



CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM DIREITO SANITÁRIO

Irisnaldo dos Santos Coelho

**Desfinanciamento do SUS do município de menor capacidade financeira:
uma questão de saúde pública.**

Belo Horizonte
2024

IRISNALDO DOS SANTOS COELHO

Desfinanciamento do SUS do município de menor capacidade financeira: uma questão de saúde pública.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Direito Sanitário.

Orientador: Ederson Alves da Silva

Belo Horizonte
2024

Irisnaldo dos Santos Coelho

Deficiência financeira na gestão pública de um município pobre: uma questão de saúde pública.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Escola de Saúde Pública do Estado de Minas
Gerais, como requisito parcial para obtenção do
título de Especialista em Direito Sanitário.

Banca Examinadora
Marília Aparecida Rosário Oliveira Santos
Laura Letícia Perdigão Guerra
Ederson Alves da Silva

Belo Horizonte
2024

C672d

Coelho, Irisnaldo dos Santos.

Desfinanciamento do SUS do município de menor capacidade financeira: uma questão de Saúde pública. / Irisnaldo dos Santos Coelho. - Belo Horizonte: ESP-MG, 2024.

44 f.

Orientador(a): Ederson Alves da Silva.

Monografia (Especialização) em Direito Sanitário.

Inclui bibliografia.

1. Financiamento. 2. Recursos Limitados. I. Silva, Ederson Alves da.
II. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. III. Título.

NLM WA 540

ATA

Declaramos que o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) do aluno Irisnaldo dos Santos Coelho, com o título: "Deficiência financeira na gestão pública de um município pobre no início da pandemia de Covid-19: uma questão de saúde pública", do Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* Especialização em Direito Sanitário, foi avaliado pela banca composta por: Ederson Alves da Silva (orientador); Marília Aparecida Rosária Oliveira Santos (avaliadora); Laura Leticia Perdigão Guerra (avaliadora) e foi considerado APROVADO obtendo Nota/Conceito 80/B.

Reformulações:

☒ Sugeridas – Somente para Conceito A, B e C.

☐ Exigidas para Aprovação – em conceito D.

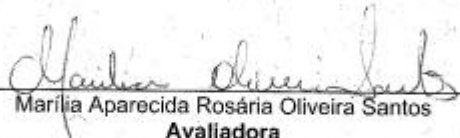
☐ Não se aplicam.

OBS.

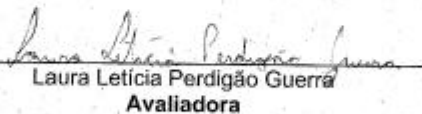
Belo Horizonte, 1º de abril de 2024.



Ederson Alves da Silva
Orientador



Marília Aparecida Rosária Oliveira Santos
Avaliadora



Laura Leticia Perdigão Guerra
Avaliadora

AGRADECIMENTOS

A todos os professores que durante todo curso, de maneira fantástica passaram o conteúdo, demonstrando um conhecimento sobre o assunto muito grande.

Aos colegas que fizeram parte desse momento único da minha vida, e que tive a satisfação de conhecê-los.

A minha fabulosa esposa que sempre me apoiou em todos os momentos, mesmo sem saber.

Ao meu filho que me faz ganhar forças e por ele são todos meus propósitos.

A Deus, toda honra e glória seja toda dele.

RESUMO

Após a Constituição de 1988, houve uma grande melhoria nas questões relacionada a saúde pública no Brasil, porém o desafio de todo gestor dos três entes é sem dúvidas, os recursos limitados, ou seja, existem verbas disponibilizadas durante a gestão, no entanto, esses valores não conseguem atender todo. O financiamento entra para dizer aos gestores que eles devem trabalhar de uma forma brilhante, para atender a todos de uma forma igualitária, porém, com os valores reduzidos, pois, desde a implementação do SUS não se teve um financiamento adequado capaz de cobrir a todos sem ter que sufocar outras áreas. No contexto, veremos que os municípios, apesar de ser o mais fraco entre os três Entes, investem na saúde pública acima do obrigatório, e com isso, outras áreas dentro do município acabam sendo prejudicadas.

ABSTRACT

After the 1988 Constitution, there was a great improvement in issues related to public health in Brazil, but the challenge for every manager of the three entities is, without a doubt, limited resources, that is, there are funds made available during management, however, these values cannot meet all. Financing comes in to tell managers that they must work brilliantly, to serve everyone equally, however, with reduced amounts, as, since the implementation of the SUS, there has not been adequate financing capable of covering everyone. without having to suffocate other areas. In context, we will see that the municipalities, despite being the weakest among the three Entities, invest in public health above what is mandatory, and as a result, other areas within the municipality end up being harmed.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
FMS	Fundo Municipal de Saúde
FMS	Fundo Municipal De Saúde
FNE	Fundo Nacional De Emergência
FNS	Fundo Nacional de Saúde
ISTI	Imposto sobre Transmissão Inter-vivos
IPTU	Impostos o Predial e Territorial Urbano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia Estatística
LOM	Lei Orgânica Municipal
OSS	Orçamento da Seguridade Social
OMS	Organização Mundial da Saúde
OSS	Orçamento da Seguridade Social
OMS	Organização Mundial de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia Estatística
PIB	Produto Interno Bruto
PEC	Proposta de Emenda à Constituição
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	6
2	OBJETIVOS.....	8
2.1	Objetivo Geral.....	Erro! Indicador não definido.
2.2	Objetivos Específicos	Erro! Indicador não definido.
3	O FINANCIAMENTO PÚBLICO DA SAÚDE APÓS A CF/1988	8
4	FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....	12
5	GESTÃO DE RECURSOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)	17
6	CONSELHOS DE SAÚDE, PONTE DE EXERCÍCIO DOS DIREITOS DA COMUNIDADE DENTRO DO SUS	20
7	CONTABILIDADE PÚBLICA, FERRAMENTA DE ELABORAÇÃO DA GESTÃO NA SAÚDE PÚBLICA	21
8	INÍCIO DO ANO PANDÊMICO	31
9	ARRECADAÇÃO DOS DADOS E ANÁLISE DOS RESULTADOS ENTRE OS ENTES	22
9.1	Aplicação Mínimo da União	22
9.2	Aplicação Mínima dos Estados	28
9.3	Aplicação Mínimo Municipal	30
9.4	Característica do Município de Verdelândia.....	31
9.5	Aplicabilidade das Arrecadações Dentro do Município	32
10	CONCLUSÃO.....	37
11	BIBLIOTECA:	39

1 INTRODUÇÃO

Partindo da premissa saúde, a definição que encontramos na Organização Mundial de Saúde (OMS) é “*um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de doenças*”. (Revista Científica da Faculdade de Medicina de Campos. 2018). Dessa forma, saúde passa da esfera do tratamento ou combate e vai muito além dessa perspectiva, por conseguinte, em uma visão mais ampliada, a saúde tem seu viés mais atualizado não apenas na individualização do indivíduo como merecedor de uma contraprestação do Estado, mas com foco no gregário.

Para reforçar o entendimento sobre saúde, a CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS (2010) entende que:

Segundo a Recomendação Geral n. 14, de 2000, o direito à saúde não deve ser compreendido como o direito de estar sadio. Seu conteúdo abrange, além do direito de exigir do Estado que realize ações efetivas para implementá-lo, obrigação que envolve um fazer estatal; determinadas liberdades individuais, como a de controlar a própria saúde e corpo; e a de não ser submetido nem a experimentos médicos sem consentimento nem à esterilização forçada (OMS, 2009). (CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS, p. 03)

Diante disso, a saúde tem amparo no tripé do bem-estar, pois existe uma interseção entre as três bases, ou seja, a saúde é o equilíbrio entre esses conjuntos: sendo o ápice da saúde é alcançado o bem-estar físico, mental e social: No primeiro pilar, em se tratando bem-estar físico, o indivíduo tem autonomia para desenvolver suas próprias desenvolvuras, e consegue contornar as dificuldades diárias; No segunda, bem-estar mental, dever ser considerado as características positivas do indivíduo, ou seja, na capacidade contributiva na construção da sociedade; Por fim, bem-estar social, trata do respeito das aptidões coletivas e individuais de cada indivíduo.

Nas palavras de MENDES (2019) o bem-estar social foi formado na seguinte ótica:

O Estado de Bem-Estar social concretizou-se por meio da organização e produção de bens e serviços coletivos ou privados, regulados pelo Estado. Dessa forma, estabeleceram-se novos padrões de relação entre Estado e sociedade, em que os Estados intervêm nas relações sociais para regular as atividades econômicas, ao mesmo tempo em que garantem alguns direitos sociais dos cidadãos. (MENDES, 2019, p. 264)

Nesse contexto, o SUS sua visão direcionada ao bem-estar social, liga-se diretamente aos direitos sociais. Quando o Estado resolve regula para si os interesses dos seus cidadãos, automaticamente absorve a responsabilidade de proporcionar a sociedade o bem-estar social de qualidade.

Notadamente, diversos países ao redor do mundo que utilizam os modelos componentes do sistema da saúde investem grande parte dos seus recursos nessa área, garantindo o

funcionamento da saúde aos seus cidadãos, como: Seguro Social, Seguros Privados e Assistencialista, Modelo Universal.

Em nosso país, visando uma justa contrapartida a todos, a CONSTITUIÇÃO FEDERAL de 1988, tratou do tema estabelecendo o seguinte:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (CF/88)

Ao lermos o texto acima, podemos mensurar que em uma única engrenagem duas premissas são estabelecidas. De um lado, à saúde como direito de todos e do lado oposto, dever do Estado e o garantidor desse direito. Valendo ser dito que, para esses dois mecanismos funcionarem harmonicamente é necessário que as políticas sociais econômicas estejam bem estruturadas, ou seja, a necessidade de recursos para toda essa articulação.

Desse modo, o marco garantidor para esse direito é surgimento o Sistema Único de Saúde (SUS), mecanicismo imprescindível para a saúde pública que conhecemos hoje.

Fazendo um recorte histórico, partido do período do império, as questões relacionadas à saúde não tinham tanta relevância, conforme veremos a seguir.

Nos períodos de colonização e império era inexistente qualquer política pública propícia para saúde. Após a chegada dos povos europeus, inúmeros indígenas morreram por falta de resistências as doenças trazidas, nascendo ali as primeiras distinções para saúde, sendo que o fator primordial para esse atendimento era a classe social do indivíduo, ou seja, quem recebia o atendimento médico eram os nobres. Por outro lado, uma das raríssimas alternativas para os pobres, escravos e indígenas eram as instituições religiosas que recebiam uma ajuda médica.

Após a chegada da Corte Portuguesa ao Brasil, em 1808, diversas mudanças foram pontuadas nas questões relacionadas ao Estado, Sociedade e área da medicina (Galvão, p.13). Em outras palavras, a família real no Brasil, trouxe diversas mudanças em diversas áreas no Brasil, inclusive na medicina, campo que se liga diretamente com a saúde. Além disso, foi inaugurado curso de medicina, que onde a partir desse momento, as expectativas sobre a saúde foram melhorando paulatinamente (Galvão, p.13)

Já em 1829, nas palavras de Galvão (p.16):

Nessa época, inicia-se a grande ofensiva da Medicina brasileira que procura se implantar como Medicina Social. Em 1829, surge a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, a qual lutará para impor-se como guardião da saúde pública, em meio à situação conturbada da época, a Sociedade de Medicina fundamenta sua investida através do Projeto de organização de uma sociedade perfeita. (GALVÃO, p.16)

Vemos que a sociedade começa a juntar forças para lutar nas questões da saúde com mais organização, pois naquele momento a instabilidade no país era grande.

E em 1988, é promulgada a Constituição Federal, que tem com sua principal bandeira para a saúde, que todo cidadão tem direito e dever do Estado em fornecer, e após absorver os serviços de saúde no país, com a abrangência total, tornou-se necessário a discursão do financiamento.

Por fim, a Lei Federal 8.080 de 1990, instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como base três colunas primárias, para suportar toda essa complexidade que o programa exige, a saber: universalidade, igualdade de acesso e integralidade na entrega do serviço. Baseado nesses três princípios é que todos os Entes procuram entregar os melhores serviços de saúde aos seus cidadãos.

2 OBJETIVOS

Compreender por qual motivo os municípios menores, na sua grande maioria sofrem desproporcionalmente com a escassez desses recursos com esse modelo vertical (União, Estados e Municípios) adotado. Fazer um breve paralelo entre União, Estado e um Município, para verificar a grandeza do que é repassado por cada Ente. Os modelos que serão utilizados como fonte para o estudo serão obviamente a União, o Estado de Minas Gerais e o Município Verdelândia. Nessa perspectiva, verificar qual o motivo do município apontado acima sofre árduas penas para entregar os serviços da saúde com uma mínima qualidade possível.

Verificar o financiamento do SUS para o município de Verdelândia.

3 O FINANCIAMENTO PÚBLICO DA SAÚDE APÓS A CF/1988

Mendes (2019) relaciona o financiamento como uma das principais dificuldades no sistema de saúde do Brasil:

Vários problemas contribuíram para a segmentação do sistema de saúde brasileiro, mas o mais significativo foi o financiamento. A generosidade dos constituintes na instituição de um sistema público universal beveridgeano não foi acompanhada pela criação de uma base material que garantisse a saúde como direito de todos e dever do Estado. (Mendes, p. 133 e 134. 2019)

Nessa perspectiva, vemos que o alicerce onde o financiamento foi criado não atendeu as expectativas, pois o modelo universal adotado necessita de uma estrutura mais volumosa de financiamento para atender as questões relacionadas a saúde como direito de todos.

