundo Nacional no Exercício analisado, referente ao Exercício Anterior	Transferência de Recursos do FNS/FES, referente ao Exercício Analisado	
2002	812.498.000	529.127.000	31.573.000	82.975.000	193.080.000	0,00	0,00	
2003	865.414.000	701.769.000	198.497.000	20.879.000	203.920.000	1.232.000	258.854.000	
2004	1.053.669.000	989.323.000	421.928.000	24.499.000	433.031.000	0,00	0,00	
2005	1.035.692.000	1.007.151.000	410.930.000	33.008.000	466.029.000	0,00	0,00	
2006	1.137.654.000	1.085.591.000	388.463.000	57.052.000	146.168.000	0,00	0,00	
2007	1.465.732.000	1.372.693.000	616.230.000	141.876.000	135.589.000	0,00	0,00	
2008	1.942.181.000	1.902.322.000	921.219.000	130.415.000	299.597.000	0,00	0,00	
2009	2.294.034.000	2.127.704.000	956.070.000	156.137.000	309.568.000	0,00	0,00	
2010	2.474.507.000	2.358.818.000	1.170.671.000	93.088.000	181.504.000	16.478.000	999.438.000	

Fonte: Demonstrações Contábeis - Secretaria da Fazenda de Minas Gerais, SIOPS – Fundo Nacional de Saúde.

²⁷ Informações disponíveis em: <http://www.saude.mg.gov.br/>

Quadro 13 – Despesa Realizada por Fonte de Recursos do Fundo Estadual de Saúde informada ao SIOPS

Exercício	Fonte Recurso	Procedência	Valor Despesa Realizada	Valor Considerado como Gasto de Saúde (Estado)
2002	10	1	31.573.000	
	60	1	1.623.000	
Total			33.196.000	31.573.000
2003	10	1	198.497.000	
	60	1	973.000	
Total			199.470.000	198.497.000
2004	10	1	421.928.000	
	60	1	545.000	
Total			422.473.000	421.928.000
2005	10	1	410.930.000	
	60	1	454.000	
Total			411.384.000	410.930.000
2006	10	1	388.463.000	
	60	1	842.000	
Total			389.305.000	388.463.000
2007	10	1	616.230.000	
	60	1	5.292.000	
Total			621.522.000	616.230.000
2008	10	1	921.219.000	
	60	1	2.179.000	
Total			923.398.000	921.219.000
2009	10	1	956.070.000	
	60	1	2.390.000	
Total			958.460.000	956.070.000
2010	10	1	1.170.671.000	
	60	1	2.217.000	
Total			1.172.888.000	1.170.671.000
TOTAL GERAL (2002-2010)			5.132.096.000	

Fonte: Armazém SIAFI/MG – Acesso em 19/09/2012; Demonstrativos – Secretaria da Fazenda – SEF/MG

4.8.2 Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais (IPSEMG)

O Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais tem por finalidade prestar assistência médica, hospitalar, farmacêutica, odontológica e social a seus beneficiários, além de gerir o regime de previdência próprio, nos termos da Lei Complementar nº 64, de 25 de março de 2002.²⁸

Do total considerado como gasto realizado na saúde, no período analisado, percebe-se que os valores apresentados à sociedade não abrangem toda a população do Estado, não atendendo o princípio do SUS, o da universalidade. De acordo com o Censo/2010, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Estado de Minas Gerais é representado por 853 municípios e possui cerca de 19.597.330 habitantes, numa área de 586.522,122km², representando, portanto, 33,41 hab/km². Segundo os dados apresentados no 1º Caderno de Gestão Sustentável (2011) de Minas Gerais, o IPSEMG possui 450.686 segurados e 810.690 beneficiários do plano de saúde, o que representa 1,38 hab./km² beneficiados pelo sistema.

Com relação à abrangência do IPSEMG, em termos de redes assistenciais, unidades de assistência à saúde e profissionais tais como médicos/dentistas nos municípios, estão assim dispostos na Tabela 8.

Tabela 8 – Redes Assistenciais (IPSEMG)/Médicos/Dentistas distribuídos no Território Mineiro

Descrição	Quantidade	Média de unidades de saúde e profissionais credenciados em Município Mineiro
Hospitais	202	0,24
Clínicas	727	0,85
Laboratórios	563	0,66
Médicos	2.214	2,6
Dentistas	1.075	1,26

Fonte: Caderno – Gestão Sustentável do IPSEMG – Disponível em: <http://www.ipsemg.mg.gov.br> – Acesso em 01/08/2012.

De acordo com a Tabela 8, a maior parte dos municípios mineiros não dispõe de unidades assistenciais credenciadas, médicos e dentistas do IPSEMG, o que demonstra que a

²⁸ Informações disponíveis em: <http://www.ipsemg.mg.gov.br/>

assistência à saúde concentra-se em um grupo específico de pessoas, com vínculo empregatício no governo do estado.

Outro fato que merece destaque é com relação ao grande número de servidores estaduais que contribuem, financeiramente, para ter acesso ao sistema assistencial de saúde. De acordo com as informações contidas no caderno ora mencionado, atualmente, isso representa, aproximadamente, 86% dos servidores públicos estaduais, mesmo considerando que a contribuição é facultativa, desde abril de 2010, por decisão do Supremo Tribunal Federal.

Com isso, torna-se evidente que a cobertura de saúde do IPSEMG abrange apenas 4,1% da população mineira tendo, portanto, que pagar pelo acesso às ações e serviços prestados pelo Estado. Tal situação se apresenta totalmente na contramão do que preconiza o Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como uma das principais metas oferecer serviços gratuitos, a toda população, em geral.

4.8.3 Instituto de Previdência dos Servidores Militares do Estado de Minas Gerais (IPSMMG)

Essa instituição visa a garantir o benefício previdenciário e promover a atenção à saúde, por meio de ações administrativas, em prol da segurança, da qualidade de vida e da assistência à saúde às Famílias Militares Mineiras.²⁹ Foram desenvolvidas ações de assistência médico-hospitalar e odontológica, aos segurados militares e seus dependentes. De forma análoga ao IPSEMG, esse instituto beneficia um contingente específico de pessoas, considerado de acordo com Resolução 322/2003 (clientela fechada), em desacordo com a legislação do SUS, infringindo, portanto, o princípio da universalidade.

4.8.4 Instituto Mineiro de Agropecuária (IMA)

Esse órgão é responsável pela execução das políticas públicas de defesa sanitária animal e vegetal, no estado de Minas Gerais, atuando na inspeção de produtos de origem animal, certificação de produtos agropecuários, educação sanitária e no apoio à agroindústria familiar.³⁰

²⁹ Informações disponíveis em: <http://www.ipasm.mg.gov.br/>

³⁰ Informações disponíveis em: <http://www.ima.mg.gov.br/>

De acordo com a LC 141/2012, os gestores devem considerar como despesas com ações e serviços públicos de saúde somente aquelas voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, desde que atenda, simultaneamente, aos princípios da universalidade, da integralidade e da equidade, reconhecendo o direito de cada cidadão, de maneira imparcial.

No período analisado, o IMA desenvolveu, de fato, diversas ações como a fiscalização de agrotóxicos e produtos veterinários, promoção de eventos agropecuários e educação sanitária, erradicação e controle da febre aftosa, vigilância sanitária animal, aprimoramento do sistema de defesa sanitária animal e de outras doenças dos animais.

