

COMUNICAÇÕES ORAIS / COMUNICACIONES ORALES

5. Orçamento, planejamento e gestão em saúde/Evaluación, planificación y gestión en salud

5.01

Análise dos recursos aplicados em saúde em Minas Gerais entre 2003 e 2012, a luz do estabelecido pela Lei Complementar 141/2012

Analysis of the resources invested in health in Minas Gerais between 2003 and 2012, according to the Complementary Law 141/2012.

Francisco Antônio Tavares Junior

Especialista em Planejamento em Saúde e Economia da Saúde. Secretário de Estado Adjunto de Saúde, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte, Brasil.

Mariana Cristina Pereira Santos

Graduada em Administração Pública, Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte, Brasil.

Priscila Fernanda Morais Chaves

Acadêmica do Curso de Gestão de Serviços de Saúde. Assessora do Gabinete, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte, Brasil.

Resumo: Este trabalho apresenta uma análise da execução financeira e orçamentária da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) no período entre 2003 e 2012. Considerando que os recursos alocados em saúde, em geral, ainda são escassos e que a demanda por serviços de saúde é crescente, são necessários esforços para melhor aplicação dos recursos existentes. Uma análise minuciosa demonstrou que, no período, os recursos aplicados em saúde pelo Estado conforme os critérios estabelecidos pela Lei Complementar 141/2012 aumentaram cerca de 6 vezes. Ao verificar a participação das despesas de pessoal em relação ao total de recursos, percebe-se nítido esforço em ampliar o investimento e a aplicação em ações finalísticas em detrimento de novos aportes na estrutura administrativa. Outro ponto destacado é o aumento da proporção de recursos aplicados nos chamados Programas Estruturadores, foco da ação estratégica do Governo. Também é significativa a ampliação da utilização dos repasses fundo a fundo como

mecanismos de transferência. Estes repasses demandam um processo de pactuação prévio nas instâncias gestoras e, portanto, podem ser considerados mais suscetíveis as questões técnicas e menos discricionários. As evidências demonstradas neste trabalho, apontam para importantes avanços no que se refere a eficiência alocativa do Estado e tendem a proporcionar maior equidade, acesso e qualidade na prestação dos serviços para a população mineira.

Palavras-chave: Orçamento, Financiamento, Saúde.

Key words: *Budget, Finance, Health.*

Considerações iniciais

O Sistema Único de Saúde, instituído a partir da Constituição Federal de 1988, que tem como principais pilares normativos a Lei 8080/1990 e a Lei 8142/1990, tem entre seus princípios, conforme o artigo 7º

“I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; (...) IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; (...) XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; (...)”

Muito tem se discutido sobre o desafio de manter um sistema universal e integral em um contexto de sub-financiamento. Assim, muitos apontam para a falta de recursos como o maior desafio ou problema do Sistema Único de Saúde. Para efeito de compreensão deste aspecto, seguem alguns dados:

A proporção dos gastos em saúde do Brasil é quase a metade dos Estados Unidos, mas é superior ao Chile e ao Uruguai. Entretanto, a proporção dos gastos governamentais do Brasil é menor do que a do Chile, Costa Rica, Uruguai e Argentina, por exemplo.

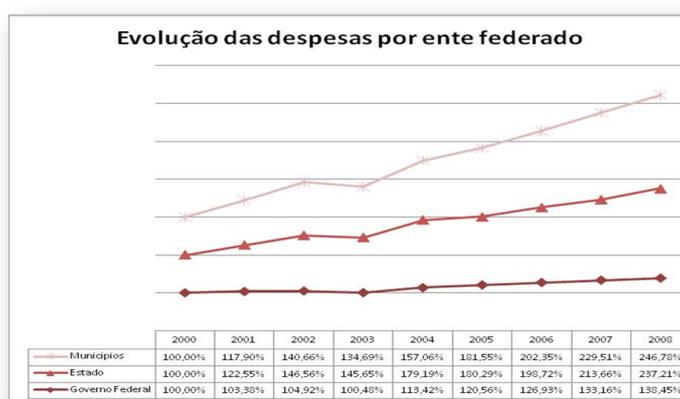
O gasto público per capita do Brasil em 2009 foi de US\$ 431,00, 8 vezes menor do que o dos Estados Unidos e menos que a metade da Argentina.