Destarte, a saúde pública, ficou estabelecido pelo constituinte no campo da Seguridade Social. Dessa, foi fixado em um tripé: Previdência Social, Saúde e Assistência Social. A partir

de 1988, o orçamento da seguridade deveria ser rateado entre as três áreas, para viabilizar e garantir de forma horizontal todas as prerrogativas relacionadas à saúde dos cidadãos.

Art. 194. A seguridade social compreende 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. (CF/88)

É importante dizer que o artigo acima elenca os conceitos e os objetivos da seguridade social. Nesse contexto, fica definido que existem um conjunto de ações em que tanto o poder público quanto a sociedade privada desempenham um papel imprescindível visando à saúde, à previdência e à assistência social.

Quanto aos objetivos, é importante ressaltar que o Brasil em 1988, o país estava saindo de uma ditadura militar, e estava clamando pelo resgate da dívida social, logo, os objetivos ficam ligados diretamente a democracia. Em outras palavras, podemos considerar o momento histórico, ou seja, nosso país estava no período de transição entre a ditadura e o período de redemocratização. Dessa forma temos que levar em conta uma Constituição cidadã, logo, os objetivos se conectam ou tangenciam diretamente com a democracia.

Os objetivos básicos do SUS estão fixados nos seguintes incisos, quais sejam:

Parágrafo único. Compete ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos:

I– universalidade da cobertura e do atendimento;

II– uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;

III– seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;

IV– irredutibilidade do valor dos benefícios;

V– equidade na forma de participação no custeio;

VI– diversidade da base de financiamento;

VII– caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão. (CF/88, Art. 194)

Nos ateremos nos seguintes incisos I, II e IV desse artigo, a universalidade que se divide em cobertura e atendimento. A cobertura, diz que o poder público precisa cobrir todos os riscos sociais que careça de cuidado: invalidez, doença reclusão, velhice, morte, dentre outros. Melhorando, a cobertura se relaciona com uma ação, algo pontua, ou seja, qualquer risco social que a população necessite a cobertura terá que atuar. Já o atendimento, garante que todas as pessoas estão debaixo da proteção social, indistintamente de qualquer posição social, credo, raça e dentre outro.

O segundo, a equidade trata da uniformidade e equivalência dos serviços a qualquer população, urbana e rural. A uniformidade traz à tona uma cota da seguridade social, pois, faz alusão direta no caso da existência de riscos idênticos os benefícios têm que ser semelhantes

independentemente do local do labor. Além disso, por esse princípio, o município que necessita mais vai receber mais.

Por fim, o sexto fala da diversidade de base de financiamento, denota que sobre a existência de várias bases de onde virá os recursos, que garanta as áreas da saúde, assistência social e previdência. Deixando claro que, as áreas mencionadas anteriormente, a partir de 2019 tiveram um novo entendimento, e todos os recursos têm que ficar claro o valor respectivo para cada uma dessas áreas.

Portanto, as inúmeras bases de recursos que sustentam o financiamento, têm como base a garantia desses elementares, porém, essa salvaguarda torna-se complexa no ponto de vista das grandes restrições orçamentárias e financeiras em que esse programa está atrelado.

Periodicamente o Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE) divulga a população do nosso país. Vejamos quais as perspectivas entre os anos 2010 e 2022, as palavras de Teixeira (2023):

O Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE) divulgou os resultados no Censo Demográfico 2022. Segundo o censo, o Brasil tem 203.062.512 de habitantes, um crescimento populacional de 6,45% desde a edição anterior da pesquisa, em 2010. As pesquisas geralmente acontecem a cada 10 anos, mas não aconteceu em 2020 por causa da pandemia; nem em 2021, por conta de cortes de gastos. (TEIXEIRA, 29/06/2023)

Seguindo esse raciocínio, fica claro sobre a grande responsabilidade do SUS para a saúde no Brasil, e em razão de toda a complexidade que o programa acima mencionado exige, o financiamento é um verdadeiro gargalo para toda essa estrutura, pois está de forma intrínseca ligado às questões em que os gestores de todas as esferas utilizam para distribuir de maneira igualitária os recursos.

Na visão de Gadelha, N. C. P (2021), apresenta uma perspectiva de um debate constante sobre o tema:

O tema do financiamento das ações e serviços de saúde tem sido objeto de reflexão permanente, seja analisando a estrutura e a evolução do financiamento e do gasto setorial, o financiamento público e privado na prestação dos serviços, e suas repercussões sobre a oferta de serviços, seja mediante a articulação do debate orçamentário, baseado em análises detalhadas dos mecanismos de financiamento setorial, com outros aspectos da realidade, sempre com o olhar prospectivo e tendo por referência um “horizonte móvel” de 20 anos.” (Gadelha, N. C. P, 2021, p. 7 e 8).

Nesse prisma, a preocupação tende a sair do macro e focar também no micro, ou seja, existem setores específicos que se tiver uma boa análise os problemas certamente diminuirão.

Já na visão do Ministério Da Saúde Organização Pan-Americana Da Saúde (2013) o financiamento pode ser tratado sobre suas óticas diferentes, vejamos:

O financiamento das ações e serviços públicos de Saúde no Brasil deve ser analisado sob dois aspectos: das fontes de receitas e da forma como se estruturam os gastos. O retorno a ser obtido depende de orientações políticas, que definem as prioridades do gasto, e que, portanto, devem ser medidos por seu impacto e contribuição para o desenvolvimento socioeconômico. (MINISTÉRIO DA SAÚDE ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, p. 10)

Interessante salientar sobre as medidas a serem adotadas, que sempre partindo do campo das discussões para chegarem a diretrizes dos gastos, sempre visualizando fontes de receitas e da forma como se estruturam os gastos.

As destinações dos recursos exigem de todos os administradores uma habilidade excepcional, fazer com que consiga atender a todos dessa tríade de forma equânime é desafiador para os gestores iniciando da União, passando pelos Estado e finalizando nos Municípios. Em outras palavras, apesar das garantias dos recursos financeiros estabelecidos em lei, o tema financiamento da saúde pública desde sua concepção, já nasce com duas dificuldades importantes de serem discutidas: déficit orçamentário, e o fato de nosso país possuir uma diversidade e desigualdade social espantosa. Apenas esses dois pontos já mostrariam que o papel do gestor é imprescindível e delicado para entregar uma boa destinação dos recursos que lhes são entregues.

Na Nota Técnica nº 012, de 2013 – CONOF/CD, aponta a responsabilidade do financiamento da saúde pública no Brasil, vejamos:

“Nos termos do mandamento constitucional, “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único e organizado que será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes” (art. 198, caput e §1º da CF)¹⁴. Portanto, o financiamento da saúde é da corresponsabilidade das três esferas de governo.” Nota Técnica nº 012, p.7, 2013 – CONOF/CD

Ressaltando os termos corresponsabilidades, descrito no trecho acima, destaca bem a independência dos Entes. A entrega do serviço da saúde para que seja realizada de uma melhor forma possível, é de responsabilidade individual, mais também coletiva, pois o termo regionalizado demonstra o papel dos Municípios e dos Estados. Já as observâncias das diretrizes no que diz a respeito da hierarquia, a União figura com o papel de grande relevância entre os Estado e Municípios.

Fazendo um recorte temporal, nos períodos de 1995 a 2002, Negri (2002), apresenta a evolução com a atenção básica e assistência farmacêutica, a saber:

O crescimento dos gastos com atenção básica. Os recursos passam de R\$ 2,681 bilhões para R\$ 5,063 bilhões, um acréscimo de R\$ 2,382 bilhões, ou um aumento de 88,8%, entre 1995 e 2002. Esse valor inclui, a partir de 1998, recursos para assistência farmacêutica básica. Outro fator importante são os gastos com atenção básica sobre o total de gastos com assistência. Em 2002, essa aplicação, que era de 18,4% em 1995, passou para 26,6%. (Negri, 2002, p. 14)

Analisando o raciocínio acima, ficar nítido que a capacidade orçamentaria nas questões do financiamento, é sem dúvidas um tema a ser discutidos e uma das pautas que sempre deverá ser discutidas. Além disso, é possível verificar uma evolução significativa nos recursos entre os períodos apresentados.

A títulos comparativos, no cenário internacional, a Agência IBGE Notícias (2022), realizou uma pesquisa em 2019, buscando dados sobre os gastos como serviço de saúde proporcionalmente ao PIB:

A pesquisa também mostra que os gastos com saúde no Brasil, como proporção do PIB, são semelhantes à média (8,8%) de países selecionados da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), embora estejam abaixo da participação de alguns como Alemanha (11,7%), França (11,1%) e Reino Unido (10,2%). Já o gasto público brasileiro com saúde em relação ao percentual do PIB (3,8%) é inferior à participação da maioria desses países selecionados, superando apenas a do México (2,7%). (IBGE. 2019)



(Agência IBGE Notícias, 14/04/2022)

Na ilustração acima mostra o real quadro do Brasil, ou seja, em uma comparação com a Alemanha, ocupante do primeiro lugar na questão dos investimentos na saúde pública, ficamos em quinto lugar.

4 FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Ao tratar desse assunto, o melhor pensamento é sobre a maneira pela qual toda essa rede é sustentada, vejamos:

Art. 195. A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais: (EC no 20/98, EC no 42/2003 e EC no 47/2005). CF/88

Importante ressaltar que desde a implementação do SUS o financiamento nunca foi compatível com a realidade, porém, a seguridade social aparece exercendo um papel importantíssimo na saúde pública no Brasil com o financiamento, pois é gerado uma grande despesa nas três esferas, e para garantir esses serviços todos os cidadãos têm uma importância imensa no que diz respeito à divisão dos gastos, pois, conforme já ressaltado acima, o art. 194 da CF/88, diz que esse financiamento será arcado por toda a sociedade, na forma direta, quanto na forma indireta. Em outras palavras, todas as ações tributárias dos indivíduos produzem durante sua vida, sejam elas advindas das taxas, impostos ou contribuições pagas, são destinadas aos cofres do Estado, e a título de exemplos dos impostos e taxas podemos mencionar: IPVA, ITPU, IPI e as contribuições à Seguridade Social. O agrupamento de todo esse montante irá compor o orçamento da União, dos Estados e Municípios.

Nesse cenário, segundo o Senado Notícias, destacar que existe um sistema chamado de DRU, criado em 1994 pelo Fundo Nacional De Emergência (FNE), que retira 20% do orçamento para ser aplicado em qualquer despesa taxadas como prioritária. Porém, em 2015, foi criada uma Proposta de Emenda à Constituição (PEC) 87/2015, que altera essa porcentagem para 30% a alíquota.

A PEC aumenta de 20% para 30% a alíquota de desvinculação sobre a receita de contribuições sociais e econômicas, fundos constitucionais e compensações financeiras pela utilização de recursos hídricos para geração de energia elétrica e de outros recursos minerais. Por outro lado, impostos federais, como o Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) e o Imposto de Renda (IR), não poderão mais ser desvinculados.

Receita	Regra atual	PEC
Impostos	20%	Fora da DRU
Contribuições sociais e econômicas	20%	30%
Acréscimos legais de impostos e contribuições	20%	Fora da DRU
Fundos constitucionais (FCO/FNE/FNO)	—	30%
Taxas	—	30%
Compensações financeiras – Recursos hídricos e minerais	—	30%

Fonte: PEC 87/2015

(SENADO NOTÍCIAS)

E diante desse cenário, em 2016 a Proposta de Emenda à Constituição (PEC) 31/2016 foi aprovada com validade até 2023 com os mesmos critérios acima. Dessa forma, essa mudança continua trazendo consequências ainda maiores para todo o sistema já é colapsado.

Após a promulgação da Constituição Federal de 1988, em conjunto com a Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90, ficaram definidas como as Leis Orgânicas da Saúde, com isso, os recursos foram distribuídos para cada região se deram através de critérios, e ficou acordado que as verbas e os investimentos de cada Esfera seriam distribuídos. Muito embora esses critérios terem sido fixado, até 1999 não havia o quantitativo que cada Ente deveria investir, apenas a obrigação, e buscando resolver esse problema, surgiu a Emenda Constitucional nº 29/2000, legalizando os percentuais mínimos de contribuições de cada Ente da Esfera precisariam atingir.

Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 que regulamenta o financiamento do SUS, vale destacar melhor os objetivos que foi estabelecida, tendo em vista a sua importância para todo contexto que é para o financiamento da saúde.

Inicialmente, essa lei tratar dos percentuais que obrigou anualmente a União, Estados e Municípios estabelecem os valores mínimos de investimentos, em execuções e serviços públicos de saúde. Esses critérios de todas as suas arrecadações e imposto, ficaram estabelecidos na seguinte ordem: Municípios 15%, Estado 12% e a União o investimento no anterior mais a variação do Produto Interno Bruto (PIB).