Uma questão a ser destacada é que, desde 1996, até o momento, não há casos de febre aftosa nos Municípios de Minas Gerais,³¹ conforme dispõe a Tabela 9:

Tabela 9 – Percentual de municípios livres de casos de febre aftosa – Minas Gerais, 2001 – 2010
Nota (1)

Ano	Municípios Livres de Febre Aftosa	Municípios livres de febre aftosa (%)
2001	853	100,0
2002	853	100,0
2003	853	100,0
2004	853	100,0
2005	853	100,0
2006	853	100,0
2007	853	100,0
2008	853	100,0
2009	853	100,0
2010	853	100,0

Fonte: IMA. Disponível em <http://www.almg.gov.br>. Acesso em 09/08/2012.

Portanto, os gastos incluídos nos Demonstrativos de Aplicação de Recursos em Saúde que ocorreram entre 2003 e 2005, referem-se à prevenção de doenças de origem animal. O montante considerado nos referidos demonstrativos, no período analisado representa, aproximadamente, R\$ 83.000.000,00 (Oitenta e três milhões de reais), em números acumulados. Segundo os demonstrativos de 2006 a 2010, disponibilizados pela Secretaria da Fazenda, nenhum dispêndio dessa natureza foi feito, nesse período, em relação à saúde pública nesse órgão.

³¹ Não há registros de casos de febre aftosa, em Minas Gerais, desde 1996.

Tratando-se de fiscalização de agrotóxicos e produtos veterinários, segundo o próprio IMA, em 2009, foram realizadas 4.794 ações, em parceria com o Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (MAPA). Se for distribuída a quantidade de ações realizadas pelos 853 municípios mineiros, a cobertura abrangeria apenas 6 municípios, em média, contrariando os princípios da integralidade, universalidade e equidade. O instituto pretende, até o final de 2012, ampliar o atendimento para 50 municípios, ou seja, menos de 1% do total de municípios hoje existentes. As ações e serviços dessa natureza, atualmente, são realizados no intuito de prevenção de doenças das pessoas, porém em desacordo com os princípios do Sistema Único de Saúde.

4.8.5 Polícia Militar de Minas Gerais – PMMG

A Polícia Militar visa à garantia de segurança pública, mediante a preservação da ordem pública, com a finalidade de proteger o cidadão, a sociedade e os bens públicos e privados, coibindo os atos ilícitos e as infrações administrativas.³²

O contingente de servidores militares representa 51.669, segundo a Lei 19.987/2011, que são beneficiados com assistência médica, odontológica e psicológica. Portanto, se levar em consideração os 853 municípios e sua área de abrangência que, de acordo com IBGE, corresponde a 586.522,122km², o número de pessoas beneficiadas pelo sistema de saúde corresponde a menos de 1 policial por km². Esse contingente de servidores representa, aproximadamente, 0,3 por cento da população do estado. Dessa forma, percebe-se que não há cobertura total pelo sistema, descaracterizando os princípios básicos do SUS, além do atendimento da chamada “clientela fechada”, conforme Resolução CNS/322/2003.

4.8.6 Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Minas Gerais – CBMMG

O corpo de bombeiros militar tem como principal missão a prestação dos serviços de prevenção contra sinistro, proteção, socorro e salvamentos, com a proposta de atender, de forma eficiente e ágil, os cidadãos em todo o território mineiro, atuando de forma integrada com os órgãos do Sistema de Defesa Social e a sociedade, visando à melhoria da qualidade de vida e o exercício pleno da cidadania. A assistência do Corpo de Bombeiros abrange aproximadamente 700 municípios mineiros,³³ não exatamente no atendimento de urgência e emergência, que tem uma característica de atendimento a pessoas doentes. Após análise dos

³² Informações disponíveis em: <https://www.policiamilitar.mg.gov.br>

³³ Informações disponíveis em: <http://www.bombeiros.mg.gov.br/>

quadros de detalhamento de despesas do orçamento anual do Estado, para esse órgão, o que se percebeu foram gastos realizados em ações relacionadas à assistência médica, odontológica e psicológica a militares e não a população mineira, em geral. Portanto, ações dessa natureza, desenvolvidas no Estado de Minas Gerais, beneficiam apenas um grupo específico de pessoas que, de certa forma, são servidores do próprio Estado, não abrangendo a todos, de forma universal e igualitária. Apesar desse valor não ser significativo, em relação aos valores totais aplicados, o gestor não praticou o princípio da coletividade.

4.9 Empresa Pública do Governo.

4.9.1 Companhia de Saneamento do Estado de Minas Gerais – COPASA

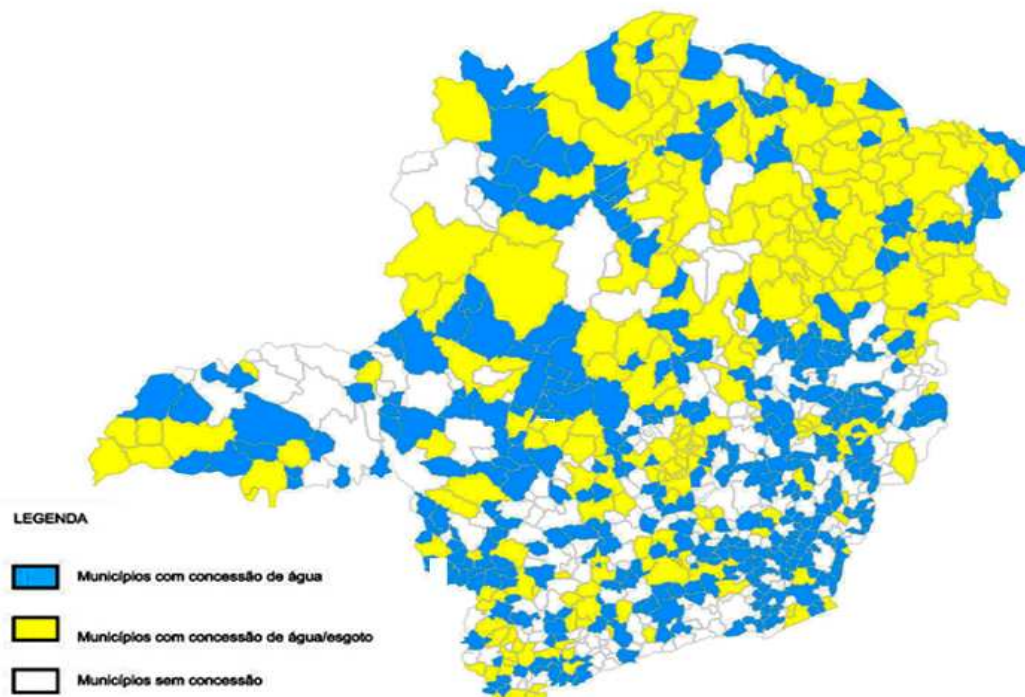
A COPASA é uma empresa pública vinculada à Secretaria de Desenvolvimento Regional e Política Urbana do Governo do Estado de Minas Gerais, responsável pelas soluções em saneamento por meio da cooperação técnica e da prestação de serviços públicos de água, esgoto sanitário, resíduos sólidos e drenagem urbana, como proposta de contribuir para a melhoria da qualidade de vida, das condições ambientais e do desenvolvimento econômico e social.