Todavia, percebe-se a importância da ênfase na participação federal no financiamento da Saúde Pública. Enquanto o gasto federal em saúde cresceu 38 %, os gastos dos Estados com o SUS cresceram 137% e os recursos municipais evoluíram 147% (Gráfico 1).

A participação de Estados e Municípios no financiamento da saúde vem se ampliando ano a ano. Estes dados evidenciam que, realmente, é necessário que o Brasil, através do Governo Federal, dos Estados e dos Municípios ampliem os recursos aplicados em saúde.

Neste contexto, cabe recordar que existem definidos mínimos constitucionais a serem aplicados por Estados e pelos Municípios. Durante anos, este foi o mote para a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29/2000.

Gráfico 1.



Recentemente, com a regulamentação da Lei Complementar nº 141/2012, o problema parece ter sido resolvido no que se refere aos Estados e Municípios.

Atualmente, a sociedade tem se mobilizado para que também exista um parâmetro de investimento a partir de um percentual fixo em relação a receita para o Governo Federal.

Esta é uma importante discussão, já que, embora o Governo Federal continue concentrando as receitas, vem reduzindo significativamente sua participação percentual no financiamento do Sistema Único de Saúde. Esta discussão importante sobre o pacto federativo não será objeto de análise deste trabalho.

Optou-se por verificar especificamente o histórico no âmbito dos Estados. Para tanto, foi realizado um Estudo de Caso com o Estado de Minas Gerais, importante Estado do país tanto do ponto de vista populacional, como em função do número de municípios e da extensão territorial.

Costuma-se dizer que Minas Gerais é uma *proxy* do país no sentido que o Estado reproduz de forma fiel as desigualdades e as variações encontradas no contexto nacional.

Para fins metodológicos, foi realizada uma ampla pesquisa a acervo documental e no SIAFI – Sistema Integrado de Administração Financeira de Minas Gerais.

A importância da regulamentação da Emenda Constitucional nº 29/2000, por meio da Lei Complementar nº 141/2012.

A discussão sobre o que poderia ou não ser considerado como gasto em saúde prolongou-se durante anos no Brasil. Em função da falta de regulamentação da Emenda Constitucional nº 29/2000, muitos Estados permaneceram declarando como gasto em saúde:

- ações desenvolvidas para clientela fechadas (ou restritas) como planos de saúde para servidores;
- gastos com previdência;
- despesas com saneamento;
- gastos com inativos.

Em alguns Estados, conforme verificado nas Notas Técnicas resultantes das análises dos Balanços Gerais dos Estados, foram declarados para fins de cumprimento da EC29 até mesmo alimentação de presos.

Como exemplo desta consideração de despesas que não são consideradas como ações de saúde, na análise do Balanço Geral do Estado de Minas Gerais de 2007 realizada por equipe do SIOPS/MG registra-se despesas declaradas como gesto em saúde que foram realizadas com serviços de saúde exclusivos para a Polícia Militar, o Corpo de Bombeiros, despesas da Secretaria de Estado de Defesa Social, do Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais, do Instituto de Previdência dos Servidores Militares e da Fundação de Apoio Habitacional da Assembléia Legislativa. Isso sem falar na Companhia de Saneamento (COPASA).

O argumento apresentado frequentemente por Minas Gerais e por outros Estados foi que diante da não regulamentação da EC 29/00, perdurou uma lacuna legal não preenchida pela Resolução CNS 322/03 do Conselho Nacional de Saúde, já que este Conselho não possuiria poder normativo de abrangência nacional.