Ressaltando que, para melhor sintetização, em 2022, foi lançada pelo Ministério da Saúde/Fundo Nacional da Saúde (2022), uma cartilha para apresentação de propostas ao ministério da saúde, acerca das transmissões dos recursos por parte da União, e foi estabelecido da seguinte forma:

As transferências de recursos da União são instrumentos celebrados pelos órgãos e pelas entidades da Administração Pública Federal com órgãos ou entidades públicas (administração estadual, distrital, municipal) ou privadas sem fins lucrativos, para a execução de programas, projetos e atividades de interesse recíproco que envolvam a transferência de recursos financeiros oriundos do Orçamento Fiscal e da Seguridade Social da União. (MINISTÉRIO DA SAÚDE FUNDO NACIONAL DE SAÚDE, 2022, p. 11)

O orçamento da União destinado a saúde é apresentado como oriundos do Orçamento Fiscal e da Seguridade Social da União, e a destinação a cada Ente, necessariamente precisam de um elo, quais sejam, as transferências das verbas oriundas da União é o portal que todos os Entes consigam desenvolver os cumprimentos dos seus programas.

Além disso, a alocação dos recursos da União mediante as dotações orçamentárias para as transferências, seguem as seguintes linhas: Recurso de Programa/Ação. Diz a respeito de um prévio cadastramento das propostas de projetos dos órgãos públicos que desejam realizar, que posteriormente obedecendo os planejamentos das políticas realizaram da melhor forma possível

esses projetos e programas com as verbas recebidas. A segunda, é a Recurso de Emenda Parlamentar. Esse é um importante instrumento, pois os parlamentares conseguem encaminhar os recursos para suas regiões, onde melhor apresentar. Dentro desse último, temos o Orçamento Impositivo, como o nome já ressalta, é obrigatória as execuções orçamentarias e financeiras, novidade nos artigos 165 e 166 da CF/88.

Vale destacar que os critérios dos atendimentos especializados exigem diretrizes fixas para esse trabalho, sendo, portanto, a Lei 141/2012, um importante direcionamento. Além disso, essa Lei é uma das mais importante para compreensão do assunto, conforme o Ministério Da Saúde Fundo Nacional De Saúde (2022):

A Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012, art. 17, e a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, art. 35, fixam as regras para o estabelecimento de valores a serem distribuídos por estados, municípios e Distrito Federal, que, combinados, podem gerar fórmulas de cálculo que atendam às peculiaridades das diversas linhas de investimento e às diferentes necessidades oriundas da heterogeneidade das regiões, dos estados e dos municípios brasileiros. (MINISTÉRIO DA SAÚDE FUNDO NACIONAL DE SAÚDE, 2022, p.13)

A luz da Lei 141/2012, os ganhos para população foram significativos, pois ele ressalta os interesses específicos das regiões, apontando 6 (seis) frente a serem seguidos. Trouxe, ainda, uma melhor contrapartida entre todos os Entes, conjuntamente estão obrigados na prestação dos serviços de saúde em relação ao Sistema Único de Saúde (SUS) em todo Território Nacional. Em outras palavras, a Lei acima, buscou um melhor equilíbrio nos repasses, tendo em vista que anteriormente a regulação era insuficiente para gerir todos esses recursos.

Em segundo lugar, os critérios de distributividade de rateio dos recursos de transferências. Aqui, o objetivo é destacar a questão da equidade, ou seja, o Município que necessite mais, vai receber mais, para que consiga entregar a melhor ações na prestação de serviços aos seus munícipes, todos esses mecanismos são movimentados por parte de Estado como forma de equalização.

Terceiro lugar, podemos destacar sobre as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com a saúde. Melhor explicando, quando o dinheiro estiver disponível, ele passará por esses três filtros, para averiguar se realmente a finalidade que foi proposto alcançou seu objetivo.

Por fim, e não menos importante, essa Lei engloba as três esferas do governo, como responsáveis pela saúde, União, Estado, Municípios e Distrito Federal, já antecipado anteriormente. Cabe ressaltar que, houve revogação dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.

Vale ressaltar que ainda que a Lei Complementar nº 141/2012 em conjunto Emenda Constitucional nº 29/2000, tem um papel excepcional na efetivação das ações de saúde no nosso país, conforme nos ensina Piola, P., S., S. (2013):

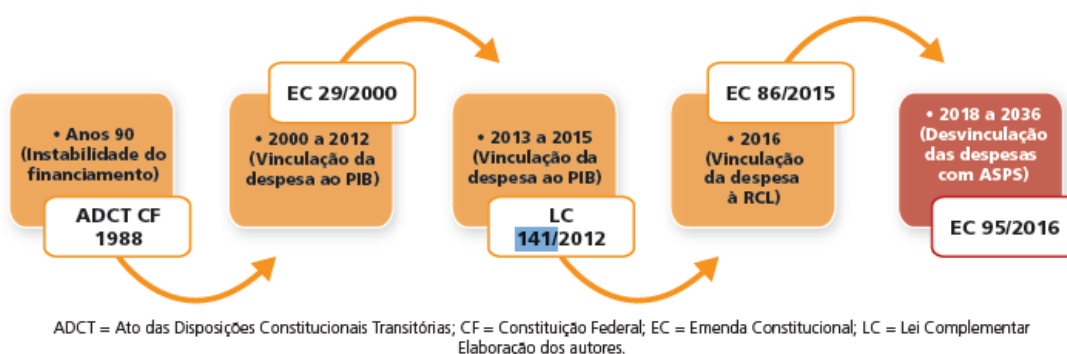
Como visto, a EC no 29 (Artigo 6º) acrescentou ao Artigo 198 da CF o parágrafo 3º, item II, estabelecendo que a LC que será reavaliada, pelo menos, a cada cinco anos determinará “os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao DF e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais”. (Piola, P., S., S. 2013, p. 34)

Duas observações importante de serem mencionadas, sendo a primeira que trata da questão da reavaliação a cinco anos e a segundo referente a redução das disparidades regionais. Esses dois pontos, pois tem o condão de mitigar os desvios dos investimentos e a tentativa de equiparar os serviços de saúde, mesmo entendendo que as diferenças entre cada região são quase que específicas, com isso acaba trazendo um pouco de alento aos administradores municipais, que diariamente se deparam com desafios gigantes nos seus respectivos mandatos.

Apesar dessa obrigação dos serviços de saúde serem compartilhada os três Entes, a União é a principal descumpridores dessa responsabilidade, deixando os municípios em uma situação delicada, visto que sua obrigação de entrega de serviços é afetada e com isso o planejamento de onde irão as verbas de cada localidade será prejudicado drasticamente, conforme veremos nas tabelas abaixo.

Para melhor entendimento, Mendes (2019) apresenta a Lei Complementar nº 141/2012 em uma perspectiva horizontal no financiamento público, tomando como base a Constituição de 1988:

Figura 22: A linha do tempo do financiamento da saúde no Brasil



Fonte: Vieira e Benevides (2016b).

(Mendes, 2019, p. 370)

No fluxograma cima percebemos que Lei 141/12 consta como uma das mais importante para a saúde pública no Brasil, e foi um passo imenso na igualdade regionais.

5 GESTÃO DE RECURSOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

A gestão de recursos do Sistema Único de Saúde (SUS), é imprescindível que esse sistema de gerenciamento financeiro do SUS, realize todos os seus serviços com a máxima eficiência e aproveitamento dos recursos, com objetivo de realizar as metas de maneira mais eficaz.

Conforme já mencionado acima, esses recursos são oriundos das arrecadações nas diretrizes da Constituição Federal de 1988, dos inúmeros impostos que desembolsamos, e conforme as tabelas abaixo, trabalhadas nas ideias do Ministério Da Saúde Organização Pan-Americana Da Saúde (2013), nos mostra exatamente o que cada um dos Entes recebe e gerencia seus impostos.

União	Estados e Distrito Federal	Municípios
Imposto sobre a importação	Imposto sobre transmissão <i>causa mortis</i> e doação de quaisquer bens ou direitos	Imposto sobre a propriedade predial e territorial urbana
Imposto sobre exportação		
Imposto sobre renda e proventos de qualquer natureza	Imposto sobre operações relativas à circulação de mercadorias e sobre a prestação de serviços de transporte interestadual e intermunicipal e de comunicação	Imposto sobre a transmissão <i>inter vivos</i>
Imposto sobre produtos industrializados		
Imposto sobre operações de crédito, câmbio e seguro ou relativas a títulos ou valores mobiliários	Imposto sobre a propriedade de veículos automotores	Imposto sobre serviços de qualquer natureza
Imposto sobre propriedade territorial rural		

Fonte: Elaboração própria – baseado nos artigos 153 a 156 da Constituição Federal de 1988.

(Ministério Da Saúde Organização Pan-Americana Da Saúde, 2013, p. 45)

Esfera Arrecadadora	Imposto	Transfere para	Percentuais e observações	
União	IR	Estados, DF e municípios	100% dos rendimentos pagos pela administração direta e indireta	21,5 % para o FPE; 22,5% para o FPM; 3% para o programa de financiamento do setor produtivo (N, NE, CO)
	IPI	Estados e DF	10% para o fundo de ressarcimento aos estados exportadores	
	ITR	Municípios	50% para os municípios onde se localizam os imóveis	
Estados	IPI	Municípios	25%, sendo ¾ na proporção do valor adicionado (no mínimo) e ¼ segundo lei estadual (no máximo)	
	IPVA	Municípios	50%	
	ICMS	Municípios	25%, sendo ¾ na proporção do valor adicionado (no mínimo) e ¼ segundo lei estadual (no máximo)	

Fonte: Elaboração própria a partir dos artigos 158 a 161 da Constituição Federal de 1988.

(Ministério Da Saúde Organização Pan-Americana Da Saúde, 2013, p. 46)

Quando o Governo Federal entra distribuindo essa verba, torna-se o ator principal no financiamento da saúde pública, na teoria, porém, na prática de acordo com a CONOF/CD (2013), expõe a seguinte realidade, pois ao apresentar uma tabela que fez uma comparação entre todos os três Entes sobre os gastos com saúde, nos períodos entre 2000 e 2011:

De fato, em 2000, a participação relativa da União no gasto total público em saúde era cerca de 58,6%. De lá para cá, essa participação encolheu, tendo chegado a 43,4%, em 2008, e atingido 45,4%, em 2011, ao passo que a participação dos demais entes federados aumentou, sobretudo, a dos Municípios, que subiu no período quase oito pontos percentuais, saindo de 21,2% para 28,8%.” (CONOF/CD, 2013, p. 11 e 12)

Tabela II
Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde

Entes Federados	2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011	
	R\$	%	R\$	%	R\$	%	R\$	%	R\$	%	R\$	%	R\$	%	R\$	%	R\$	%	R\$	%	R\$	%	R\$	%
União	20,4	58,6	22,5	54,6	24,7	52,1	27,2	50,1	32,7	49,3	36,5	47,7	40,7	46,7	44,3	45,8	48,7	43,4	58,3	46,6	62,0	44,7	72,3	45,4
Estados	7,0	20,2	9,4	22,9	10,8	22,6	13,3	24,5	17,3	26,0	19,7	25,7	23,0	26,3	26,0	26,9	31,0	27,6	32,3	25,8	37,3	26,9	40,9	25,7
Municípios	7,4	21,2	9,3	22,6	12,0	25,3	13,8	25,4	16,4	24,7	20,3	26,5	23,6	27,0	26,4	27,3	32,6	29,0	34,5	27,6	39,3	28,4	45,9	28,8
Gasto Público Total	34,7	100	41,2	100	47,5	100	54,3	100	66,4	100	76,4	100	87,3	100	96,7	100	112,2	100	125,1	100	138,5	100	159,2	100

Fonte: Estados e Municípios: SPO/MS e Siaps, a partir de notas técnicas produzidas pelo Siaps, com a análise dos balanços estaduais e municipais ([http://portal.saude.gov.br/portal/saude/arquivos/pdf/2012/Set/28/Despesa total saude.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/arquivos/pdf/2012/Set/28/Despesa%20total%20saude.pdf)), acessado em março de 2013, e União: SIAFI 2000-2011. OBS: (1) Dados de Estados e Municípios: foram utilizadas as informações sobre despesa própria da análise dos balanços efetuada pela equipe do Siaps; (2) Os dados referem-se apenas aos municípios que transmitiram em cada ano, que corresponde a uma média de 99% do total de municípios entre 2001 e 2009. Dados preliminares, ainda sujeitos a revisão com análise de balanço; (3) Dados da União: foram extraídos do SIAFI, Esfera Seguridade Social, Órgão Ministério da Saúde, segundo interpretação anterior à Lei Complementar nº 141, de 2012.

(CONOF/CD, 2013, p. 11 e 12)

Tabela III
Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde
 (Valores deflacionados pela média anual do IPCA para 2011)

	<i>Em R\$ Milhão</i>											
Entes Federados	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
União	41.312,5	42.700,4	43.337,5	41.512,3	46.850,9	48.920,1	52.430,9	54.998,4	57.180,0	65.268,3	66.077,5	72.332,3
Estados	14.213,5	17.896,0	18.846,4	20.339,5	24.746,8	26.362,2	29.567,7	32.242,9	36.392,6	36.132,9	39.737,0	40.947,8
Municípios	14.961,2	17.651,5	21.075,3	21.023,1	23.510,1	27.197,2	30.322,2	32.816,0	38.261,2	38.690,2	41.882,0	45.924,5
Gasto Público Total	70.487,2	78.247,8	83.259,3	82.874,9	95.107,9	102.479,5	112.320,8	120.057,3	131.833,8	140.091,3	147.696,5	159.204,5

Elaboração: Núcleo da Saúde da Conof/Câmara dos Deputados

(CONOF/CD, 2013, p. 11 e 12)

O apontamento importante desses dados, demonstrou que, apesar crescimento nominal, verificou-se duas vertentes: a União diminuiu significativamente seus gastos com a saúde, por outro lado, para compensar essa balança, os demais Entes, principalmente o Municípios tiveram uma elevar suas despesas.