Conforme pode ser verificado no mapa a seguir, a área de abrangência da COPASA, em termos de concessão de água e esgoto, representa cerca de 78%, e 38%, respectivamente, no Estado de Minas Gerais.³⁴ Sendo assim, 22% e 62% dos municípios não são contemplados pelos serviços de concessão de água e esgoto desse órgão.

³⁴ Informações disponíveis em: < <http://www.copasa.com.br/>> Acesso em 21/04/2012.

Mapa 1 – Participação da COPASA no Estado de Minas Gerais

Participação da Copasa no Estado de Minas Gerais Posição de 31/12/2011



Fonte: Copasa. Disponível em www.copasa.com.br

Porém, se considerarmos a população total de Minas Gerais, que é cerca de 19.597.330 habitantes, de acordo com o IBGE, cerca de 22% 62%, ou seja, 16.461.757 habitantes não dispõem de água tratada e tratamento de esgoto,³⁵ o que demonstra que o governo tem considerado, de maneira equivocada tais gastos, caracterizando assim, o não cumprimento dos princípios do SUS de caráter universal e equitativo, dentre outros fatores que serão explicados a seguir.

Durante o período analisado, foram implantados sistemas de tratamento de esgoto sanitário, além de expansão e garantia dos serviços de abastecimento de água/esgoto em localidades com concessão da Copasa. Isso representou um montante acumulado, em 2010, na ordem de R\$ 3.948.266.000,00 (Três bilhões, novecentos e quarenta e oito milhões e duzentos e sessenta e seis mil reais), serviços estes cobrados dos consumidores mineiros.

³⁵ Vale ressaltar que alguns municípios mineiros possuem água tratada e sistema de esgoto, mas estes não são da COPASA.

Segundo as determinações da Resolução 322/2003, do Conselho Nacional de Saúde que, nesse momento, é substituída pela Lei 141/2012, os valores que foram incluídos nos demonstrativos de aplicação à saúde, no Estado, referente a esse tipo de serviço, não atendem ao princípio de acesso universal, pelo fato dos cidadãos mineiros financiarem esse tipo de serviço, mediante as taxas e tarifas ou preços públicos instituídos para essa finalidade. Assim, não podem, em hipótese alguma, serem considerados como gastos em saúde.

Outro fator que merece destaque e, talvez, o mais importante, é que o Governo de Minas Gerais é o maior acionista da COPASA e, portanto, detém participação nos lucros desta empresa. Conforme preconiza a legislação antes mencionada, desde 2000, é que somente os recursos provindos da arrecadação de impostos, pertencente ao orçamento fiscal do governo, é que podem ser considerados como gastos realizados na saúde. A COPASA é uma empresa que, embora seja pública, não faz parte do orçamento fiscal do Estado.

Sendo assim, percebe-se que o montante de recursos gastos pela COPASA está evidenciado de forma indevida, nos demonstrativos da saúde, sendo considerado, portanto o de maior vulto monetário. É importante ressaltar que, se fosse desenvolvida uma política mais equânime, no que diz respeito à distribuição desses recursos, junto aos municípios mineiros, as políticas de saúde, com certeza, apresentariam melhores resultados, principalmente para as pessoas de baixa renda, que mais dependem do sistema.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta deste estudo foi demonstrar que a saúde, conforme preconiza a Carta Magna brasileira, é um direito de todos e dever do Estado e que as políticas públicas a serem desenvolvidas, principalmente, nesse setor, devem ser voltadas para a coletividade. A pesquisa mostrou pontos divergentes e convergentes, quanto ao financiamento da saúde, em Minas Gerais.

Antes da redemocratização do país, em 1988, diversos foram os problemas vivenciados por toda a população brasileira, em relação às políticas públicas voltadas para a proteção, promoção e recuperação da saúde neste país, além do estabelecimento de metas relacionadas a um sistema de financiamento, capaz de suprir as deficiências desse setor. Naquele momento, surgiu a esperança de novos tempos com a criação do SUS – Sistema Único de Saúde, voltado para a oferta de uma assistência e um atendimento integral, universal e equânime à sociedade, sem qualquer distinção ou preconceitos.

Nessa nova realidade, ficou notório que a dinâmica complexa do financiamento da saúde brasileira se agravou com as políticas estabelecidas na Constituição de 1988, tornando-se objeto de questionamentos por muitos gestores, na sociedade. Mas, com a realização deste trabalho, pode-se ter uma melhor compreensão sobre a aplicação dos recursos públicos, no programa de governo saúde, especificamente em Minas Gerais, no período de 2002 – 2010, tendo em vista que, inicialmente, a hipótese formulada para este estudo era de que algumas despesas consideradas pelo Governo de Minas Gerais, na composição do percentual aplicado na saúde, no período de 2002 – 2010, estariam em desacordo com a Constituição Brasileira.

A partir dessa possibilidade, foram discutidos alguns aspectos teóricos importantes, como aspectos conceituais de gestão pública, buscando contextualizar o assunto na administração pública, principalmente os seus mecanismos de controles e do planejamento da aplicação de recursos no setor saúde, tornando-se mais compreensível. Foi discutida, também, a saúde e sua dimensão social, no intuito de demonstrar a amplitude do termo saúde, na vida das pessoas, na sociedade, e o papel do Estado, no desenvolvimento social desse sistema que, apesar de sua grandiosidade, tem se tornado o principal desafio dos gestores públicos, na atualidade. Essas discussões teóricas contribuíram, significativamente, para um maior entendimento do financiamento da saúde, em Minas Gerais.

Os resultados apurados evidenciaram, com certa clareza, que alguns dados são apresentados de acordo com os interesses do próprio Estado, haja vista que este tem, obrigatoriamente, que cumprir, de acordo com a Emenda Constitucional 29/2000, atualmente, com um percentual de 12% sobre a arrecadação de tributos provenientes do orçamento fiscal. Quanto aos valores publicados pelo Estado, percebe-se o cumprimento da determinação constitucional, mas, ao analisar os dados, no decorrer da pesquisa, muitas são as distorções, quanto à aplicação de recursos entre o que o próprio Estado publica e o que foi considerado pelo SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde do Ministério. A diferença foi crescente até o ano de 2007. Em 2008, a diferença apresentada diminuiu, mas, mesmo assim, as distorções continuaram a prevalecer, de acordo com o Ministério da Saúde. As discrepâncias apontadas foram ratificadas, por meio de Notas Técnicas emitidas por este referido Ministério, em consonância com o estabelecido pela EC 29/2000 e pela Resolução CNS 322/2003, esclarecendo que elas se devem, exclusivamente, a gastos considerados como “clientela fechada” e de acesso não universal e equânime, tais como: Polícia Militar, Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais, Secretaria do Estado de Defesa Social, Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais, Fundação Estadual de Meio Ambiente e Instituto da Previdência dos Servidores Militares do Estado de Minas Gerais.

Tais situações não somente acontecem no Estado de Minas Gerais, como também em outros estados da Federação, como São Paulo e o Rio de Janeiro, onde os motivos (despesas consideradas) da aplicação ou não de recursos na saúde são praticamente os mesmos desse Estado. Estes dois últimos estados e Minas Gerais são considerados os três maiores do país, segundo o IBGE. Em termos percentuais, o descumprimento da EC 29/2000 é mais acentuado no Governo de Minas, seguido do Rio de Janeiro e, depois, São Paulo.