Finalmente, com a publicação da Lei Complementar nº 141/2012, este problema foi solucionado. Com o advento desta lei, são consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde (ASPS), aquelas voltadas para a promoção,

proteção e recuperação da saúde que atendam, simultaneamente, aos princípios estatuídos no art. 7º da [Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990](#), e às seguintes diretrizes:

I - sejam destinadas às ações e serviços públicos de saúde de acesso universal, igualitário e gratuito;

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

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

No art. 3º da referida lei, são listadas como sendo aquelas referentes a:

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

Assim, pode-se deduzir que a Lei Complementar 141/2012, apesar de não ter conseguido proporcionar as melhores soluções para a questão do financiamento da saúde pública no Brasil, avançou em questões importantes, quais sejam:

- a definição clara e irrefutável do que pode ser considerado para efeito de cumprimento da emenda;

- o reforço da participação e do controle social;

- o reforço do conceito dos fundos de saúde.

Análise histórica do cumprimento do mínimo percentual em Minas Gerais

Para efeito desta análise, utilizaremos para verificação do período entre 2003 e 2008 as Notas Técnicas elaboradas pela equipe do SIOPS, disponíveis no site: <http://siops.datasus.gov.br/ec29.php>.

Ao todo, foram consultadas as seguintes notas:

Nota Técnica 09/2005: Apresenta os dados dos Estados, do exercício de 2003;

Nota Técnica 49/2006: Apresenta os dados dos Estados, do exercício de 2004;

Nota Técnica 08/2007: Apresenta os dados dos Estados, do exercício de 2005;

Nota Técnica 21/2007: Apresenta os dados dos Estados, do exercício de 2006;

Nota Técnica 54/2009: Apresenta os dados dos Estados, do exercício de 2007;

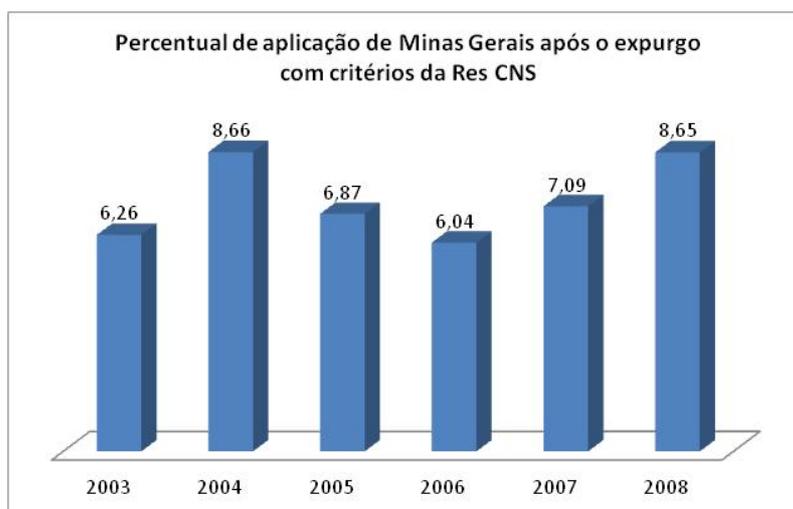
Nota Técnica 19/2010: Apresenta os dados dos Estados, do exercício de 2008.

No período em questão, percebe-se que:

- sempre, sobretudo a partir de 2004, foi hábito dos Estados declarar o cumprimento do mínimo percentual estabelecido;

- ao longo dos anos, contudo, mesmo com a análise depurada que exclui os gastos declarados que não se enquadram como ações de saúde, percebeu-se uma tendência de aumento no número de Estados que passaram a cumprir o mínimo estabelecido. O número de estados que declararam cumprimento dos 12% aumentou de 4, em 2003, para 23, em 2008. E o número de Estados que após a análise efetivamente cumpriram os 12% ampliou de 5 em 2003 para 14 em 2008.

Embora neste formato de análise, o Estado de Minas Gerais não atingiu o mínimo estabelecido, percebeu-se uma curva ascendente nos três últimos anos referentes a este período (Gráfico 2).

Gráfico 2.