Em dezembro de 2017, inaugura a Portaria MS 3.992/2017 em conjunto com a Lei Complementar 141/2012 organiza o financiamento em dois grandes blocos apenas, custeio e investimento, segundo Oliveira, A., M.:

Prestação de contas dos recursos federais

A prestação de contas dos recursos federais recebidos será por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG) e obedecerá à vinculação com o Programa de Trabalho do Orçamento da União, que deu origem aos repasses:

BLOCO CUSTEIO	BLOCO INVESTIMENTO
ATENÇÃO BÁSICA	ATENÇÃO BÁSICA
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	ATENÇÃO ESPECIALIZADA
MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE	VIGILÂNCIA EM SAÚDE
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	DESENVOLVIMENTO DE TECNOLOGIAS
GESTÃO DO SUS	GESTÃO DO SUS

(Oliveira, A., M, p.14)

No primeiro bloco ficou definido para o custeio das ações e serviços públicos de saúde, e no segundo, como o bloco de investimento na rede de serviço público de saúde, e como a

divisão dos blocos de custeio e investimento, na teoria o financiamento deveria funcionar com uma melhor viabilidade em todas as áreas.

6 CONSELHOS DE SAÚDE, PONTE DE EXERCÍCIO DOS DIREITOS DA COMUNIDADE DENTRO DO SUS

Entendimento com “*os conselhos de políticas sociais são paritários – compostos por membros da sociedade civil, dos profissionais e dos Governos e existem tanto em nível estadual, quanto em nível municipal* (Grin. D., A., 2021, p. 291). Com a participação de toda sociedade, inclusive do governo, facilita nas melhores decisões, além da fiscalização e controle nas diretrizes.

Regulamentado pela Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe diretrizes dentro dos três Entes da Federação, porta de acesso da sociedade para atuação nos serviços no Sistema Único de Saúde, segundo SILVA (2021, p.24).

Podemos afirmar que o Conselho de Saúde é um mecanismo de controle social que integra a estrutura básica da Secretaria Municipal de Saúde (no caso do Conselho Municipal de Saúde) ou da Secretaria Estadual de Saúde (no caso do Conselho Estadual de Saúde), ou da União (no caso do Conselho Nacional de Saúde) com composição, organização e competência fixadas em lei (DINZ, 2017). SILVA (2021, p.26).

Nessa linha, percebe-se o grau de importância como ferramenta dos Conselhos de Saúde para a saúde pública brasileira, pois tem garantido o exercício dos direitos dentro da comunidade nos municípios, Estados e União. Em outras palavras, facilita a participação da sociedade nas políticas integrativas no Sistema Único de Saúde.

Se tratando do papel deliberativo dos conselhos de saúde, desempenham um fundamental trabalho na elevação da democracia participativa, ou seja, um garantidor do acesso ao direito à saúde, por intermédio das discussões, debate e monitoramento das políticas e ações de saúde. Eles permitem o espaço de participação social, seja os gestores públicos, representantes da sociedade civil e profissionais da saúde se reúnem para os debates, deliberações, planejamento das questões relacionadas a saúde da população.

Pode-se elencar como questões do papel deliberativo dos conselhos de saúde: Avaliação de Programas e Serviços; Formulação de Políticas; Participação Cidadã; Monitoramento da Implementação de Políticas; Promoção da Transparência e Prestação de Contas.

Portanto, os conselhos de saúde exercem um trabalho na ascensão da democracia na gestão da saúde, ao incluir toda sociedade na tomada das decisões, assegurar a transparência e a prestação de contas, além e viabilizar para o alcance de melhorias e resultados em saúde para todos.

7 CONTABILIDADE PÚBLICA, FERRAMENTA DE ELABORAÇÃO DA GESTÃO NA SAÚDE PÚBLICA

É algo imprescindível para a administração pública no planejamento de todas as suas execuções das finanças públicas.

A contabilidade pública para o sistema público tem suas diretrizes pairada na Lei 4.320, de 17 de março de 1964, isso para o Federal e Estadual, sendo que, todos o conjunto de normas ali estabelecido visa dizer o caminho dos orçamentos nas três esferas.

Dessa formar, o conceito de contabilidade pública nas palavras de Gama (2012), diz que:

A Contabilidade Aplicada ao Setor Público como o ramo da ciência contábil que aplica, no processo gerador de informações, os Princípios de Contabilidade e as normas contábeis direcionados ao controle patrimonial de entidades do setor público. (GAMA, 2012,p. 13)

Para que se tenha uma melhor e mais eficaz aplicabilidade da contabilidade pública, necessariamente ele tem duas premissas, que é a receita e fixação das despesas. Dessa forma, as informações recebidas tornam-se um guia para as tomadas das decisões no setor público facilitando a vida gestores, além de uma melhor execução da legislação nas duas vias, privado e governo.

Segundo o Ministério Da Saúde (2024, pág.28), a contabilidade pública não era discutida de forma séria, e “a partir dos anos 1980 com a intensificação da crise fiscal do Estado e a maior exposição da economia nacional à competição internacional”.

Destarte, a contabilidade pública ganha uma grande importância para todos sociedade, pois com os conhecimentos da gestão recursos público de todos os as entidades governamentais, a sociedade só tem a ganhar, sendo demonstrado na área da ciência contábil.

A partir desse ramo da ciência, permite que o agrupamento dos dados, e as informações obtidas nortearam as tomadas das decisões, a transparência nas contas aparelhamento do controle social.

Para tentar frear esse sistema que suga os recursos públicos, Alonso (1999), pergunta: Por que apurar o custo dos serviços públicos? E a resposta ele, é a seguinte:

Diferentemente do setor privado, no setor público as preocupações com a gestão de custos não estão relacionadas com a avaliação de estoques ou com a apuração de lucros, mas sim com o desempenho dos serviços públicos. A melhoria substancial no desempenho de uma organização governamental, por sua vez, requer sistemas de informações gerenciais que dêem sustentação aos seus processos decisórios. Em particular, tais sistemas devem contemplar medidas de resultados e o custo para obtê-los. (ALONSO, 1999, p. 07)

Notoriamente, ao se fazer uma pequena comparação entre os setores públicos e privados, percebemos que existe uma diferença gigantescas a visão em que se direciona, pois o

setor público visa apenas uma melhor entrega dos serviços a sociedade, enquanto o privado visa lucro.

8 ARRECADAÇÃO DOS DADOS E ANÁLISE DOS RESULTADOS ENTRE OS ENTES

8.1 Aplicação Mínimo da União

A aplicação mínima, é uma forma de garantia mínima para o desenvolvimento de uma população, e segundo o Ministério Da Saúde Organização Pan-Americana Da Saúde (2013) nos orienta sobre essa mínima aplicabilidade dos recursos para a saúde:

Com a promulgação da Emenda Constitucional nº 29 (BRASIL, 2000), são fixados percentuais de gasto em Saúde para estados e municípios, respectivamente 12% e 15 % de suas receitas próprias. Porém, relativamente à regra de aplicação de recursos pela União em Saúde, abandona-se a vinculação a um percentual de receitas do Orçamento da Seguridade Social. O orçamento federal da Saúde passa a ser orientado por um piso mínimo, obtido a partir da correção dos valores de despesa empenhada no ano anterior pela variação nominal do PIB (crescimento econômico mais a inflação.. (Ministério Da Saúde Organização Pan-Americana Da Saúde, 2013, p. 24)

Baseado na Emenda Constitucional nº 29, a União tem a sua aplicabilidade mínima ressaltada, acrescidos dos valores corrigidos da variação do PIB.

Partindo do recorte histórico do ano de 1970, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS (2011) nos apresenta o seguinte contexto:

Aos estados e municípios cabiam, respectivamente, 23,3% e 8,6%. Em 1993, ao fim da implementação gradual da reforma, esses percentuais ficaram em 57,8 % (União), 26,4% (estados) e 15,8% (municípios) (ARAÚJO, 2006). Em outras palavras, enquanto a participação relativa da União caiu dez pontos percentuais, estados e municípios tiveram um incremento da ordem de 13,3% e 83,7%, respectivamente, na receita disponível. (Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS (2011), p. 15)

Vemos que historicamente a União é a mais beneficiária em relação a disponibilidade dos recursos, enquanto os outros dois entes, Estados e Município unem esforços para a prestação dos serviços de saúde, principalmente os Municípios são os mais sufocados, apesar da Constituição Federal de 1988 ter amenizado esse quadro.

Ilustrando melhor, o Conselho Federal de Medicina (2009), analisado os períodos compreendidos ente 2000 a 2008 foi displicente ao gerenciar os investimentos naquela ocasião:

A União deixou de gastar, de 2000 a 2008, ao menos R\$ 5,4 bilhões em saúde, segundo o Ministério Público Federal. O valor equivale a 1,7% do que foi investido na área nesse período e a 10% do orçamento do Ministério da Saúde deste ano. Segundo a Procuradoria, só em 2008 o governo não gastou R\$ 1,2 bilhão dos R\$ 49,3 bilhões que deveria gastar. Agora, o MPF quer que o governo reponha os recursos. No final de junho, a Procuradoria Geral da República enviou recomendação nesse sentido aos ministérios da Fazenda, do Planejamento e da Saúde. (Conselho Federal de Medicina, 2009)

Interessante é as cifras são muito alta e enquanto isso a saúde anda se arrastando, os municípios que têm menor capacidade financeira, acaba tendo que assumir esse compromisso que já é volumoso.

Entendimento muito parecido Marques, P. R. (2016) apresenta números bem próximo ao cenário descrito acima:

A EC/29 trouxe mais recursos para saúde e promoveu o aumento da participação de Estados, Distrito Federal (DF) e municípios no financiamento do SUS. Ela começou a vigorar em 2000, quando a União ainda respondia por quase 60% do recurso público total aplicado no SUS. Desde então sua participação relativa foi decrescendo, ficando em torno de 44% em 2011, apesar de terem sido observados incrementos reais no montante destinado à saúde pela esfera federal. Nesse mesmo período, a participação dos estados passou de 18,5% para 25,7%, enquanto a dos municípios foi de 21,7% para 29,6% do gasto público com ações e serviços de saúde. (Marques, P. R. 2016, p. 60)

Os dois entendimentos juntam na ideia de que existiu um período em que a União exercia um papel bastante gracioso como os investimento na saúde, pois os gastos aplicados eram bastante volumosos, hoje, passou-se a adotar o seguinte critério de aplicação igual ao ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB)

Na tentativa de minimizar esse assunto, na década de 1990, diversas emendas à Constituição foram propostas, focando no princípio do melhor aproveitamento de recursos da União em Saúde. Nesse sentido, nasce a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) que não conseguiu atingir seus objetivos:

A arrecadação deveria ser adicionada aos recursos da Saúde. Mas, até sua extinção em 2007, a CPMF não resultou em aumento de recursos, porque, na proporção que o dinheiro da nova contribuição entrava, havia redução de participação de outras contribuições sociais no financiamento federal, de forma que o volume de recursos destinados à Saúde ficava sempre no mínimo estabelecido pela Emenda Constitucional nº 29/2000. (Ministério Da Saúde Organização Pan-Americana Da Saúde, 2013, p. 11).

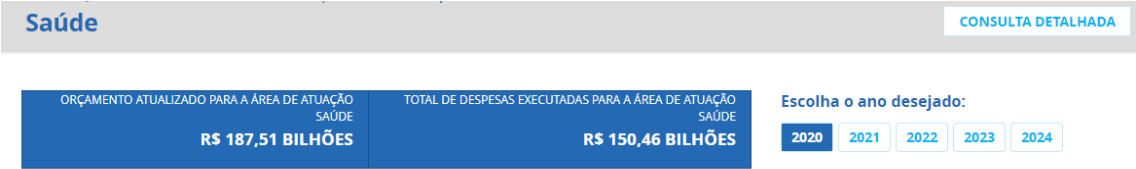
Emenda Constitucional nº 29/2000 encontra-se no bojo dos anexos de leis e normas que normatiza os assuntos atinentes ao financiamento do SUS. Essa, por sinal, trata da garantia dos recursos mínimos do financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

Se tratando da real aplicabilidade dos recursos que a união deveria arcar para na saúde pública no Brasil, deveria ser 30% do orçamento dos recursos do Orçamento da Seguridade Social (OSS), portanto, da saúde, Previdência e Assistência Social. *“Porém, na prática, este repasse nunca ocorreu.”* (Ministério da Saúde Organização Pan-Americana da Saúde, 2011, p.11)

E se tratando da mínima aplicabilidade dos recursos destinado a saúde, o Conselho Nacional de Saúde (2020), ressaltou que a *“Saúde perdeu R\$ 20 bilhões em 2019 por causa da*