Outro ponto que merece destaque diz respeito à arrecadação total do Estado e aquela que faz parte da base de cálculo da aplicação de recursos na saúde. Se comparados o último ano da análise com o primeiro ano do governo Aécio Neves (2003), a arrecadação total do Estado sofreu um crescimento significativo, aproximando-se de 150%. Da mesma maneira, se comparado os valores que compõem a base de cálculo de 2010, em relação ao ano de 2002, a evolução dos montantes arrecadados até supera esse percentual. Mas, mesmo assim, ficou evidenciado que, somente em 2009, o percentual transmitido pelo Estado ao SIOPS superou 2%, ou seja, extremamente insignificante, se confrontado com o percentual de crescimento da receita total arrecadada, isso se tratando de quantidade de recursos aplicados no setor. Portanto, ao levar em consideração os percentuais calculados pelo SIOPS/MS, a situação se

agrava, de forma expressiva, uma vez que, de 2002 até 2008, o Governo de Minas não cumpriu com o que determina a Constituição Federal/88, tratando-se da aplicação de recursos na saúde, segundo o Ministério da Saúde. Retornando aos motivos que são responsáveis por tais distorções e que trata a EC – 29/2000 e Resolução 322/2003, a pesquisa demonstrou que várias são as despesas que não poderiam fazer parte da aplicação de recursos no setor, bem como o não cumprimento dos princípios constitucionais como o da integralidade, universalidade e equidade, quanto ao atendimento à população. No período de 2004 a 2009, foram consideradas despesas de saúde, relacionadas a benefícios previdenciários dos órgãos FHEMIG, FUNED, HEMOMINAS, IMA, IPSEMG (Aposentadorias e Proventos) e SES que, de acordo com a legislação do SUS, não podem constituir despesas com ações e serviços públicos de saúde, para fins de apuração dos percentuais mínimos. Os pagamentos de aposentadorias e pensões representam benefícios previdenciários, porém em desacordo com os preceitos legais. Aliado a esse fato, foram gastos recursos, também, junto aos Institutos de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais (IPSEMG) e Instituto de Previdência dos Servidores Militares do Estado de Minas Gerais (IPSMMG). Do total considerado no IPSEMG, percebe-se que os valores apresentados à sociedade não abrangem toda população do Estado, não atendendo, portanto, aos princípios do SUS. O IPSEMG possui 450.686 segurados e 810.690 beneficiários do plano de saúde, o que representa 1,38 hab./km², beneficiados pelo sistema. Com relação à sua abrangência, em termos de redes assistenciais, unidades de assistência à saúde e profissionais tais como médicos/dentistas, nos municípios, ficou demonstrado que a assistência à saúde concentra-se em um grupo específico de pessoas, com vínculo empregatício no governo do estado e que contribui, financeiramente, (contribuição facultativa por decisão do Supremo Tribunal Federal) para ter acesso ao sistema assistencial de saúde, representando 86% dos servidores públicos estaduais. A cobertura total de saúde do IPSEMG abrange apenas 4,1%, se levar em consideração a população mineira tendo, portanto, que pagar pelo acesso às ações e serviços prestados pelo Estado.

Tal situação se apresenta totalmente na contramão do que preconiza o Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como uma das principais metas oferecer serviços gratuitos a toda população, em geral. E, quanto ao IPSMMG, que visa a garantir benefícios e assistência médico-hospitalar, odontológica aos segurados militares e seus dependentes, de forma análoga ao IPSEMG, esse instituto beneficia apenas um contingente específico de pessoas, considerado pela Resolução 322/2003 como “clientela fechada”, totalmente em desacordo com a legislação do SUS, infringindo, portanto, o princípio da universalidade.

Da mesma maneira, a análise se estende às despesas informadas nos demonstrativos de aplicação de recursos da saúde, referente à Polícia Militar e o Corpo de Bombeiros militar, que, mesmo sendo desenvolvidas ações, no âmbito da assistência médica, odontológica e psicológica, em prol dos servidores militares, esse atendimento é caracterizado também como a chamada “clientela fechada”, conforme preconiza a legislação vigente.

Outra despesa considerada pelo Governo de Minas, nos gastos da saúde e de maior vulto e não condizente com a legislação, refere-se à COPASA – Companhia de Saneamento de Minas Gerais, responsável pelo saneamento, serviços públicos de água e esgoto, resíduos sólidos e drenagem urbana. A área de abrangência da COPASA,, em termos de concessão de água e esgoto representa cerca de 78% e 38% respectivamente, no Estado e, porém, 22% e 62% dos municípios não são contemplados por esses serviços. Se considerarmos a população total de Minas Gerais, 84% não dispõem de água tratada e tratamento de esgoto, caracterizando assim, o não cumprimento dos princípios do SUS de caráter universal e equitativo.

Segundo as determinações da Resolução 322/2003 do Conselho Nacional de Saúde, os valores considerados referentes a este tipo de serviço, além de não atender tais princípios e o fato dos cidadãos mineiros financiarem esse tipo de serviço, por meio de taxas e tarifas ou preços públicos instituídos para essa finalidade, não podem, em hipótese alguma, serem considerados como gastos em saúde. A outra questão levantada em relação a este órgão é que o atual governo é considerado o maior acionista dessa empresa e, portanto, detém participação nos lucros. Conforme preconiza a legislação antes mencionada, desde 2000, somente os recursos provindos da arrecadação de impostos, pertencente ao orçamento fiscal, é que podem ser considerados como gastos realizados na saúde. A COPASA é uma empresa pública que não faz parte do orçamento fiscal do Estado.

Dentre outras ações desenvolvidas no Estado e consideradas no setor saúde, estão aquelas da Coordenadoria Especial de Apoio e Assistência à Pessoa com Deficiência – CAADE, com o objetivo de integração e inclusão de pessoas portadoras de deficiência. Essas ações são desenvolvidas no sentido de assistência social e não no sentido de promoção, proteção e recuperação da saúde. De acordo com a Resolução 322/2003 – Quinta Diretriz, III – despesas do setor saúde não se podem confundir com despesas relacionadas a outras políticas públicas, que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que com reflexos sobre as condições de saúde.

Da mesma forma, foram considerados, também, os gastos com encargos diversos da Secretaria da Fazenda, referente à gestão da dívida contratada no intuito de financiar ações e

serviços públicos de saúde. De acordo com a Resolução 322/2003, as despesas com ações e serviços públicos de saúde, financiadas com receitas oriundas de operações de crédito, contratadas para essa finalidade, não integrarão o montante considerado para o cálculo do percentual mínimo, constitucionalmente exigido.

O governo de Minas Gerais executou, ainda, ações consideradas nas despesas da saúde, em prol da conservação e melhoria da qualidade ambiental, desenvolvendo o programa “Minas Trata Esgoto”, com a proposta de estabelecer uma medida direta preventiva, para melhoria da saúde pública. Isso representou uma abrangência de 35%, se comparado com a população do Estado, não atendendo, portanto, aos princípios constitucionais da saúde. A preservação e a correção do meio ambiente, de acordo com legislação anteriormente citada, não constituirão despesas com ações e serviços públicos de saúde.

É importante ressaltar, ainda, a análise dos valores informados nos demonstrativos da saúde como aqueles da Escola de Saúde Pública (ESP), Fundação Centro Hematologia e Hemoterapia MG – HEMOMINAS que, apesar de terem uma importância fundamental para o desenvolvimento do sistema saúde, foram aplicados recursos inexpressivos no setor, por esses órgãos.