Outro critério de análise para efeito deste trabalho, que será utilizado para o período entre 2008 e 2012 é a consideração direta *apenas* das 06 (seis) Unidades Orçamentárias que são administradas diretamente pelo Gestor do SUS (Secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais). Para tanto, foram utilizados os demonstrativos disponíveis no site da Secretaria da Fazenda: (http://www.fazenda.mg.gov.br/governo/contadoria_geral/indices_constitucionais/indic_esconstituc/index_indices_anos_anteriores.htm)

Considerando apenas estes dados, percebe-se que o Estado vinha aumentando gradualmente seus gastos em saúde. Considerados apenas as unidades que tramitam recursos que estão em conformidade com o preconizado na Lei, os recursos aplicados em saúde aumentaram 5,5 vezes entre 2003 e 2012, saindo de um patamar de 685 milhões em 2003 para cerca de 3,8 bilhões em 2012.

O crescimento gradual do orçamento destinado à saúde em Minas Gerais e os demais impactos da regulamentação da Emenda Constitucional 29, por meio da Lei Complementar 141

Assim, destaca-se uma evolução significativa nos recursos aplicados em saúde em Minas Gerais. O maior avanço, notavelmente ocorreu exatamente com o advento da Lei Complementar 141/2012. Este avanço decorre da definição clara do escopo delimitado do que são de fato ações de saúde. Assim, questões como serviços de clientela fechada e previdência deixaram de ser computados.

É notável, neste aspecto, a atuação do Conselho Estadual de Saúde, representação legítima dos usuários, trabalhadores, gestores e prestadores. No

exercício do controle social este órgão – as vezes com excessos – tem contribuído para delimitar e definir os gastos em saúde.

Como limitações e necessidades de avanços, podemos ressaltar:

- a necessidade de projetar no orçamento subsequente os recursos em restos a pagar que forem cancelados;
- a adoção e utilização do fundo como unidade gestora, o que implica em não tramitar os recursos do SUS no “caixa único”; e
- a necessidade de avançar no estabelecimento da equidade, através da adoção dos critérios de rateio.

Considerando alguns atenuantes: apontamentos sobre a qualidade do gasto em Minas Gerais

Cabe ressaltar, que apesar dos avanços e desafios no cumprimento do mínimo constitucional estabelecido, o Estado de Minas Gerais tem avançado muito no que tange a qualidade do gasto.

É muito importante destacar que nem sempre gastar muito significa gerar valor para o cidadão. Por exemplo, relatório feito pelo Banco Mundial em relação ao desempenho hospitalar no Brasil, no ano de 2008, destacou que cerca de 10 bilhões foram desperdiçados em função de internações “evitáveis”. Gerard La Forgia e Bernard Couttolenc, 2008 em um estudo do Banco mundial sobre o desempenho hospitalar no Brasil, identifica o elevado número de internações desnecessárias com possibilidade de resolução no serviço de Atenção Primária bem estruturada:

No Brasil, como em países de renda mais alta, doenças crônicas são as principais causas de enfermidades e mortes. O tratamento de doenças crônicas é realizado mais adequadamente por meio de redes organizadas de atenção que coordenam o atendimento entre prestadores e organizações de saúde em diferentes níveis. No entanto, as unidades de saúde independentes voltadas para o tratamento de casos agudos dominam o panorama hospitalar brasileiro. Arranjos de redes ou atenção integrada entre níveis diferentes do sistema são raros, mesmo entre prestadores públicos. Em parte devido às deficiências do sistema de atenção primária, um número inaceitável de internações decorre de doenças que poderiam ser tratadas de forma mais eficiente e mais barata em nível ambulatorial. (Forgia; Bernard Couttolenc, 2008, p. 9)

Neste sentido, destacam-se as seguintes informações:

- 1) A proporção da despesa de pessoal da SES/MG em relação ao total de recursos aplicados em saúde vem decaindo ao longo do tempo. Isso

demonstra a capacidade da SES/MG em fazer mais com menos. Ou seja, são menos despesas com a máquina e mais entregas para os cidadãos. Este dado pode ser considerado uma *proxy* da qualidade do gasto da SES/MG (Gráfico 3).