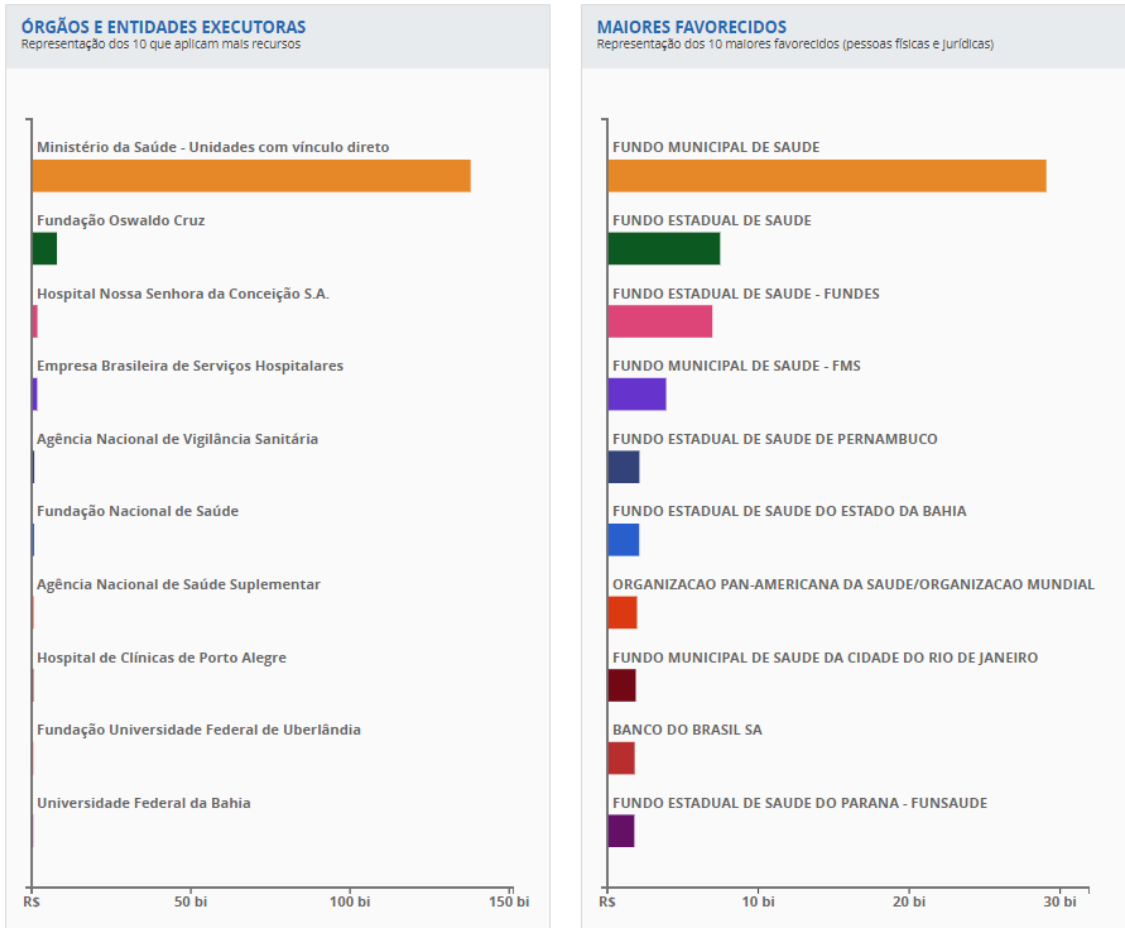
EC 95/2016, que tem sua desobrigação na despesa mínimo de 15% da receita da União com a Saúde. Vale dizer que essa Emenda Constitucional foi revogada pelo governo Lula.

Para ilustrar, a União, em 2020 na saúde, segundo o portal da transparência, teve no seu orçamento e despesa um valor de 37,05 bilhões de diferença, naquele ano, vejamos.



(Portal da Transparência)

Ainda segundo o portal da transparência, em se tratando dos Órgãos que mais aplicam recursos na área de saúde, as entidades mais favorecidas são:



(Portal da Transparência)

Notadamente em 2020 o Ministério da Saúde foi o maior beneficiado nesses inúmeros repasses, seguido do Fundo Municipal De Saúde (FMS): Vejamos melhor a seguir:

Órgãos e entidades executoras

ÓRGÃO E ENTIDADE	VALOR PAGO	PERCENTUAL
Ministério da Saúde - Unidades com vínculo direto	R\$ 137.587.101.998,78	91.78%
Fundação Oswaldo Cruz	R\$ 7.626.080.893,76	5.09%
Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A.	R\$ 1.490.444.247,11	0.99%
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares	R\$ 1.419.160.493,42	0.95%
Agência Nacional de Vigilância Sanitária	R\$ 501.984.717,57	0.33%
Fundação Nacional de Saúde	R\$ 462.920.245,67	0.31%
Agência Nacional de Saúde Suplementar	R\$ 271.431.572,24	0.18%
Hospital de Clínicas de Porto Alegre	R\$ 232.515.711,69	0.16%
Fundação Universidade Federal de Uberlândia	R\$ 166.033.258,81	0.11%
Universidade Federal da Bahia	R\$ 147.569.528,71	0.10%
Total	R\$ 149.905.242.667,76	100,00%

Na tabela acima, mostra os valores destinados aos Órgãos e Entidades Executoras.

Já para os maiores beneficiários o destaque ficou para o Fundo Municipal de Saúde, vejamos:

Maiores Favorecidos

FAVORECIDO	VALOR PAGO	PERCENTUAL
FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	R\$ 29.017.771.919,72	49.68%
FUNDO ESTADUAL DE SAUDE	R\$ 7.405.119.883,14	12.68%
FUNDO ESTADUAL DE SAUDE - FUNDES	R\$ 6.889.545.609,49	11.79%
FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE - FMS	R\$ 3.825.172.974,69	6.55%
FUNDO ESTADUAL DE SAUDE DE PERNAMBUCO	R\$ 2.057.118.232,80	3.52%
FUNDO ESTADUAL DE SAUDE DO ESTADO DA BAHIA	R\$ 2.043.758.934,41	3.50%
ORGANIZACAO PAN-AMERICANA DA SAUDE/ORGANIZACAO MUNDIAL	R\$ 1.896.904.852,48	3.25%
FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO	R\$ 1.814.150.656,69	3.11%
BANCO DO BRASIL SA	R\$ 1.741.022.502,00	2.98%
FUNDO ESTADUAL DE SAUDE DO PARANA - FUNSAUDE	R\$ 1.721.400.319,40	2.95%
Total	R\$ 58.411.965.884,82	100,00%

(Portal da Transparência)

Importante dizer sobre os percentuais para os Órgãos e entidades executoras, que consome 91.78% dos recursos, e os valores para os maiores favorecidos, que no caso em tela o campeão é o Fundo Municipal de Saúde, dissipa 49.68% dos recursos.

O Fundo Municipal de Saúde tem uma importância ímpar para na execução de políticas públicas em nível local, que tem sua aplicabilidade e eficácia no sistema municipal e ajuda no avanço das melhorias de saúde nas comunidades.

A alocação dos recursos vindos Fundo Nacional de Saúde (FNS), deve seguir dois caminhos: O primeiro, diz que recursos globais da saúde necessariamente estarão dentro do

Fundo Municipal de Saúde, e o segundo é que o gerenciamento dos recursos trilha por caminhos diferentes dentro de cada ente gestor:

Transferências Federais: Fundo a fundo, pagamento por produção de serviços, convênios específicos (DST, TB, médico de família etc); Transferências estaduais: fundo a fundo, pagamento por produção, convênios específicos (construção de unidades, compra de ambulância, compra de equipo odontológico); Transferências Municipais: aquela parte de recursos do orçamento municipal que está alocada no orçamento para a saúde (10%, 15%, 20% das receitas municipais – IPTU, ITBIV, ISSQN, ICMS, FPM e outras que podem estar estabelecidas na lei orgânica municipal ou no plano plurianual ou a cada ano na LDO ou na LO).(Fundo Nacional de Saúde)

Na visão do Comitê pela Cidadania, o Fundo Municipal de Saúde (FPM) é visto da seguinte forma:

Os fundos municipais são fundos especiais, previstos no art. 71 da Lei Federal nº 4.320/64, criados para receber e distribuir recursos financeiros para a realização de atividades ou projetos municipais específicos. O dinheiro que vai para o fundo municipal vem de uma origem específica e só pode ser utilizado para a sua finalidade inicial. Isso é diferente do que ocorre em outros setores públicos, onde não importa a origem do dinheiro que recebe para financiar suas ações – por exemplo, se vem de impostos próprios, impostos estaduais ou federais. (Blog do Comitê pela Cidadania)

Os parâmetros que o Fundo Municipal de Saúde (FPM), tendo como base legal o art. 159, I, b e d, da Constituição Federal, foi pensado, é bastante específico e pontual para o seu objetivo inicial, “*é uma transferência redistributiva, paga pela União a todos os municípios do País. Ela é de uso incondicional, obrigatória e sem contrapartida*” (Mendes,M.C. 2008), ou seja, não é possível a destinação dos recursos para outras questões. Modelo oposto desse, é as contribuições sociais, essas de competência exclusiva da União, que na visão de Lima, 2009:

As contribuições sociais, cuja competência é exclusiva da União, são vinculadas ao financiamento dos serviços de saúde sem garantias quanto ao fluxo de receitas para os orçamentos municipais e estaduais, o que favoreceu a concentração do poder político sobre as decisões relativas à arrecadação e ao destino final desses recursos. (Lima, 2009, p. 8)

Por ter ligação direta com financiamento dos serviços de saúde, as contribuições sociais necessariamente não têm que seguir com sua finalidade, ou seja, pode ser destinada a outros programas, sendo, portanto, um trunfo político nas mãos do governo central.

Para sedimentar os percentuais dos valores distribuídos pela União Mendes,M.C. (2008), mostra os valores entregues:

Tabela III.1 – Segmentação dos recursos do FPM por tipo de município

PARCELA	PERCENTUAL
I - Capitais de estado	10,0%
II - Municípios do “interior”, ou seja, não-capitais	86,4%
III - Reserva para municípios de grande população	3,6%

Fonte: legislação federal listada no Anexo III.1.
Elaborado pelos autores.

(Mendes,M.C. (2008), p.30)

Para contextualizar melhor, a União arrecada dos impostos de renda (IR) e sobre produtos industrializados (IPI) e encaminha 23% desse montante para o FPM. Desse modo, podemos notar que se *“Trata, portanto, de partilhar a receita de impostos específicos e não a receita da União como um todo”* (Mendes,M.C. p. 23, 2008).

Vejam os abaixo a aplicabilidade dos repasses feitos pelo Fundo Municipal de Saúde ao Município a Verdelândia. Importante ressaltar que, os dados têm recorte histórico a partir de 2018, ano em que as transferências desvinculam nos campos de investimento, que são os destinados para estruturação de rede de serviços públicos de saúde, e custeio, que tem o propósito da manutenção das ações e serviços públicos de saúde. Além disso, nos campos dos blocos, os valores utilizados é a somatória de investimento e custeio.

ANO	POPULAÇÃO	TOTAL GERAL
2018	9.265	R\$ 2.968.594,70
2019	9.355	R\$ 2.508.796,78
2020	9.443	R\$ 4.416.766,62
2021	9.527	R\$ 3.571.096,87
2022	7.672	R\$ 3.270.529,74
2023	7.672	R\$ 3.665.352,92

(consultafns - sidra.ibge)

A tabela acima mostra uma crescente nas duas frentes, população e total geral dos valores recebidos do Fundo Nacional de Saúde (FNS), porém, os valores repassados tiveram essas alterações significativas a partir de 2020, tendo em vista o incremento do repasse de recursos para COVID 19, segundo InvestSUS:

ANO	RECURSO NORMAL	RECURSO COVID 19	TOTAL GERAL
2020	R\$2.690.650,33	R\$1.726.116,29	R\$4.416.766,62
2021	R\$3.252.098,55	R\$318.998,32	R\$3.571.096,87
2022	R\$3.247.004,94	R\$23.524,80	R\$3.270.529,74
2023	R\$1.596.713,51	R\$2.068.639,41	R\$3.665.352,92
Valor Bruto Total:			R\$14.923.746,15

(InvestSUS)

Para uma melhor distribuição de renda entre os municípios, é utilizado como parâmetro a renda per capita, e na visão Pereira (Revista da Defensoria Pública da União) mostram como são os requisitos:

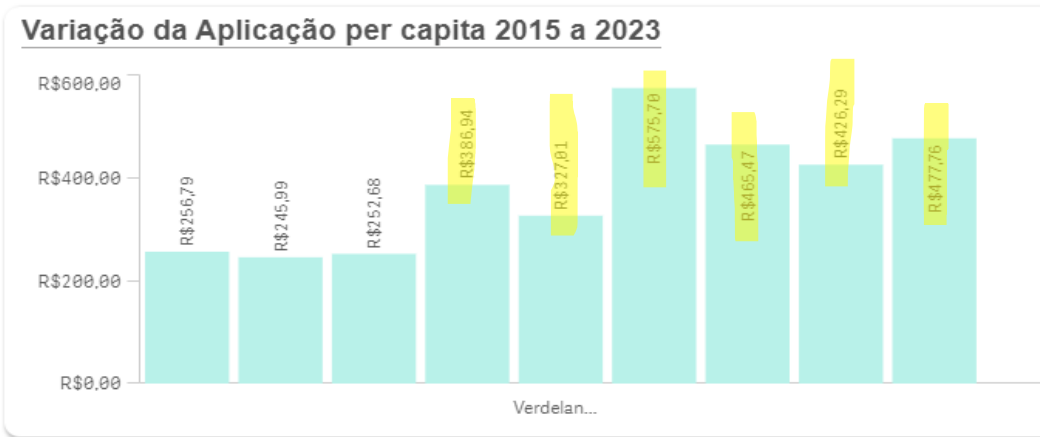
O artigo 20 §§ 1º e 3º da Lei nº 8.742/93 dispõem acerca do requisito da miserabilidade do grupo familiar para concessão do benefício assistencial ao idoso e deficiente. De acordo com tais preceitos, é necessitado aquele cuja renda per capita familiar seja inferior a ¼ (um quarto) do salário mínimo, sendo consideradas para este cômputo apenas as pessoas que coabitem com o requerente ao benefício assistencial mencionadas no artigo 16 da Lei nº 8.213/91, quais sejam, cônjuge, companheiro ou companheira, filho não emancipado, de qualquer condição, menor de 21 (vinte e um) anos ou inválido. (Pereira, p. 04)

Dessa forma, os critérios para avaliação da miserabilidade é que a somatório da renda de todo grupo familiar seja menor a ¼ (um quarto) do salário-mínimo, que em 2024 está no valor de R\$ 353,00 considerando o valor de R\$1.412 para o salário mínimo.