A mesma situação foi percebida em relação à Secretaria de Estado de Defesa Social (SEDS), responsável pelo sistema prisional mineiro. De acordo com os dados levantados dessa secretaria os encarcerados contam com uma assistência de saúde bastante inexpressiva o que leva a crer, que os mesmos possuem condições mínimas de sobrevivência, dentro das unidades prisionais no interior do Estado. Outro ponto abordado, refere-se ao Instituto Mineiro de Agropecuária (IMA) que, apesar de executar políticas públicas de defesa sanitária animal e vegetal, no Estado, no intuito de prevenir as doenças humanas, sua cobertura abrange, em média, apenas 6 municípios, no período analisado, levando em consideração as 4.794 ações realizadas no ano de 2009. Quanto à Secretaria de Estado de Desenvolvimento Regional e Política Urbana (SEDRU), somente a partir de 2005, exceto 2006 e 2007, é que foram aplicados recursos na saúde, segundo os demonstrativos publicados pelo governo. Tais despesas foram realizadas em prol das ações voltadas para o estudo e implantação de serviços de água potável e saneamento básico, coleta e disposição final de lixo, perfuração de poços artesianos, abastecimento de água por caminhões-pipa, saneamento básico na estrada real, dentre outras.

De acordo com a legislação do SUS, limpeza urbana e remoção de resíduos sólidos (lixo) não são considerados como gastos legais, em conformidade com a Resolução/CNS 322/2003. Por

fim, tratando-se de gastos inexpressivos, em relação ao crescimento da arrecadação do Estado, estão as despesas realizadas na Secretaria de Transporte e Obras Públicas (SETOP), tendo em vista que não atingem nem 10% da receita realizada na saúde, no período analisado.

Aliado a esses fatos, foram apurados, nesta pesquisa, a não utilização de recursos federais na Secretaria de Estado da Saúde (SES) e o uso indevido de recursos na Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES. No caso da SES, quando comparado o total de crédito orçamentário, autorizado pelo legislativo, com os valores repassados pelas transferências efetuadas pelo Fundo Nacional para SES, percebeu-se que, a partir de 2004 até 2009, as quantias repassadas foram muito superiores aos créditos autorizados e a despesa total realizada⁴, caracterizando, assim, a não utilização dos recursos transferidos pelo governo federal, no sistema de saúde estadual.

No que diz respeito à UNIMONTES, verificaram-se contradições quanto aos montantes realizados na saúde, nos demonstrativos publicados pelo Governo do Estado de Minas Gerais. Como pôde perceber, foram aplicados recursos, no setor saúde, oriundos da fonte 60, procedência 1 (recursos de arrecadação própria por serviços prestados) e 3 (contrapartida de convênios), porém, tais recursos são transferidos do Fundo Nacional (FNS) aos Fundos Municipais de Saúde (FMS), que tem como obrigação remunerar as instituições prestadoras de serviços, cadastradas para essa finalidade, no Sistema Único de Saúde (SUS). Portanto, gastos da saúde, na fonte de recurso 60, não fazem parte da arrecadação dos impostos elencados pela Constituição Federal, uma vez que são contabilizados como receita de serviços hospitalares, não fazendo parte daqueles especificados na base de cálculo constitucional, que representa a aplicação no sistema de saúde.

É importante ressaltar que, de acordo com a legislação vigente, os recursos aplicados na saúde surgem dos impostos e não do faturamento, pelo esforço de prestar serviços às comunidades, que ocorre pelo sistema de pactuação das instituições credenciadas ao SUS. Assim, entende-se que a obrigação do estado é criar um critério de rateio para repasse entre os municípios mineiros, com base na arrecadação de impostos do orçamento fiscal, desconsiderando o faturamento que alguns deles detêm, em função de serviços prestados ao SUS, caracterizando o mérito de cada órgão público. Quanto às despesas realizadas na saúde pelos órgãos tais como, Hemominas, Funed, Fhemig e Fundo Estadual de Saúde (FES), encontra-se respaldadas na legislação vigente.

Mesmo assim, o estudo sobre o financiamento da saúde pública, em Minas Gerais, evidenciou algumas características distorcidas, quanto à aplicação dos recursos nesse setor, uma vez que

o gestor tem utilizado de artifícios contábeis para prestar contas à sociedade das suas obrigações constitucionais, explicitadas na Emenda Constitucional 29/2000, em consonância com a Resolução/CNS 322/2003. É importante ressaltar que tais manobras contábeis não se encontram ancoradas pelos princípios fundamentais de contabilidade, geralmente aceitos. As atitudes desses gestores em utilizar procedimentos contábeis inadequados, parte exclusivamente dos mesmos e não dos profissionais da área e nem das bases filosóficas que sustenta a contabilidade como ciência e área do conhecimento. Como ciência social, a contabilidade tem um papel extremamente importante no atendimento aos interesses da sociedade, além de ser um instrumento gerencial que proporciona maior transparência e controle do patrimônio público.

Conforme foi afirmado por Oliveira (2010), há de se reconhecer que os órgãos fiscalizadores não dispõem de mecanismos de penalização pelo descumprimento da Carta Magna brasileira e, nesse caso, o Gestor Público Estadual se encontra protegido pelas instruções normativas do Tribunal de Contas do Estado (TCE/MG), que dá uma interpretação distinta do que preconiza os dispositivos constitucionais. Outro ponto relevante refere-se à forma de composição do conselho do TCE/MG, para exercer a função de fiscalização das ações praticadas pelo Executivo durante os seus mandatos, onde o presidente e seus conselheiros são nomeados através de cargos de confiança pelo governo, defendendo os interesses do próprio Estado, através de uma mesma ideologia política partidária. Neste intento, existem os Conselhos como o da saúde que é constituído por representantes do governo, prestadores de serviços, usuários e profissionais de saúde. A sociedade não tem respostas para os problemas sociais e, principalmente os da saúde, através dos conselhos, cuja função é formular estratégias no controle da execução da política de saúde nas instâncias correspondentes. Até então, não se tem conhecimento de nenhuma atitude do Conselho de Saúde do Estado de Minas Gerais no sentido de penalização dos gestores públicos, junto ao judiciário, pelo uso inadequado do dinheiro público, especialmente na aplicação de recursos no setor saúde. Recentemente, com regulamentação da EC 29/2000 pela Lei 141/2012 o próprio Estado, juntamente com TCE/MG, criou um Termo de Ajustamento de Gestão (TAG), concedendo ao governo mineiro o direito de aplicar os percentuais de 9,68%, em 2012, 10,84%, em 2013 e somente em 2014 é que seriam aplicados os 12% estabelecidos pela referida legislação. Porém, tal decisão foi objeto de ação por improbidade administrativa contra o Estado, por parte das promotorias de Defesa do Patrimônio Público, solicitando à justiça a anulação do referido termo.