2) A proporção da recursos aplicados em Programas Estruturadores da SES/MG em relação ao total de recursos aplicados em saúde vem aumentando ao longo do tempo. Isso demonstra a capacidade da SES/MG em estabelecer prioridades e ampliar os recursos direcionados a entregas diretas para a sociedade. Cabe ressaltar que a carteira dos Programas Estruturadores é formado em função das prioridades da SES/MG, quais sejam, a implantação das redes de atenção conforme as condições de saúde, estas priorizadas em função do Estudo de Carga de Doenças que demonstra as maiores causas de perda de anos de vida em Minas Gerais (Gráfico 4).

Gráfico 3.

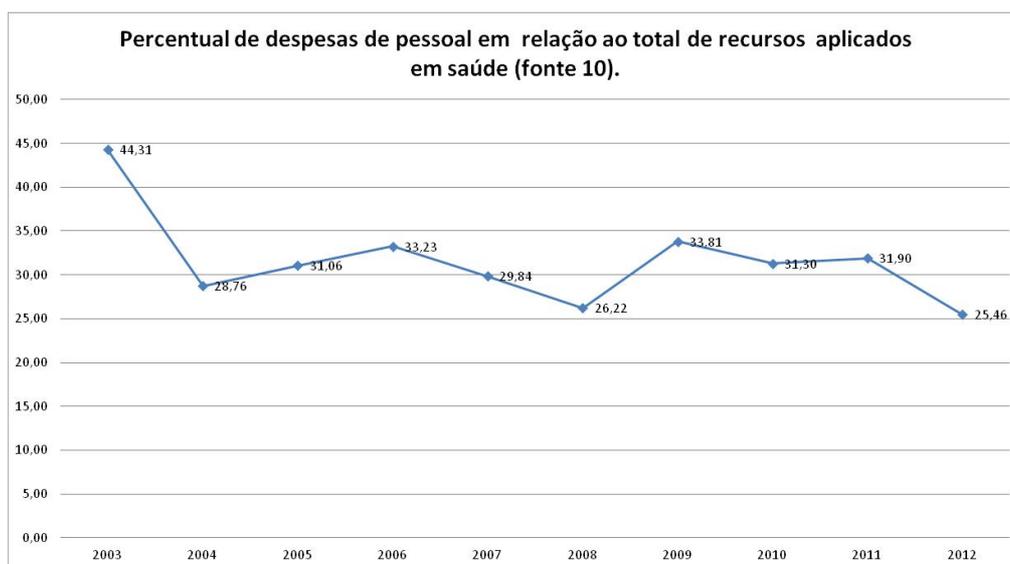
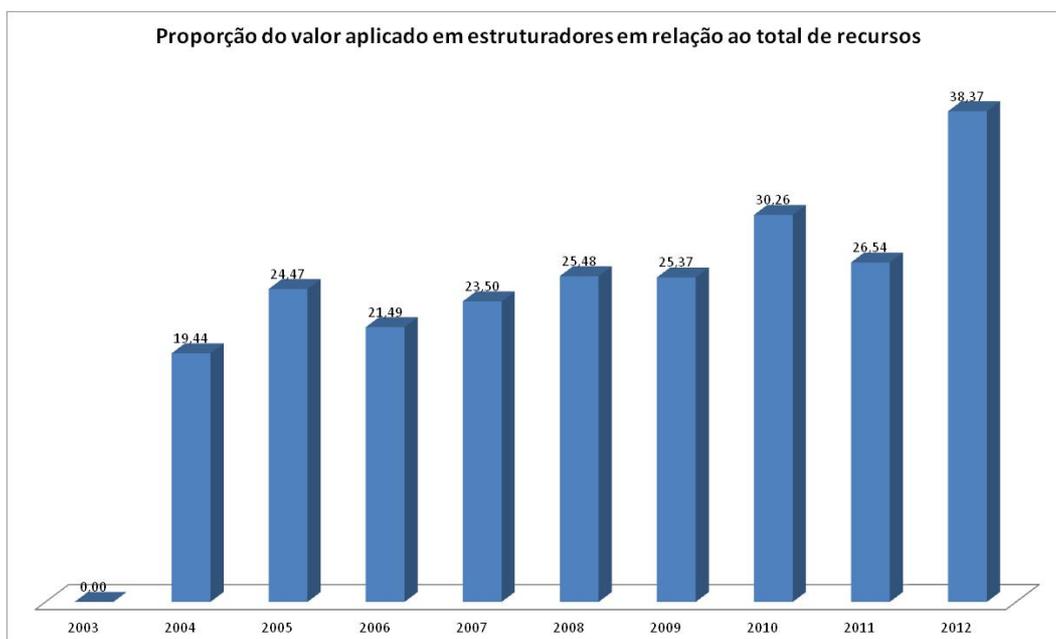
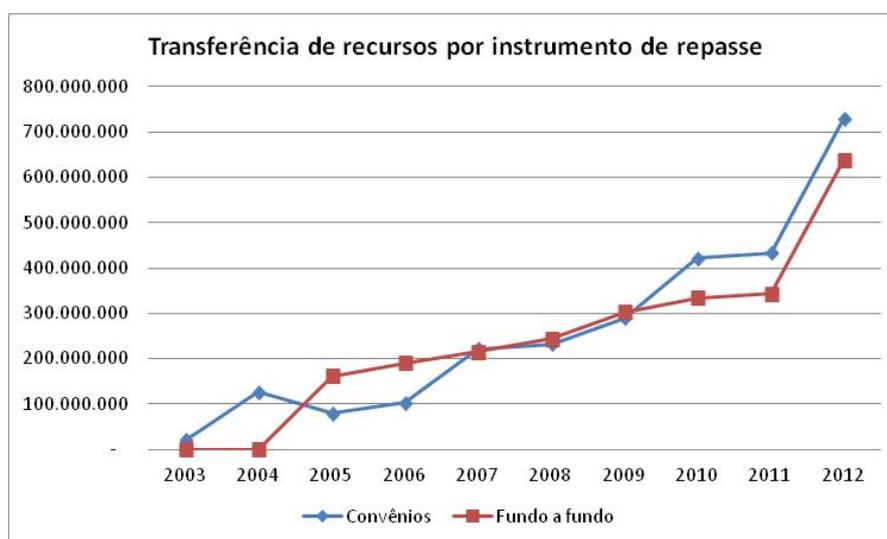