Nos ensina ainda Piola, P., S., S. (2013):

Na verdade, o tamanho da população é utilizado em muitos dos critérios estabelecidos como denominador, mas geralmente o seu peso é corrigido por outras variáveis. Em outros casos, como na Saúde da Família e Saúde Bucal, por exemplo, o critério básico é o acordo de vontades entre o gestor nacional e as instâncias subnacionais. (Piola, P., S., S. 2013, P.35)

Em se tratando a renda per capita, os dados retirados do InvestSUS (2024) nos períodos compreendidos entre 2015 e 2023 foram os seguintes, para o município de Verdelândia:



(InvestSUS)

Considerando 2023 como o último ano na tabela acima o aumento foi significativo frente ao ano de 2015, quase o dobro de ampliação nos dois períodos.

8.2 Aplicação Mínima dos Estados

Os Estado, conforme dito anteriormente, dividem as responsabilidades com a saúde pública juntamente com os outros dois Entes (União e Municípios), conforme o entendimento do Ministério Da Saúde Organização Pan-Americana Da Saúde (2013):

A Constituição de 1988 estabeleceu o princípio da solidariedade entre as áreas que compõem a seguridade social, e a responsabilidade da União, estados e municípios na prestação dos serviços de Saúde. Na esfera federal, a saúde, a previdência e a assistência social ganharam orçamento próprio, o Orçamento da Seguridade Social, que tem suas próprias fontes de financiamento. A responsabilidade da União foi estabelecida na regulamentação da EC nº 29, em 2012. (Ministério Da Saúde Organização Pan-Americana Da Saúde, 2013, p. 29)

Buscando os interesses comuns entre os Entes, o Constituinte Originário procurou dividir as responsabilidades para que todos os Entes estivessem unidos na participação de uma saúde mais nivelada no território nacional. Dessa forma, a responsabilidade soa como um termo de vontade comum, e a participação entoa com interesse entre os membros.

Nesse mesmo sentido, Negri (2002), fixa o seguinte entendimento:

Na participação de Estados e municípios no financiamento – A descentralização e a transparência do investimento federal facultou o entendimento de acordo suprapartidário que levou à aprovação da Emenda Constitucional n.º 29, de 2000, que define a corresponsabilidade de Estados e municípios no financiamento. (Negri. 2002, p.13)

Os Estados, portanto, ao estarem inseridos no financiamento, fazem parte da tríade responsáveis mútuos de toda complexidade em que uma nação exige para caminhar. Em outras palavras, os Estados têm o dever, inclusive com a saúde pública, com toda funcionalidade nacional, em conjunto com os outros dois membros, União e Município.

Para sintetizar melhor a ideia de divisão ou aplicabilidade dos recursos obrigatórios para a saúde, Oliveira, A., M, exemplifica:

Financiamento Tripartite

O financiamento do SUS e a origem dos recursos financeiros se realizam da seguinte forma:

Municípios e Distrito Federal:

15% do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159 (Emenda 29/2000).

Estados e Distrito Federal:

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, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios (Emenda 29/2000).

União:

A Emenda do Teto dos Gastos Públicos (EC 95/2016), instituiu o Novo Regime Fiscal no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União com vigência de 20 anos. Com isso, a regra de investimento em saúde pela União mudou novamente. Em 2018, a União aplicará o montante de execução financeira do exercício de 2017, corrigido apenas pela variação do IPCA (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo). E assim será pelos próximos 20 anos.



(Oliveira, A., M, p.3)

Vemos a previsibilidade constitucional de 12% em que os Estados estão obrigados a repassar aos municípios, valores esses advindos dos impostos.

Nessa perspectiva, vamos catalogar a partir de 2018 os valores pagos pelo Fundo Estadual de Saúde, segundo Portal da Transparência – MG:

ANO	VALOR PAGO
2018	4.162.906.307,02
2019	4.621.641.570,16
2020	6.426.109.860,39
2021	9.116.357.791,48
2022	9.231.614.379,46
2023	10.371.499.933,75

(Portal da Transparência de Minas Gerais)

Notoriamente, os valores apresentados estão em um crescente aumento a parte de 2020, ano que se iniciou a pandemia de Covid19. Porém, em diversas vezes o governo mineiro deixou de repassar em dia as quantias obrigatórias aos municípios, segundo a Agência Senado (2023):

O senador Carlos Portinho (PL-RJ) criticou em pronunciamento nesta quinta-feira (31) o atraso no repasse de recursos do Fundo de Participação dos Municípios (FPM). O parlamentar pediu que os colegas organizem uma visita ao ministro da Fazenda, Fernando Haddad, para entender o motivo da verba não ter sido enviada aos municípios. (Agência Senado, 31/08/2023)

Situação de difícil compreensão para que vive na ponta necessitando dos serviços públicos, e quem realmente pode dizer com clareza, ou melhor dizendo, a situação pode ser palpável é dentro dos municípios, onde os gestores municipais em mais cobrado, principalmente nos municípios menores, esse são sem dúvidas os mais afetados com os constates atrasos.

8.3 Aplicação Mínimo Municipal

Sistema Único de Saúde (SUS) é um espetacular sistema, com marco grandioso na história da saúde pública do Brasil, sempre buscando os alistamentos igualitários. Baseado na Constituição Federal de 1988, o sistema tripartite no financiamento do SUS ficou reservado para três esferas: Federal, Estadual e Municipal.

Os municípios a proporção dos recursos que deverá compor as ações e serviços públicos de saúde, e segundo a Emenda Constitucional 29, de 13 de setembro de 2000, é de 15% (quinze por cento). No meio desses valores aplicados, é importante destacar sobre os custos que são apresentados como pagamentos pessoais e sociais, ou seja, são custos fixos, vilão da arrecadação, pois eles aumentam seus volumes sem depender de reajuste anualmente, afetando

dentre outros, volume dos recursos que são disponibilizados para investimentos em saúde e tragando maciçamente um volume da arrecadação.

9 INÍCIO DO ANO PANDEMICO

Ano de 2020 esteve marcado com o início da pandemia, que rapidamente se alastrou por todo mundo. Conhecido como CoronaVírus (COVID-19), trouxe um novo cenário aterrorizador para o mundo, e todos tiveram que se adaptar com a nova situação, onde diversas pessoas foram infectadas e um perigo eminente vivido por toda população.

A preocupação inicial de Tedros Adhanom Ghebreyesus, diretor-Geral da Organização Mundial da Saúde (OMS), Era Com Os Países Menos Favorecidos Para lidar com tamanho problema.

O principal motivo dessa declaração não diz respeito ao que está acontecendo na China, mas o que está acontecendo em outros países. Nossa maior preocupação é o potencial do vírus para se espalhar por países com sistemas de saúde mais fracos e mal preparados para lidar com ele. (OPAS. 29 junho 2020)

Visto que a preocupação se estendeu com a maior intensidade aos países potencialmente desprovidos de recursos no sistema de saúde, ou seja, os mais pobres onde qualquer surto pode gerar um imenso problema.

9.1 Característica do Município de Verdelândia

Segundo o Portal da transparência (2024) os primeiros habitantes não se têm ideia de onde vieram, porém, os antigos moradores relatam que seus antecessores vieram fugindo a da escravidão chegando até aquela região, e foram recepcionados pelos indígenas que ocupavam a localidade. Após um conflito os moradores se fundaram em duas localidades, uma nas proximidades com “Lagoa da Jaíba” e a outra “Lagoa do Sapê”. Tem sua fundação em 1997, com a população de 8.350 habitantes e área aproximadamente de 1.451,856 km². (Portal da transparência, 15 de fevereiro de 2024).

Com Distância até a capital de 570 km, os Verdelandense segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) registrou seu PIB per capita em 2021 na seguinte forma:

Em 2021, o PIB per capita era de R\$ 12.118,32. Na comparação com outros municípios do estado, ficava nas posições 727 de 853 entre os municípios do estado e na 4354 de 5570 entre todos os municípios. Já o percentual de receitas externas em 2015 era de 96,2%, o que o colocava na posição 30 de 853 entre os municípios do estado e na 489 de 5570. Em 2017, o total de receitas realizadas foi de R\$ 20.529,85 (x1000) e o total de despesas empenhadas foi de R\$ 19.971,09 (x1000) (CIDADES.IBGE, 2024)

Apesar de não ser o derradeiro na lista em comparação com outros municípios em se tratando do PIB per capto, Verdelândia figura entre os últimos colocados entre os municípios mineiros.

Nesse viés, o Município de Verdelândia, segundo Cidade IBGE, fundada em 1977 e instituída pela Lei Estadual nº 6769, de 13/05/1976:

O Distrito de Verdelândia foi criado pela Lei Estadual nº 6769, de 13/05/1976 e instalado em 24/10/1977, vinculado ao Município de Varzelândia e o de Barreiro do Rio Verde, havia sido criado pela Lei Estadual nº 8285, de 08/10/1982 e instalado em 13/03/1983, pertencendo ao Município de Janaúba. O Município foi criado através da Lei Estadual nº 12030, de 22/12/1995, com a junção das áreas de dois distritos: Verdelândia, então pertencente ao município de Varzelândia e Barreiro do Rio Verde, pertencente a Janaúba. (CIDADE IBGE)

O território do Município se deu em virtude das áreas disponibilizadas de outros dois municípios, portanto, Verdelândia obteve as áreas dos município de Varzelândia e Barreiro do Rio Verde.

Como pilar para todo município, a Lei Orgânica Municipal (LOM), que é um mecanismo instituído por a Constituição de 1988, e versa sobre a ampliação na tríplice autonomia municipal, nas questões política, administrativa e financeira.

Buscando uma entrega igualitária em todas as áreas aos seus munícipes, buscou-se fundamentar nos seus objetivos no Art. 2º, com a seguinte redação:

- I – preservar os interesses gerais e coletivos;
- II – assegurar o exercício, pelo cidadão, dos mecanismos de controle e da legalidade e da legitimidade dos atos do Poder Público e da eficácia dos serviços públicos;
- III – promover o bem de todos, sem distinção de origem, raça, sexo, cor, credo religioso, idade, ou quaisquer outras formas de discriminação;
- IV – proporcionar aos seus habitantes condições de vida compatíveis com a dignidade humana, a justiça social e o bem comum;
- V – priorizar o atendimento das demandas da sociedade civil de educação, saúde, transporte, moradia, abastecimento, lazer e assistência social.

Parágrafo Único – O Município concorrerá, nos limites de sua competência, para a consecução dos objetivos fundamentais da República e prioritários do Estado. (Câmara Municipal de Verdelândia)

No município estudado, Verdelândia, a aplicabilidade dos parâmetros para uma sociedade mais saudável e mais equânime foram adotados por sua Lei Majoritária, seguindo o rito que a nossa Carta Maior estabelece.

9.2 Aplicabilidade das Arrecadações Dentro do Município

A Constituição Federal de 1988, O art. 158, inciso I, garante que a União terá que dedicar parte da receita, advindos por meio dos impostos recolhido de toda federação, Estados, Distrito Federal e Municípios, buscando com isso uma harmonia socioeconômica nos Estados e Municípios.

Destarte, os recursos locais nascem da cobrança dos Impostos o Predial e Territorial Urbano (IPTU), Imposto sobre Transmissão Inter-vivos (ITBI), além do Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISSQN). Essa forma de arrecadação está consolidada e aplicada na Constituição de 1988 nos seus artigos 182 e 183, que lidam da política de desenvolvimento urbano, e para garantir a transferências intergovernamentais a Lei nº 10.257, de 10 de julho de 2001, nomeada de Estatuto do Município, apresenta as orientações gerais da política urbana.

Além disso, o Fundo de Participação dos Municípios (FPM) é uma outra forma de repasse da união os municípios de todo território, seguindo critério sobretudo pela população que tem seus registros catalogados pelo IBGE, essa a fatia é estipulada.

O posicionamento da Confederação Nacional de Municípios (2016) alerta sobre uma ressalva no Fundo de Participação dos Municípios (FPM):

O Fundo de Participação dos Municípios mensalmente é zerado e não permite que sobre recursos para atender aos anseios da população, que bate diariamente na porta do gabinete do prefeito cobrando melhorias principalmente nas áreas de Saúde, Educação e Assistência Social. Sabemos que população não exige providências da presidenta da República e do governador, mas sim do prefeito e dos vereadores da sua cidade. (Confederação Nacional de Municípios, 2016, p.12)

Notamos que apesar da boa intenção de que todos os recursos sejam empregados em todas as áreas do município, porém o gestor municipal é que o que mais fica na linha de frente nas respostas que a população mais necessita. Visto que tudo se concretiza dentro do município.