Diante do exposto, conclui-se que a hipótese e os objetivos que culminaram este estudo se encontram respaldados pelos dados e informações levantados e analisados, uma vez que, de fato, ficaram evidenciados problemas no financiamento, na composição e na aplicação de recursos na saúde, em Minas Gerais, sendo possível fornecer instrumentos conceituais e analíticos aos cidadãos mineiros, quanto ao exame da gestão pública, especialmente no campo das políticas sociais, com a possibilidade de subsidiar os gestores públicos municipais mineiros com dados e informações, que possa contribuir para o processo de negociação dos recursos, junto à Comissão de Intergestores Bipartite (CIB), além de enfatizar o descompromisso do governo de Minas Gerais com a prática do princípio da transparência e suscitar alguns questionamentos que possam desenvolver ou ampliar, nos cidadãos mineiros, o senso crítico, quanto à avaliação da gestão de saúde, atualmente praticada pelo Governo do Estado. Com isso, ficam evidentes as manobras praticadas pelo próprio Estado.

Independente disso, para que a problemática do sistema de saúde brasileiro seja, pelo menos, amenizada, é preciso que o assunto se torne prioridade nas decisões e implementações de propostas de políticas públicas, atualmente praticadas pelos administradores públicos. É preciso, ainda, ampliar o montante de recursos aplicado no sistema, em relação ao Produto Interno Bruto e não só criar leis, normas que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde na sociedade, mas também desenvolver mecanismos de controles mais rígidos, quanto à penalização dos entes federativos, caso haja o descumprimento da legislação vigente. É importante ressaltar que de acordo com os resultados de saúde apresentados no país, percebe-se que as deficiências da saúde brasileira não estão somente no montante de recursos aplicados no sistema, mas sim, na gestão e qualidade dos gastos, como é o caso de Minas Gerais, que tem considerado diversas despesas que não condizem com a legislação brasileira, e nem sequer têm atendido a todos, de maneira universal e igualitária. Já se passaram vinte e quatro anos da criação do Sistema Único de Saúde e até então diversas são as inconsistências cometidas pelos governos, no que diz respeito à aplicação de recursos na saúde e, mesmo assim, nenhuma penalização foi aplicada pelo descumprimento da legislação. É importante ressaltar que as leis existem, o que falta é fazer cumpri-las ou punir aqueles que não as cumprem.

É notório que a saúde pública, que se apresenta no contexto atual, é bastante complexa, e se o Estado não absorver essa complexidade, propondo soluções ao sistema, os maiores prejudicados são as classes sociais mais vulneráveis e excluídas do processo de desenvolvimento.

De todo modo, conforme já exposto no decorrer deste estudo o Estado tem uma participação vital no processo de desenvolvimento social. Mas o que se tem visto é um Estado lento, caro e ineficiente na oferta da qualidade de vida da população, principalmente em termos de direitos sociais o que tem causado aumento da pobreza, desigualdade, deficiências no acesso às oportunidades e vulnerabilidades, ocasionando os principais desafios para o século XXI.

Afinal, a saúde pública é traçada por meio de políticas sociais que se encontram, ainda, em construção e que precisam ser muito discutidas pelos governantes e pela sociedade, em geral, no intuito de fazer valer o que o povo brasileiro, por meio de seus representantes, estabeleceu, a partir da criação do Sistema Único de Saúde – SUS, em 1988. Diante disso, é preciso ressaltar, sempre, que o sistema de saúde é garantido a qualquer cidadão, seja ele mineiro ou brasileiro, mediante políticas sociais e econômicas, como um direito de todos e dever do próprio Estado.

6 REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, Jorge *et al.* **Efeitos econômicos do gasto social no Brasil**. In: Perspectiva da Política Social no Brasil. Brasília: IPEA, 2010. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/comunicado/110203_comunicadoipea75.pdf> Acesso em 17/04/2011.

ALEXANDRINO, Marcelo. **Direito Administrativo Descomplicado**. 17 ed. – Rio de Janeiro: Forense: São Paulo: Método, 2009.

ANDRADE, Nilton de Aquino [*et. al*]. **Planejamento Governamental para municípios: plano plurianual, lei de diretrizes orçamentárias e lei orçamentária anual** 1.ed. – São Paulo: Atlas, 2006.

_____. **Contabilidade Pública na Gestão Municipal**. 4. ed. – São Paulo: Atlas, 2012.

ANDRADE, Elizabeth Nogueira [*et.al*] **O SUS e o direito à saúde do brasileiro: leitura de seus princípios, com ênfase na universalidade da cobertura**. Revista Bioética, 2010. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/536/522> Acesso em 22/05/2012.

ANGÉLICO, João. **Contabilidade pública** 8 ed. São Paulo: Atlas, 1994.

ARENDT, H. **O declínio do estado-nação e o fim dos direitos do homem** - In: Origens do totalitarismo. São Paulo: Cia das Letras, 1989.

AROUCA, A. S. **Democracia é Saúde**. In: Anais. 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: MS/CD, 1986.

BACHA, Edmar Lisboa, SCHWARTZMAN, Simon (Organizadores), MEDICI André Cezar....[*et al.*]. **Brasil: a nova agenda social**. – Rio de Janeiro: LTC, 2011.

BANCO MUNDIAL. James D. Wolfensohn. **La outra crisis**.

BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. **História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória direito a saúde** In: Política de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJU/Fiocruz, 2007 – pag. 29-60.

BAUMAN, Zigmunt. **Identidade**. Rio de Janeiro. Jorge Zahar. Ed. 2005.

BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá [*et.al.*]. **Financiamento da saúde pública no Brasil: a situação atual e o impacto da vinculação constitucional de recursos (EC 29/2000)**. ResPública, 2007. <Disponível em: http://www.anesp.org.br/userfiles/file/respublica/respublica_5.pdf. Acesso em 19/04/2012.

BERTOLOZZI, Maria Rita; GRECO, R. M. **As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais**. Rev.Esc.Enf.USP, v.30, n.3, p.380-98, dez. 1996.

BOBBIO, Noberto. **Estado, governo, sociedade: para uma teoria geral da política**. 9. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2001.

BRASIL. **Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964**. Estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília, DF, 23 mar. 1964, Seção 1, p. 2745. Retificação Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília, DF, 9 abr. 1964, p. 3195.

_____. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Publicada no DOU de 20.09.1990, Brasília-DF, 1990.

_____. **Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado**. Os avanços da reforma na administração pública: 1995-1998. Brasília: MARE, 1998.

_____. **Portaria nº 42 de 14 de abril 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: Diário Oficial da União, 1999.

_____. **Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000**. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília, DF, 5 maio 2000, Seção 1, p. 1.

_____. **Ministério da Saúde**. Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas/Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. – Brasília: Ministério Saúde, 2000.

_____. **Emenda Constitucional de 13 de setembro de 2000**. Brasília – DF, 2000. <Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm> Acesso em 19/04/2012.

_____. **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: Diário Oficial da União, 2001.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil:** promulgada em 05 de outubro de 1988, Ed. Atual. São Paulo: Saraiva, 2006.

_____. **Constituição do Estado de Minas Gerais.** 14 ed.— Belo Horizonte: Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais, 2012.

_____. **Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012** - Publicada no DOU de 16.01.2012. Brasília – DF, 2012.

BRANDALISE, Fabio, FELLA, Leonir José, ZAMIN, Leoni Menta. **O Contador Público no contexto da Gestão Pública.** Instituto de Desenvolvimento Educacional do Alto Uruguai - IDEAU. ISSN 1809-6212. Vol.4 - n.9 - Julho - Dezembro 2009.