Gráfico 4.



3) Quando considerados os instrumentos de repasse, percebe-se uma nítida evolução da SES/MG. Cabe ressaltar que o volume de recursos transferidas pela modalidade fundo a fundo. Para a transferência destes recursos, em geral, a SES/MG precisa deliberar sua aplicação na Comissão Intergestores Bipartite, o que implica em transparência e menor discricionariedade por parte do gestor (Gráfico 5).

Gráfico 5.



4) A comparação da evolução dos recursos aplicados em saúde com as categorias recursos para despesa de pessoal e recursos com estruturadores, demonstra mais uma vez uma tendência crescente em priorizar a qualidade do gasto.

Este estudo procurou demonstrar os principais efeitos da Lei Complementar nº 141/2012 na alocação de recursos do Sistema Estadual de Saúde mineiro. Além disso, demonstrou a busca pela eficiência na utilização dos recursos aplicados em saúde e com dados objetivos esclareceu a busca pela qualidade do gasto no Estado de Minas Gerais, na área de saúde.

Referências

ARRETCHE, M.T.S. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um Estado Federativo. *Revista Brasileira Ciências Sociais*. 14(40):111-141, jun. 1999.

BRASIL. *Documento do Banco Mundial*. Governança do Sistema de Saúde (SUS) brasileiro: Fortalecendo a Qualidade dos Investimentos Públicos e da Gestão de Recursos. Brasil, 2007. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/Governanca_SUS_Relatorio_banco_mundial.pdf [Acesso em 20 de julho de 2013.]

BRASIL. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasil, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm [Acesso em 20 de julho de 2013.]

BRASIL. *Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasil, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm [Acesso em 20 de julho de 2013.]

BRASIL. *Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012*. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasil, 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/LEIS/LCP/Lcp141.htm [Acesso em 20 de julho de 2013.]

BRASIL. *Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011*. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasil, 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7580.htm [Acesso em 20 de julho de 2013.]