Segundo Pereira. Faleiros (2021, p.27) *“Em 2021, a soma dos gastos de Estados e Municípios ultrapassa os gastos federais em mais de R\$ 31 bilhões, em valores de jan/2022.*

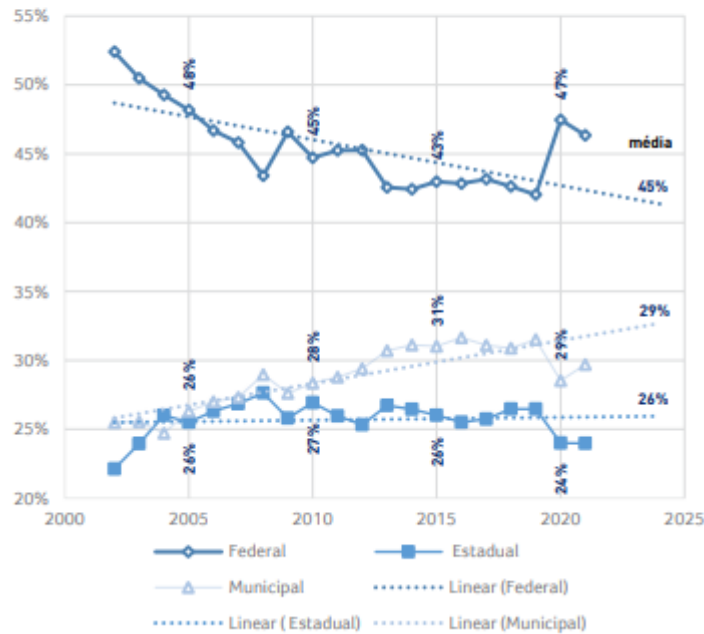
Esse quadro de inversamente era oposto na década de 80, Pereira. Faleiros (2021):

Nos anos de 1980, a participação da União chegou a ser superior a 75%, mas nos últimos 20 anos, a média do dispêndio federal caiu, alcançando 45%, de participação no gasto público seguida pelos municípios com 29% e estados com 26%. Considerando dados desde 2002, uma projeção para os próximos três anos indica que tal composição em 2024 será de 41%; 33%; 26%. Significa dizer que mantendo mesmo crescimento do gasto, Estados e Municípios que hoje são responsáveis por 55% dos gastos em 2024 passarão a ser por 59%, com aporte predominantemente dos municípios. (Pereira. Faleiros, 2021, p.25)

Visto que o quadro de aplicabilidade dos dados na prática, a perspectiva para esse ano de 2024, reflete no quadro que não é dos melhores, onde Estado e Municípios que já estão sufocados deverão suportar mais aperto nas suas despesas, 4% acima. Cenário completamente do ano de 1980, onde a União ofertava 75% dos seus com a saúde, ou seja, em apenas duas décadas os a União deixou de investir 45% nos recursos da saúde.

A título ilustrativo, Pereira. Faleiros (2021) completa com alguns dados de 2021, sobre os gastos com a ações e serviços públicos em saúde do SUS dos três entes:

Gráfico 2
Composição percentual do Gasto Público em Ações e Serviços Públicos em Saúde por esfera de gestão do SUS, Brasil (2001-2021)



(Pereira. Faleiros, 2021, p. 26)

Todos os dados acima, mostra que os municípios, Ente que tem a menor capacidade arrecadatória tenha que apertar mais seu orçamento para que consiga entregar seus serviços de saúde, e a título de exemplo o município estudado (Verdelândia) empenhou da receita própria aplicada em Saúde nos períodos compreendidos entre 2018 a 2023 o seguintes percentuais:

<u>Verdelândia</u>	
Participação da receita própria aplicada em Saúde conforme a LC141/2012	
ANO	PERCENTUAL
2018	18,24 %
2019	16,64 %
2020	19,20 %
2021	17,37 %
2022	16,48 %
2023	22,33 %

(siops.datasus)

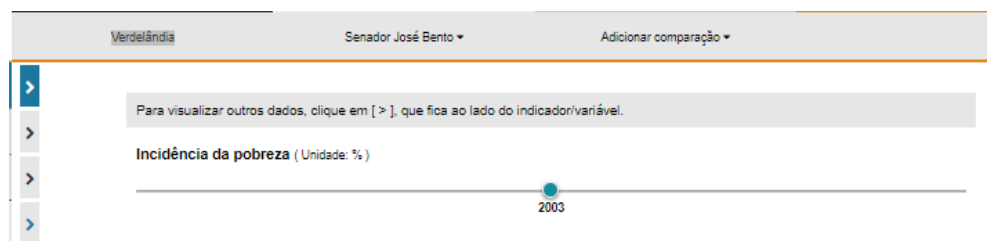
Bem certo de que ao analisarmos esses dados, o percentual que chegou próximo ao mínimo Constitucional foi o ano 2022 com percentual de 16,48 %, e em 2020 o percentual de 19,20 %. É notório de que qualquer alteração em um orçamento que já é apertado, se torna mais difícil de ser gerenciado, conforme visto, Verdelândia apesar de ter aplicado o constitucional, dispôs além do obrigatório.

Na visão de FRANCO (2016) realiza uma reflexão sobre o federalismo aplicados entre os três entes (União, Estados e Municípios):

Quanto à forma como os recursos e as competências do Estado são partilhadas entre as três esferas de governo (municipal, estadual e federal) pode-se dizer que no Federalismo do Brasil, como veremos no decorrer do trabalho cabe principalmente aos municípios grande parcela de responsabilidade da execução dos serviços principalmente na saúde e uma parcela menor de recursos em relação as outras esferas de governo. (FRANCO, 2016, p. 18)

Nesse sentido, o destaque dos municípios como o apoiador majoritário dos serviços de saúde, pois tem que assegurar esses serviços a todos os cidadãos apesar das indiferenças dos outros dois Entes (União e Estado).

Segundo Cidade IBGE, o número de municípios no território brasileiro é 5.570 e em Minas Gerais são 853 municípios, Verdelândia segundo levantamento feito pelo mesmo Órgão referenciando a pobreza, o município apontado acima, ficou na 23ª posição, onde o município de Patis figurou na lista de primeiro colocado entre os mais necessitados em 2023:





(CIDADES.IBGE, 2024)

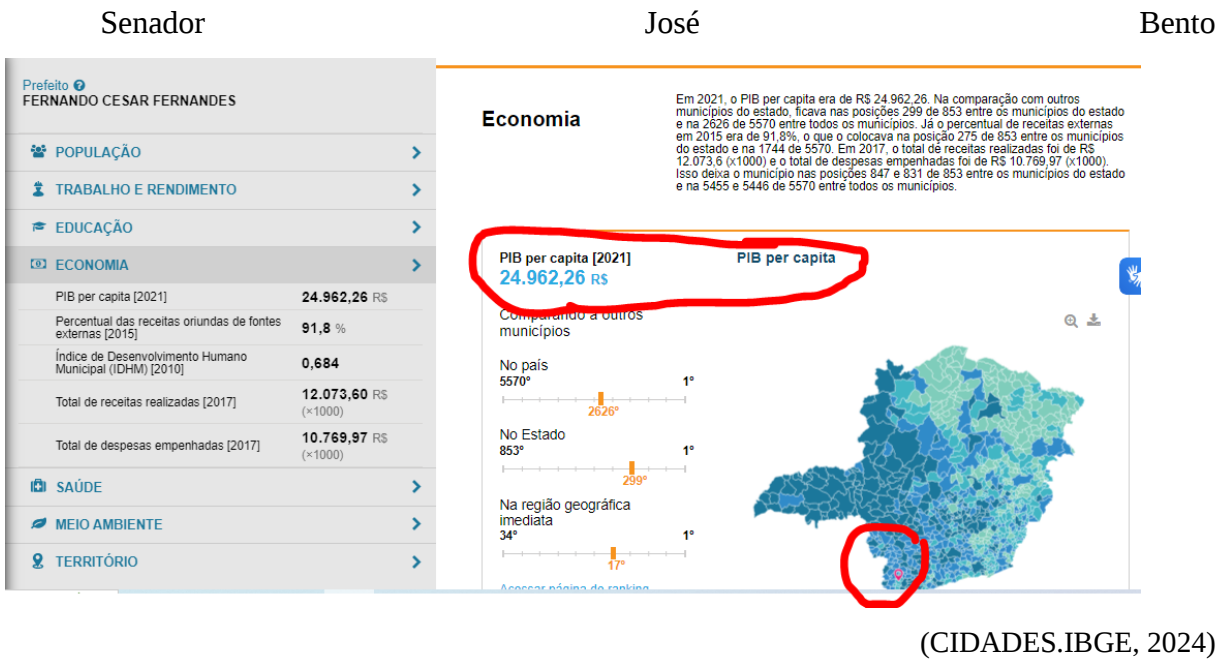
Usando esse mesmo site (CIDADES.IBGE), encontramos a cidade de Senador José Bento no 852º, e dois pontos chama a atenção: o primeiro é que segundo o censo a população no último censo 2022 foram 2.068 pessoas; e a o segundo, é a localização de Senador José Bento no sul de Minas e Verdelândia com a população de 7.672 pessoas.

Para entender sobre esse fator, o site acima mostrou os seguintes dados da economia local:

VERDELÂNDIA PIB per capita [2021]

12.118,32 R\$





a sociedade é volátil, as mudanças foram acontecendo, inclusive com a chegada da nova Constituição trouxe novas diretrizes, onde os três Entes uniram forças para entrega de um serviço público de saúde minimante aceita.

Desse modo, a União que outrora investia maciçamente na saúde passou a dispor em saúde igual ao ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB), e com essa postura levou a acarretar diversos problemas financeiros para os outros dois membros ao adotar a diretriz de minimamente. Os Estado por sua vez, absorve os paradigmas do mínimo de investimento e o problema passo a ficar na conta do município.

É inegável que entre os três Entes os municípios são o que detém a menor forças, em raríssimos casos aparece algum que tenha alguma representatividade.

Em Minas Gerais são 853 municípios, desses, boa parte apresenta uma população muito baixa, e necessitam da ajuda dos dois outros Ente. Nesse contexto apresenta duas indagações: o número excessivo de municípios e a questão populacional, são fatores de que amarram bruscamente as políticas de saúde.

Verdelândia, por sua vez, foi apurado que existe uma grande necessidade de polícias sérias, comprometidas com a realidade daquele município, pois, existem um percentual muito grande nos medidores de pobreza fixado nesse município, acentuando esse percentual com mais rigor aos municípios norte de Estado de Minas Gerais, onde Verdelândia está situado. Para isso, ficou demonstrado que, existem uma necessidade imensa de implementação das polícias de saúde eficazes para satisfazerem ou atenderem com qualidade aquele município, pois em comparação com os índices de outros municípios mais pobres de Minas Gerais, vemos que a posição 23º dimensiona o tamanho carência que existe para esse município.

Os controles sociais é uma parte interventora que auxiliam nas políticas sociais relacionadas a saúde. Hoje os conselhos de saúde, que nesse caso, seria o conselho municipal de saúde, bem estruturado, exercer essa função interventor e fiscal da lei, onde possibilita a comunidade a intervenção da melhor política que pode ser adotada, ajudando assim o município sair da posição dos menos favorecidos nas polícias da saúde.

Diante do exposto, ficou demonstrado que o município de Verdelândia investiu além constitucional, ou seja, apesar da obrigatoriedade de 15% de investimento com a saúde. Em outras palavras, pode-se dizer que o município designa acima dos estabelecidos por lei, garantindo assim um serviço de saúde aos seus munícipes.

11 REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

Revista Científica da Faculdade de Medicina de Campos. Pág. 05. Volume 13 - Número 2 - Dezembro de 201. Disponível em: <https://revista.fmc.br/ojs/index.php/RCFMC/article/view/239/174>. Acesso em 21 de fevereiro de 2024.

DIREITO À SAÚDE: conteúdo, essencialidade e monitoramento. Disponível em: <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r24876.pdf> . Acesso em 16 de fevereiro de 2024. Acesso em 21 de fevereiro de 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - Série ECOS Economia da Saúde - Financiamento Público de Saúde - MINISTÉRIO DA SAÚDE ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Eixo 1 Volume 1, 1ª edição – Brasília – DF 2013, p. 10, 11, 24, 45 e 46
Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/financiamento_publico_saude_eixo_1.pdf . Acesso em 14 de janeiro de 2024

Negri. Barjas. A Política de Saúde no Brasil nos anos 90:Avanços e Limites. Brasília – DF 2002, p. 13. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/a_politica_de_saude.pdf . Acesso em 16 de janeiro de 2024.

Piola. Sérgio F., Paiva. Andrea Barreto de, Sá. Edvaldo Batista de, Servo. Luciana Mendes Santos. FINANCIAMENTO PÚBLICO DA SAÚDE: UMA HISTÓRIA À PROCURA DE RUMO. Janeiro, julho de 2013, p. 34 e 35. Disponível em: <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/91380/1/756386411.pdf> . Acesso em 10 de janeiro de 2024.

Gadelha, Paulo; Noronha, José Carvalho de; Castro, Leonardo; Pereira, Telma Ruth. ECONOMIA E FINANCIAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL, 1ª Edição: Edições Livres, 2021, p. 7 e 8.
Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/49959/Livro%20Economia%20e%20Financiamento%20no%20Brasil.pdf;jsessionid=497802C1FF10181E3C6B519D0E31AAD7?sequence=2> . Acesso em 7 de janeiro de 2024.