BRESSER PEREIRA, Luis Carlos. **Da administração pública Burocrática à Gerencial.** Revista do Serviço Público. Revista do Serviço Público, 47(1) janeiro-abril 1996. Trabalho apresentado ao seminário sobre Reforma do Estado na América Latina organizado pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado e patrocinado pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento (Brasília, maio de 1996).

CARTA DE OTTAWA. **Primeira conferência internacional. Sobre Promoção da Saúde.** Ottawa, novembro de 1986. www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf. Acesso em [22/12/2011](http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf).

CHAVES, Débora Almeida, SILVA, Marcos Almeida Pereira da. **Administração Pública Gerencial:** Dificuldades de implementação nas Organizações Públicas. Congresso Sul Brasileiro de Gestão Pública. Disponível em http://www.congressogestaopublica.com.br/images/stories/PALESTRAS_2010/ANAIS/ARTIGO2..pdf - Acesso em 01/04/2012.

CONSELHO NACIONAL DA SAÚDE. **Resolução nº 322, de 08 de maio de 2003.** Aprovar diretrizes acerca da aplicação da Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000, Brasília: Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, 2003. <Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_03.htm> Acesso em 19/04/2012.

COSTA, Indio da. **Administração pública no século XXI:** foco no cidadão. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2008.

COSTA, J. F. **História da Psiquiatria no Brasil**: um corte ideológico. Rio de Janeiro: Xenon, 1989.

COSTA Luciana Lima. **Avanços e Perspectivas da Gestão Pública nos Estados**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2008.

CPP- Centro de Políticas Públicas. **Inspere – Instituto de Ensino e Pesquisa**. São Paulo, 2009.http://www.insper.edu.br/sites/default/files/relatorio_da_pesquisa_sobre_saude_PNAD98-03.pdf – acesso em 18/07/2011.

DE PLÁCIDO E SILVA. **Vocabulário Jurídico**. 18. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2001.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito Administrativo**. 14 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

DRUCKER, P. F. **Prática de Administração de Empresas**. São Paulo: Thomson Learning/Pioneira, 1981.

ESCOREL, S. **Saúde: uma questão nacional**. In: TEIXEIRA, S.F. (Org.) *Reforma sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989.

ESCOREL, Sarah. **Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

ESCOREL, S.; TEIXEIRA, L.A. **História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963**: do império ao desenvolvimentismo populista: In, GIOVANELLA, L. et. Al.(org), *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. P 333-384.

FERNANDES, M. A. da C. et al. **Gasto social nas três esferas de governo - 1995**. Brasília, IPEA, 1998.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário Aurélio Eletrônico Século XXI**, Versão 3.0. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1999.

FERREIRA, Denise de Queiroz. **Contabilidade e Gestão da Saúde Pública**. Contab. Vista & Rev. Belo Horizonte, v. 14, n.1, p.9-30, abr. 2003.

FERREIRA DE HOLANDA, A. B. **Dicionário Aurélio Eletrônico 2.0**. São Paulo: Nova Fronteira, 1996.

FILHO, Ernée Kozyreff [et. al]. **Um método para estimativa de metas DEA**. Revista Produção v. 14 n. 2 2004. <Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prod/v14n2/prodv14n2a6.pdf> > Acesso em 17/04/2012.

FOUCAULT, Michael. **Microfísica do Poder**. São Paulo: Editora Paz e Terra, 2008.

FRANCO, Maria Ciavatta. **Quando nós somos o outro**: Questões teórico-metodológicas sobre os estudos comparados. Educação & Sociedade, ano XXI, nº 72, Agosto/2000.

FRANCISCO, Jailton Gonçalves [et. al]. **Planejamento e Orçamento Públicos**: Uma Revisão da Literatura. III SEGeT – Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia, 2006.

GASPARINI, Diogenes. **Direito Administrativo**. 12 ed. Ver e atual. – São Paulo: Saraiva, 2007.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo. Atlas, 1988.

_____. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1991.

GUEDES, Geraldo Matos. **Financiamento e alocação de recursos públicos na saúde em municípios de porte médio e com gestão plena**. Dissertação de Mestrado – Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES, Programa de Pós Graduação em Desenvolvimento Social/PPGDS, 2011.

LUIZ, Wander. **Guia Lei de Responsabilidade Fiscal**. Conselho Federal de Contabilidade – Brasília-DF, 2003.

GUIMARÃES, Antônio Sérgio. **Classes Sociais**. In O que ler na ciência social brasileira (1970-1995). MICELI, Sérgio. (Org). São Paulo: Ed. AMPOCS, 1999.

GUIZARDI, Francini Lube. **Participação da Comunidade em Espaços Públicos de Saúde**: uma Análise das Conferências Nacionais de Saúde. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 14(1):15- 39, 2004.

HOCHMAN, G. & FONSECA, C. M. O. **O que há de novo? Políticas de saúde pública e previdência, 1937-45**. In: PANDOLFI, D. (Org.) Repensando o Estado Novo . Rio de Janeiro: FGV, 1999.

HÖFLING, Eloisa de Matos. **Estado e Políticas (Públicas) Sociais**. Cadernos Cedes, ano XXI, nº 55, novembro/2001.

JUND, Sérgio. **Administração, orçamento e contabilidade pública**. Teoria e 830 questões. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

KEYNES, John. M. **Teoria geral do emprego, do juro e da moeda**. São Paulo: Nova Cultural, 1985.

KLIKSBERG, Bernardo. **Falácias e mitos do desenvolvimento social**. Tradução de Sandra Trabucco Valenzuela, Silvana Cobucci Leite – 2. ed. – São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2003.

KOHAMA, Heilio. **Contabilidade Pública: Teoria e Prática**. São Paulo: Atlas, 2006.

_____. **Contabilidade Pública: Teoria e Prática**. São Paulo: Atlas, 2010.

KRAEMER, Maria Elisabeth Pereira. **A maquiagem das demonstrações contábeis com a contabilidade criativa**. Capturado no site:
<http://artigocientifico.uol.com.br/artigos/?mnu=1&smnu=5&artigo=1062>. Acesso: 17/10/2011.

LAMPREIA, Luiz Felipe. **Relatório brasileiro sobre desenvolvimento social**. Estud. av. [online]. 1995, vol.9, n.24, pp. 9-74. ISSN 0103-4014.

LIMA, Diana Vaz de. **Contabilidade Pública: integrando União, Estados e Municípios (Siafi e Siafem)**. São Paulo: Atlas, 2000.

LOPES, Mário. **Políticas de saúde: interação dos atores sociais**. São Paulo: Editora Atheneu, 2010.

MACEDO, Laura Cristina. **Participação e Controle Social na Área de Saúde: uma revisão bibliográfica**. Ribeirão Preto, 2005.

MARX, Karl. **O 18 Brumário de Luis Bonaparte**. VirtualBooks, Formato: e- book/PDF, Código: CRCM1800009 © Ridendo Castigat Mores, 2000, Linguagem: Português.

MATTA, Gustavo Corrêa. **Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde**. / Organizado por Gustavo Corrêa Matta e Ana Lúcia de Moura Pontes. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007.

MATIAS-PEREIRA José. **Manual de Gestão Pública Contemporânea**. 4. Ed.- São Paulo: Atlas, 2012.

_____. **Curso de Administração Pública:** foco nas instituições e ações governamentais. 3. Ed.- São Paulo: Atlas, 2010.

_____. **Reforma do Estado e controle da corrupção no Brasil.** Carderno de Pesquisa em Administração, FEA/USP, v. 12, nº 12, p. 1-17, 2005.

MARTINS, Luciano. **Reforma da Administração Pública e cultura política no Brasil:** uma visão geral. Brasília: ENAP, 1997.

MELO, Celso Antônio Bandeira de. **Curso de Direito Administrativo.** 16. ed. São Paulo: Malheiros, 2003.

MENDES, A.; MARQUES, R. M. **O Direito Universal à Saúde em Risco. A Fragilidade Histórica do Financiamento e as Incertezas dos Governos Lula.** *Análise Econômica*, Porto Alegre, ano 30, n. especial, p. 35-58, set. 2012.

MINAS GERAIS. **Decreto 44.608 05 de setembro de 2007. Dispõe sobre a Organização da Secretaria de Estado de Transportes e Obras Públicas - SETOP - e dá outras providências.** Publicação - Minas Gerais Diário do Executivo - 06/09/2007 pág. 2 col. 1.

_____. **Instrução Normativa nº 19, de 17 de dezembro de 2008.** Publicada no Minas Gerais de 23/12/2008). Belo Horizonte, 2008.

_____. **1º Caderno Sustentável do IPSEMG.** Belo Horizonte, 2011. Disponível em: <http://www.ipsemg.mg.gov.br/ipsemg/portal/m/site/transparencia/3980-caderno-de-gestao/518/561>. Acesso 08/05/2012.

_____. **Lei 19.987 de 28 de dezembro de 2011.** Fixa o efetivo da Polícia Militar do Estado de Minas Gerais – PMMG –e do Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais – CBMMG –para o ano de 2011 e dá outra providência. Publicação - Minas Gerais diário do executivo - 29/12/2011 pág. 4 col. 2.

_____. **Caderno de Indicadores /** Escritório de Prioridades Estratégicas. Belo Horizonte, 2011. Disponível em: <http://www.almg.gov.br>. Acesso em 09/08/2012.

MOREIRA, Alexandre Magno Fernandes. **Estado, Governo e Administração Pública.** Disponível em <http://www.lfg.com.br>. Acesso em 29/03/2012.

MOTA, Carolina P.G. da. [et.al]. **Desigualdades em saúde na população brasileira:** uma análise comparada a partir das Pnads 1998 e 2003, com Foco em Minas Gerais. Disponível em:< http://www.cedeplar.ufmg.br/seminarios/seminario_diamantina/2008/D08A059.pdf - Acesso em 23/05/2012.

OLIVEIRA, Fabrício Augusto de. **Contabilidade Criativa: como chegar ao paraíso, cometendo pecados contábeis – o caso do governo do Estado de Minas Gerais**. Departamento de Economia da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Espírito Santo, 2010. Disponível em:< http://www.cedeplar.ufmg.br/seminarios/seminario_diamantina/2010/D10A099.pdf. Acesso em 26/04/2012.

OLIVEIRA, Samuel Antonio Merbach de. **NORBERTO BOBBIO: teoria política e direitos humanos**. Rev. Filos., v. 19, n. 25, p. 361-372, jul./dez. 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Dados Estatísticos do Observatório Mundial da Saúde, 2009**. <http://www.who.int/country/bra/es>, <http://www.who.int/countries/can/es/>. Acessos em 06/01/2012.

PAIN, Janilson Silva. **O que é SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PARRA, Marcelo F.L. **A responsabilidade social como uma das políticas que legitima a gestão pública**. VIII Congresso Internacional Del CLAD sobre La Reforma Del Estado y de La Administración Pública, Panamá, 28-31 Oct. 2003.

PIOLA, Sérgio Francisco [*et. al*]. **Saúde no Brasil: Algumas Questões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília – DF, IPEA, 2009. <Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/082/08201007.jsp>> Acesso em 19/04/2012.

PLATT NETO, Orion Augusto *et. al*. **Publicidade e transparência das contas públicas: obrigatoriedade e abrangência**. Revista de Contabilidade Vista & Revista, Belo Horizonte, v. 18, nº 1, p. 75-94, jan./mar.2007.

POLANY, Karl. **A grande transformação: as origens de nossa época**. 2 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2000.

QUINTANA, Alexandre Costa [*et.al*]. **Contabilidade Pública: de acordo com as novas normas brasileiras de contabilidade aplicadas ao setor público e a lei de responsabilidade fiscal**. São Paulo: Atlas, 2011.

REIS, Carlos Octávio Ocké [*et.al*]. **Financiamento das Políticas Sociais nos anos 1990: O Caso do Ministério da Saúde**. Brasília – DF, 2001. <Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/082/08201007.jsp>> Acesso em 19/04/2012.

RIANI, Flávio. **Economia do setor público**. 4ª ed. São Paulo: Editora Atlas, 2002.

RIBEIRO, Márcio Bruno. **Desempenho e Eficiência do Gasto Público: uma análise comparativa do Brasil em relação a um conjunto de países da América Latina, Finanças Públicas – XIII Prêmio Tesouro Nacional – 2008.** <Disponível em http://www.tesouro.fazenda.gov.br/Premio_TN/XIIIPremio/qualidade/3qualidadeXIIIPremio/Desempenho_Eficiencia_gasto_Publico.pdf> Acesso em 17/04/2012.

RIST, Gilbert. **The History of Development. From Western Origins to Global Faith.** Zed Books, London and New York, 1997.

RODRIGUES, Luciene. **Itinerário da construção das abordagens de desenvolvimento.** In: Revista Argumentos. Montes Claros, Editora Unimontes, 2009. v.4, n.1, PP. 127 a 162 ISSN I806-5227.

SANTOS, Clezio Saldanha. **Introdução à gestão pública.** São Paulo: Saraiva, 2006.

SCALON, Maria Celi; SANTOS, José Alcides F. **Desigualdades, classes e estratificação social.** In Horizontes das Ciências Sociais no Brasil. Sociologia. MARTINS, Carlos B. (coord.). São Paulo: AMPOCS, 2010.

SCHWARTZMAN, Simon. **As causas da pobreza.** Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.

SEN, Amartya. **Desenvolvimento econômico como liberdade.** São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

SILVA, Lino Martins. **Contabilidade Governamental: um enfoque administrativo - 7ª edição –** São Paulo: Atlas, 2004.

SILVA, Maria Patrícia da. **Desenvolvimento e Saúde: Dimensão Social do Projeto Montes Claros.** Dissertação de Mestrado em Desenvolvimento Social – UNIMONTES, 2010.

SILVEIRA, Mário Magalhães da. **Política Nacional de Saúde Pública.** Rio de Janeiro: Revan, 2005.

SOUZA, et. Al. **Direito da saúde no Brasil/** André Evangelista de Souza... [et.al.]; Organizadora: Lenir Santos – Campinas/SP – Saberes Editora, 2010.

SPOSATI, A. & LOBO, E. **Social Control over Health Policies.** Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 8 (4): 366-378, oct/dec, 1992.

TEXEIRA, Sonia Maria Fleury (org). **Projeto Montes Claros: a utopia revisada**. Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.

TUMIN, Melvin M. **Estratificação Social**. São Paulo: Pioneira, 1970.

ZARPELON, Márcio Ivanor. **Gestão e responsabilidade social: NBR 16.001/AS 8.000: implantação e prática**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2006.