MENDES, Eugênio Vilaça. Desafios do SUS, 2019, p. 264. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. DESAFIOS DO SUS. Brasília-DF. 2019, p.111. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/desafios-do-sus/> . Acesso em 27 de fevereiro de 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE FUNDO NACIONAL DE SAÚDE, 2022. CARTILHA PARA APRESENTAÇÃO DE PROPOSTAS AO 2022 MINISTÉRIO DA SAÚDE. BRASÍLIA/DF2022. 1ª edição – 2022, p. 11, 13. Disponível em: https://portalfns.saude.gov.br/wp-content/uploads/2022/03/CARTILHA_2022_livro.pdf . Acesso em 5 de janeiro de 2024.

Disponível em: Portal da transparência, 15 de Fevereiro de 2024 - <https://verdelandia.mg.gov.br>. Acesso em 15 de fevereiro de 2024.

CIDADES.IBGE, 2024. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/verdelandia/panorama>. Acesso em 15 de fevereiro de 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Introdução à Gestão de Custos em Saúde ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, Brasília – DF 2013, p. 28. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/introducao_gestao_custos_saude.pdf. Acesso em 15 de fevereiro de 2024.

GAMA, Janyluce Rezende. CONTABILIDADE PÚBLICA 1. Vitória 2012. Disponível em: <https://acervo.sead.ufes.br/arquivos/pdf-visualizacao-contabilidade-publica-1.pdf>. Acesso em 16 de fevereiro de 2024.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. OMS declara emergência de saúde pública de importância internacional por surto de novo coronavírus. 29 Jun 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/news/30-1-2020-who-declares-public-health-emergency-novel-coronavirus>. Acesso em 16 de fevereiro de 2024.

Brandão, Celmário Castro – Mendonça, Ana Valéria Machado - Sousa, Maria Fátima de. ATUAÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NO ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DE COVID-19 NO BRASIL. 2022, Página 04. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/download/4270/8101/8433> . Acesso em 16 de fevereiro de 2024.

LEI ORGÂNICA DO MUNICÍPIO DE VERDELÂNDIA. Disponível em: [LEI ORGÂNICA DO MUNICÍPIO DE VERDELÂNDIA](https://camaraverdelandia.mg.gov.br/leis/leis-organicas) (camaraverdelandia.mg.gov.br) Acesso em 10 de fevereiro de 2024.

PIOLA, S.F.; VIEIRA, F.S. As emendas parlamentares e a alocação de recursos federais no Sistema Único de Saúde. Brasília, Rio de Janeiro: Ipea, 2019. (Texto para discussão n. 2497). Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1580/1/TD_1846.pdf . Acesso em: 15 fev. 2024.

LIMA, Luciana Dias. Federalismo fiscal e financiamento descentralizado do SUS: balanço de uma década. Trabalho, Educação e Saúde, v. 6, n. 3, p. 08. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/G8GMnkmkjwcZcH5nZNM5M4K/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 fev. 2024.

Alonso, Alonso, 1999. Custos no serviço público. Revista do Serviço Público Ano 50 Número 1 Jan-Mar 1999. Disponível em: <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/download/340/346> Acesso em: 15 fev. 2024.

Conselho Nacional de Saúde - MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde perdeu R\$ 20 bilhões em 2019 por causa da EC 95/2016. Publicado: Sexta, 28 de fevereiro de 2020. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1044-saude-perdeu-r-20-bilhoes-em-2019-por-causa-da-ec-95-2016>. Acesso em 10 de fevereiro de 2024.

Conselho Federal de Medicina. União deixou de gastar R\$ 5,4 bi em saúde, 2009, 24/07/2009 |Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/noticias/uniao-deixou-de-gastar-r-54-bi-em-saude> . Acesso em 10 de fevereiro de 2024.

Portal da Transparência CONTROLADORIA-GERAL DA UNIÃO. Disponível em: <https://portal.datransparencia.gov.br/funcoes/10-saude?ano=2020>. Acesso em 10 de fevereiro de 2024.

BLOG do Comitê pela Cidadania. Disponível em: <https://comitepelacidadania.org/para-que-servem-os-fundos-municipais> . Acesso em 26 de fevereiro de 2024.

Mendes, Marcos. Miranda, Rogério Boueri. Cosio, Fernando Blanco. Consultoria Legislativa do Senado Federal Coordenação De Estudos - Transferências Intergovernamentais no Brasil: diagnóstico e proposta de reforma. Brasília, abril / 2008. p. 30. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/publicacoes/estudos-legislativos/tipos-de-estudos/textos-para-discussao/td-40-transferencias-intergovernamentais-no-brasil-diagnostico-e-proposta-de-reforma> . Acesso em 26 de fevereiro de 2024

Pereira, Máira de Carvalho. Revista da Defensoria Pública da União. Considerações acerca do requisito da renda Familiar per capita para concessão do Benefício Assistencial Previsto no art. 20 da LEI 8.742/9. Disponível em: https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Frevistadadpu.dpu.def.br%2Farticle%2Fdownload%2F164%2F143%2F251&psig=AOvVaw0edDqAtwdUx2sbdti6-R5y&ust=1710583817802000&source=images&cd=vfe&opi=89978449&ved=0CAkQr5oMahcKEwj0y8m8g_aEAXUAAAAAHQAAAAAQBA . Acesso em 2 de janeiro de 2024.

Fundo Nacional de Saúde. Fundo a Fundo. Disponível em: <https://portalfns.saude.gov.br/fundo-a-fundo> . Acesso em 26 de fevereiro de 2024.

Fundo Nacional de Saúde. Disponível em: <https://consultafns.saude.gov.br/#!/detalhada/acao> . Acesso em 26 de fevereiro de 2024

InvestSUS. Painéis Disponível em: https://infoms.saude.gov.br/extensions/CGIN_Painel_FAF/CGIN_Painel_FAF.html#GUIA_01 . Acesso em 26 de fevereiro de 2024

História Verdelândia Minas Gerais - MG. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/verdelandia/historico> . Acesso em 26 de fevereiro de 2024

IV Revista Jurídica. Confederação Nacional de Municípios– CNM, 2016, p. 12. Disponível em: [https://www.cnm.org.br/storage/biblioteca/Revista%20Jur%C3%ADica%20IV%20\(2016\).pdf](https://www.cnm.org.br/storage/biblioteca/Revista%20Jur%C3%ADica%20IV%20(2016).pdf) . Acesso em 12 de dezembro de 2023.

Sidra IBGE. Tabela 6579 - População residente estimada (Vide Notas). Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/6579> . Acesso em 26 de fevereiro de 2024

Revista da Defensoria Pública. Disponível em: <https://revistadadpu.dpu.def.br/article/download/164/143/251> . Acesso em 26 de fevereiro de 2024.

Filho, José Dos Santos Carvalho. Pacto Federativo: Aspectos Atuais. Revista da EMERJ, v.4, n.15, 2001, p. 06. Disponível em: https://www.emerj.tjrj.jus.br/revistaemerj_online/edicoes/revista15/revista15_200.pdf . Acesso em 26 de fevereiro de 2024.

Agência Senado. Portinho questiona atraso no repasse de recursos para municípios 31/08/2023. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2023/08/31/portinho-questiona-atraso-no-repasse-de-recursos-para-municipios> . Acesso em 13 de março de 2024.

SILVA, EDERSON ALVES DA. Organização, Estrutura E Funcionamento Dos Conselhos Municipais De Saúde De Minas Gerais, Belo Horizonte 2021, p. 24 e 26. <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/39619?mode=full> . Acesso em 21 de março de 2024.

GRIN, EDUARDO JOSÉ; DEMARCO, DIOGO JOEL; ABRUCIO, FERNANDO LUIZ. CAPACIDADES ESTATAIS MUNICIPAIS O universo desconhecido no federalismo brasileiro, 1ª edição: 2021, p.291. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/236393/001134539.pdf?sequence=1&isAllowed=y> . Acesso em 21 de março de 2024.

Ribeiro, Luiz. Jornal Estado de Minas. Prefeituras demitem e cortam salários com queda do FPM, 04/09/2023. Disponível em: https://www.em.com.br/app/noticia/politica/2023/09/04/interna_politica,1556434/prefeituras-demitem-e-cortam-salarios-com-queda-do-fpm.shtml Acesso em 13 de março de 2024

Portal Saúde. Siops.Datasus. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/consmuntransm.php?S=1&UF=31;&Ano=2021&Periodo=2&Ordemacao=Codigo> . Acesso em 26 de fevereiro de 2024.

CIDADES.IBGE. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/verdelandia/pesquisa/36/30246?tipo=ranking> . Acesso em 26 de fevereiro de 2024.

CNS - Conselho Nacional de Saúde. Brasil confirma primeiro caso do novo coronavírus, porém não há motivo para pânico, 27 de Fevereiro de 2020. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1042-brasil-confirma-primeiro-caso-do-novo-coronavirus-porem-nao-ha-motivo-para-panico> . Acesso em 14 de fevereiro de 2024.

Pereira, Blenda Leite Saturnino. Faleiros, Daniel Resende. Financiamento do SUS na Perspectiva Municipal. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS. 2022, p. 22, 26 e 27. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2022/08/Financiamento-do-SUS-na-perspectiva-municipal.pdf> Acesso em 14 de fevereiro de 2024.

Marques, Rosa Maria, Piola. Sérgio Francisco, Roa. Alejandra Carrillo. Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento. Rio de Janeiro (RJ) 2016, p. 60. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude_brasil_organizacao_financiamento.pdf . Acesso em 4 de fevereiro de 2024.

Oliveira. Amanda Borges de, Albert. Carla Estefânia, Magalhães. Denilson Ferreira de. Confederação Nacional dos Municípios (CNM). Financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), p. 3, 6 e 14. Disponível em: [https://www.cnm.org.br/storage/biblioteca/Financiamento%20do%20Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20\(SUS\)%20\(2018\).pdf](https://www.cnm.org.br/storage/biblioteca/Financiamento%20do%20Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20(SUS)%20(2018).pdf) . Acesso em 4 de fevereiro de 2024.

Barbosa, Welligton. Jornal Estado de Minas. As dez cidades mais pobres de Minas Gerais, 05/06/2023. Disponível em: https://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2023/06/05/interna_gerais,1502258/as-dez-cidades-mais-pobres-de-minas-gerais.shtml Acesso em 4 de fevereiro de 2024.

Agência IBGE Notícias, 14/04/2022. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/33484-despesas-com-saude-em-2019-representam-9-6-do-pib> . Acesso em 17 de fevereiro de 2024.

Portal da Transparência de Minas Gerais. <https://www.transparencia.mg.gov.br/despesa-estado/despesa/despesa-orgaos/2023/01-01-2023/31-12-2023/4341> . Acesso em 26 de fevereiro de 2024.

TEIXEIRA, CAROL. Rádio senado. IBGE divulga primeiros dados do Censo Demográfico de 2022 29/06/2023 Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/radio/1/noticia/2023/06/29/ibge-divulga-primeiros-dados-do-censo-demografico-de-2022> . Acesso em 6 de fevereiro de 2024.

CONOF/CD - Câmara dos Deputados Consultoria de orçamento e fiscalização financeira - Núcleo da saúde -.Nota Técnica nº 012, de 2013 – CONOF/CD - Financiamento Da Saúde: Brasil E Outros Países Com Cobertura Universal, 16 de julho de 2013 p. 11 e 12. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/orcamento-da-uniao/estudos/2013/NTn12de2013FinanciamentodaSadeBrasileOutrosPasesV.Prel..pdf> . Acesso em 08 de janeiro de 2024.

GALVÃO, MÁRCIO ANTÔNIO MOREIRA, Origem Das Políticas De Saúde Pública No Brasil: Do Brasil-Colônia A 1930 p. 13. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/origem_politicas_saude_publica_brasil.pdf . Acesso em 13 de março de 2024

Escola Nacional de Administração Pública – Enap. Introdução ao Federalismo e ao Federalismo Fiscal no Brasil. Módulo 3 O caso brasileiro, Brasília – 2017, p. 10 e 16. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/jspui/bitstream/1/3185/1/M%C3%B3dulo%203%20-%20O%20caso%20brasileiro.pdf> . Acesso em 26 de fevereiro de 2024.

CASTRO, JANICE DORNELLES DE; JAEGER, MARIA LUIZA; CUNHA, JOÃO PAULO PINTO DA. Fundo municipal De saúde - Guia de referências para sua Criação e organização. Ministério Da Saúde Disponível, 1994, p. 6. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd08_06.pdf . Acesso em 26 de dezembro de 2023

SENADO NOTÍCIAS. DRU. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/entenda-o-assunto/dru> . Acesso em 16 de dezembro de 2023.

FILGUEIRAS, FERNANDO. A tolerância à corrupção no Brasil: uma antinomia entre normas morais e prática social. Opinião Publica 15 (2) • Nov 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-62762009000200005> . Acesso em: 14 de fevereiro de 2024.

FRANCO, BRUNO BRETTAS. FINANCIAMENTO PÚBLICO DE SAÚDE: DESAFIOS e PERSPECTIVAS, Volta Redonda 2016 p. 18. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/bitstream/handle/1/6755/TCC%20->

[%20Bruno%20Brettas%20Franco.pdf?sequence=1&isAllowed=y](#) Acesso em 10 de dezembro de 2023.

AVRITZER, LEONARDO; FILGUEIRAS, FERNANDO. Corrupção e controles democráticos no Brasil. Brasília: Cepal, 2011, p. 8. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_1550.pdf . Acesso em 10 de dezembro de 2023T